

ENREDADES EN EL AMBA¹:

DISIDENCIAS SEXUALES, CUERPOS GESTANTES E INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

Autorxs: Barbieri, Natalia; Del Valle, Carolina; Sforza, Emmanuel; Santabaya, Natalia.

Instituciones: Sala Ángel Bó, localidad de W. Morris - Partido de Hurlingham - Provincia de Buenos Aires. Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 7, CABA.

Contacto: Natalia Barbieri: Olazábal 5226 4to E, CABA. CP 1431. Tel (11)6100-6008.

Mail: nataliabarbieri80@yahoo.com.ar

Tipo y Enfoque de trabajo: Relato de experiencia

Categorías temática: Clínica ampliada / Atención de problemas de salud - enfermedad - cuidado

Introducción: En el siguiente trabajo nos proponemos contar la experiencia de la Interrupción Legal del Embarazo en un varón trans, describiendo las redes que fueron necesarias para dar acceso a la práctica.

Objetivo: Reflexionar sobre modos de construir abordajes y articulaciones para la atención de la Interrupción Legal del Embarazo de un varón trans en el Área Metropolitana de Buenos Aires a partir de una experiencia ocurrida durante el año 2019.

Metodología: Relato de experiencia y articulación con categorías que sustentan el análisis de la misma para la reflexión desde los determinantes y condicionantes en salud.

Conceptos y categorías utilizadas: Cuerpos gestantes; Disidencias sexuales; Redes; Interdisciplina; Interrupción Legal del Embarazo; Sistema Público de Salud; Intersectorialidad.

Conclusiones: Complejidad de la demanda en el Primer Nivel de Atención. Necesidad de que el aborto sea legal, seguro y gratuito. Importancia de la formación en atención a personas trans. Jerarquización del sistema público de salud que es el que permite el abordaje intersectorial e interdisciplinar.

Palabras Claves: Interrupción Legal del Embarazo; Disidencias sexuales; Redes; Interdisciplina.

Modalidad de Presentación: exposición oral de la presentación con apoyo visual (diapositivas) Se requiere cañón multimedia.

¹ Área Metropolitana de Buenos Aires.

ENREDADES EN EL AMBA²:

DISIDENCIAS SEXUALES, CUERPOS GESTANTES E INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

Autorxs: Barbieri, Natalia (médica generalista); Del Valle, Carolina (trabajadora social); Sforza, Emmanuel (médico generalista); Santabaya, Natalia (trabajadora social).

Instituciones: Sala Ángel Bó, localidad de W. Morris - Partido de Hurlingham - Provincia de Buenos Aires. Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 7, CABA.

Contacto: Natalia Barbieri: Olazábal 5226 4to E, CABA. CP 1431. Tel (11)6100-6008.
Mail: nataliabarbieri80@yahoo.com.ar

Fecha de realización: septiembre 2019. Trabajo inédito

Tipo y Enfoque de trabajo: Relato de experiencia.

Categorías temática: Clínica ampliada / Atención de problemas de salud - enfermedad - cuidado

Objetivo General: Reflexionar sobre modos de construir abordajes y articulaciones para la atención de la Interrupción Legal del Embarazo de un varón trans en el Área Metropolitana de Buenos Aires a partir de una experiencia ocurrida durante el año 2019.

Objetivos Específicos:

- Relatar la primera experiencia de intervención de diferentes equipos de profesionales del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) en la atención de la interrupción legal del embarazo de un varón trans.
- Analizar la experiencia a partir de categorías de análisis que nos aporten al debate y a la construcción de nuevas formas de pensar / hacer.
- Compartir la experiencia para que pueda ser tomada por otros equipos que aborden las ILEs o trabajen con población trans.

Introducción:

² Área Metropolitana de Buenos Aires.

Metodología: El siguiente trabajo es un relato de experiencia, que pretende contar el proceso de articulación que se construyó de manera conjunta entre profesionales de diferentes disciplinas e instituciones, buscando así seguir reflexionando en las maneras en que conformamos redes en nuestros procesos de intervención y atención en el campo de la salud. Para ello, relataremos primero la atención de una interrupción legal del embarazo (ILE) en un varón trans de 17 años de edad y las diferentes articulaciones que fueron necesarias para poder dar acceso no sólo a la ILE, sino también a una atención con perspectiva de género que no vulnere los derechos de las disidencias sexuales.

Quienes construimos este relato no somos todxs lxs profesionales que intervenimos en la situación, aunque sí fue esa la intención. Quienes participamos de la reconstrucción de lo abordado con J³ somos trabajadoras sociales y médicxs⁴ generalistas del Primer Nivel de Atención (PNA) de centros de salud, uno del conurbano bonaerense y otro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Las perspectivas que acompañan este trabajo de manera transversal en su análisis son: la reflexividad y la interseccionalidad. La primera nos permite realizar este relato teniendo presente que tanto profesionales, como sujetxs que se atienden en las instituciones de salud construimos modelos de interpretación del mundo que se ponen en juego en las relaciones sociales que mantenemos, y que los análisis que hagamos de esas relaciones siempre están mediados por las maneras en que se dan los intercambios/acontecimientos, por los lugares y roles que ocupamos lxs diferentes actorxs implicadxs, y por el tiempo y espacio en el que se desarrolla. Es decir, la reflexividad nos permite dar cuenta de las implicaciones que se nos generan en nuestros espacios de trabajo, de lo que significa habitar esos espacios, de lo que sentimos cuando intervenimos, y principalmente nos lleva a dar cuenta de las particularidades de cada sujetx y de las relaciones que se presentan en el campo de investigación (Althabe y Hernández, 2004; Guber, 2001). Mientras que el concepto de interseccionalidad nos ayudará a profundizar la

³ Para preservar su identidad así nombraremos a la persona que se le brindó acceso a la interrupción legal del embarazo.

⁴ Entendemos que el lenguaje es una construcción social e histórica atravesada por relaciones de poder, por lo tanto no cuestionarlo nos lleva a reproducir sus actuales estructuras sexistas y excluyentes. Por ello optamos por utilizar un lenguaje que contemple a todas las personas cuando nos referimos a universales. En este sentido, el uso de la "x" nos permite visibilizar las distintas realidades e identidades de lxs sujetxs; y además se conforma en una herramienta de explicitación de la heteronormatividad del lenguaje.

interpretación de la experiencia elegida para este trabajo, ya que nos lleva a comprender, por un lado, la interdependencia de las opresiones que existe entre sexo, etnia, raza, edad y clase, entre otras; como por otro lado, las relaciones de poder que se (re)producen entre estas categorías; entendiendo que es imposible jerarquizarlas como tampoco analizarlas por separado (Hooks, 2004). De esta manera, es indispensable en nuestras intervenciones cotidianas visualizar la opresión sexista, clasista y racista que se “hace carne” en el cuerpo de cada unx de lxs sujetxs que acceden al sistema de salud (Del Valle, Velázquez, 2018).

Por último, en el presente trabajo articularemos con categorías teóricas que nos servirán para proponer un posible análisis y reflexión de la situación elegida. A su vez, procuraremos visibilizar cuáles fueron las dudas y las preguntas que nos fueron surgiendo, las dificultades, los aciertos y desaciertos teniendo en cuenta los determinantes y condicionantes que dieron marco a las intervenciones.

Actorxs y Contexto: Partimos de entender que cuando hablamos de *actor* nos referimos tanto a una persona como a un colectivo, y lo que lo caracteriza es la capacidad de modificar el entorno material y social del que forma parte al “*transformar la división del trabajo, los modos de decisión, las relaciones de dominación y las orientaciones culturales*” (Touraine, 1995: s/r). En este sentido, identificamos como actorxs de la experiencia elegida a dos sectores estatales con sus diferentes equipos: un Servicio Local de Promoción y Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (Servicio Local), a través de la trabajadora social; y tres efectores de salud: un centro de salud de la Provincia de Buenos Aires, el Centro de Salud Nivel 1 Villa Lugano 2 (CeSAC Nº 7) del Barrio Piedrabuena y el Hospital General de Agudos Donación “F. Santojanni”, con equipos compuestos por trabajadoras sociales, médicxs generalistas, psicóloga y tocoginecólogo. Cabe resaltar que las instituciones y los equipos intervinientes cuentan con diferentes posibilidades, recursos y experiencias tanto en la atención de interrupciones de embarazo como en la atención de disidencias sexuales.

Consideramos a su vez a J, un varón trans de 17 años, como un actor más que interpela al sistema de salud y a quienes allí trabajamos con una demanda que disrumpe las variables de lo normalizado y nos lleva a revisar nuestros saberes y prácticas, no sólo profesionales. A su vez, se enmarca su atención siguiendo lo delimitado en la Ley Nacional 26.061/05 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Por su parte, el Servicio Local está constituido por unidades técnico operativas que desempeñan funciones para facilitar el acceso a los programas y planes disponibles en la comunidad de aquellxs niñxs y adolescentes que tengan amenazados o vulnerados sus derechos. Cabe aclarar que este servicio pertenece a un municipio de la provincia de Buenos Aires que se reconoce “Provida”⁵ con un acercamiento manifiesto hacia las instituciones religiosas, que se traduce en la obstaculización al acceso de las ILEs. Además el municipio cuenta con dispositivos que intentan persuadir a las personas gestantes que se encuentran en situación de embarazo no deseado para que no interrumpan. En ese marco sólo la voluntad de lxs profesionales de trabajar desde una perspectiva de derechos y de género, estableciendo incluso a veces redes informales, habilita el acceso de las personas gestantes de ese municipio a las interrupciones legales de embarazo.

Entre los efectores de salud que intervinieron, se destaca que dos de los equipos se corresponden al PNA, en tanto que el tercero pertenece al segundo nivel:

Uno de los centros de salud está ubicado en el conurbano bonaerense. Allí intervino un equipo interdisciplinario conformado por psicólogxs, médicxs generalistas y trabajadoras sociales. Dicho equipo lleva adelante un dispositivo para la atención de personas con capacidad de gestar que solicitan la interrupción del embarazo. Si bien, hasta hace tres años, aproximadamente, se limitaban a la realización de Consejerías de Reducción de Riesgos y Daños, actualmente, el equipo procura el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo.

Las personas que consultan lo hacen de manera espontánea; o bien, mediante la derivación de trabajadorxs del centro de salud y/o de otras instituciones, ya sea del mismo municipio u otros distritos.

En el dispositivo, se brinda escucha y acompañamiento a las personas con capacidad de gestar durante el proceso de toma de decisión -si es que aún no lo hicieron-. Asimismo, se analizan las situaciones para luego encuadrarlas como aborto no punible. Las personas con capacidad de gestar que deciden la interrupción de su embarazo, reciben información sobre cómo realizar el procedimiento de manera segura y avalado por evidencia científica.

⁵ Así se autoproclaman quienes se manifiestan en contra de la despenalización y legalización del aborto. El movimiento Unidad ProVida está integrado por personas y/u ONGs cuyo lema central es “*salvemos las 2 vidas*”. Sin embargo, generalmente obstaculizan el acceso a las ILEs negando el derecho de las personas a realizarse un aborto seguro y gratuito.

El otro efector es el CeSAC 7, un centro de salud perteneciente al área programática del Hospital Santojanni de la Ciudad de Buenos Aires. Se encuentra ubicado en el Barrio Piedrabuena y en él funciona un equipo que desde hace varios años trabaja garantizando el acceso a interrupciones legales de embarazo a personas gestantes del barrio y también de otros lugares, tanto de la ciudad de Buenos Aires como de la provincia de Buenos Aires (mayormente los más cercanos geográficamente). Se trata de un equipo multidisciplinario conformado por profesionales de planta (médicas generalistas, psicólogas y trabajadoras sociales) y por profesionales de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS). Este equipo realiza acompañamientos pre y post aborto y entrega medicación de forma gratuita para las interrupciones legales de embarazo. Aquellas situaciones que no pueden resolverse en el PNA, ya sea por la edad gestacional, por falta de respuesta a la medicación o alguna otra condición que contraindique el uso de Misoprostol⁶, se derivan al Hospital Gral. de Agudos Donación “F. Santojanni” para que pueda ser garantizado el procedimiento en el segundo nivel de atención.

El Hospital Santojanni es un hospital general de agudos ubicado en el barrio de Liniers. En su área programática además del CeSAC 7 se encuentran otros seis centros de salud. El hospital y su área programática acompañan las interrupciones de embarazos hace varios años, siendo en un primer momento con consejería de reducción de riesgos y daños; en la actualidad se realizan interrupciones legales del embarazo. Este avance se ha logrado principalmente desde el Comité de Salud Sexual conformado por profesionales de las ciencias médicas y sociales, del hospital y de los centros de salud. Actualmente, el hospital cuenta con un equipo de ILE conformado por el Servicio Social, el Servicio de Salud Mental y el Servicio de Obstetricia, allí se atiende a personas gestantes en el primer y segundo trimestre de embarazo .

La experiencia: J llega al Servicio Social de un centro de salud del conurbano bonaerense, previo contacto con una trabajadora social del Servicio Local de otro municipio. Como en muchas otras intervenciones lxs trabajadorxs de la salud solemos recibir

⁶ El Misoprostol es la medicación estipulada en el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la ILE (Min. Salud, 2015) para realizar los abortos a través de procedimiento medicamentoso.

situaciones derivadas informalmente por contactos -conocidxs, compañerxs de trabajo/facultad, amigxs, etc.- “amigables”.

El joven, es un adolescente trans con historia de múltiples abusos intrafamiliares, en seguimiento por ese motivo por dicho Servicio Local. Se presenta al turno en el centro de salud acompañado de su padre, su madre y hermano. Las trabajadoras sociales que lo reciben saben que el motivo de consulta es la interrupción del embarazo. Él ingresa solo al consultorio y se genera un espacio de escucha donde se habilita la palabra de J. A lo largo de la entrevista manifiesta deseo de realizar el cambio registral en su DNI e indaga respecto del proceso de hormonización. Cuando la entrevista llega a su fin, J pregunta a las profesionales “¿y con ésto que hacemos?” (sic.), aludiendo a su embarazo. De este modo, la entrevista recomienza.

J relata estar cursando un embarazo, expresando su deseo de interrumpir la gestación. Menciona que este embarazo es producto de una relación sexual ocasional, con un joven conocido. Trae consigo una ecografía realizada en el Htal. de Niños Dr. R. Gutiérrez dos semanas antes. En la misma no consta la edad gestacional. Las profesionales intervinientes explican encuadre de trabajo del equipo y la necesidad de realizar una nueva ecografía para poder establecer la edad gestacional ya que J no recuerda exactamente la fecha de su última menstruación (FUM). Sin embargo, por datos que aporta se infiere que el embarazo sería de 13 semanas, aproximadamente.

Dado que en esas semanas el servicio de ecografías del Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) no estaba disponible, se acuerda contacto telefónico al día siguiente, a fin de informarle turno en hospital local.

Durante poco más de una semana J no volvió a comunicarse con el equipo, ni tampoco atendía el teléfono celular. En esos días la comunicación del equipo de salud con la trabajadora social del servicio local se hizo, prácticamente, diaria. Al mismo tiempo, se comienza a averiguar lugares posibles de derivación para realizar una ILE del segundo trimestre.

Días después recibimos el llamado de J volviendo a solicitar la interrupción. Aún tiene pendiente realizar la ecografía para conocer la edad gestacional. Para ese entonces, el equipo de salud se contactó con una médica generalista del CeSAC 7 de CABA y supo que aquél era un espacio “amigable” donde recibirían a J, para luego realizar derivación al segundo nivel de atención, necesaria por la probable edad gestacional.

J acudió al turno programado en dicho CeSAC, acompañado de su madre. Durante la entrevista realizada de manera conjunta entre una médica generalista y una trabajadora social se desprende que el embarazo es producto de una relación sexual consentida. Al indagar sobre las motivaciones para la interrupción dice *“soy conocido como J, y en el barrio se hablan giladas”* (sic).

En ese mismo momento se realiza ecografía ginecológica donde se informa que cursa una gestación de 13,6 semanas. Por este motivo, nos comunicamos con el Equipo de ILE del Hospital Gral. de Agudos Donación “F. Santojanni”, dado que las derivaciones de interrupciones de edad gestacional mayor a 12 semanas se hacen de esa manera en este efector de salud. Se le asigna un turno a los dos días para concurrir al hospital.

El viernes J concurre al turno y es entrevistado por profesionales del equipo de ILE. En esa instancia, se empieza a pensar en el post aborto y en la posibilidad de establecer una red de acompañamiento. Es recitado para el lunes siguiente. Ese día J asiste al hospital donde le realizan el procedimiento. Estuvo en una habitación separada de la maternidad, con el propósito de que no comparta el espacio de internación con mujeres en situación de trabajo de parto y/o atravesando su puerperio. Se da de alta al día siguiente.

Marco teórico

Tal como se mencionara en el apartado *“Metodología”* la noción de interseccionalidad nos permite comprender la interdependencia de las opresiones que existe entre sexo, etnia, raza, edad y clase social, entre otras y, a la vez, las relaciones de poder que se (re)producen entre estas categorías, las cuales podemos observar que se ponen en juego en la situación de J.

Nos parece importante reflexionar sobre el concepto de género desde una noción performativa, tal como la desarrolla Judith Butler (2018): *“La postura de que el género es performativo intentaba poner de manifiesto que lo que consideramos una esencia interna del género se construye a través de un conjunto sostenido de actos, postulados por medio de la estilización del cuerpo basada en el género. De esta forma se demuestra que lo que hemos tomado como un rasgo «interno» de nosotros mismos es algo que anticipamos y producimos a través de ciertos actos corporales, en un extremo, un efecto alucinatorio de gestos naturalizados”* (2018: 17).

Teniendo presente desde qué lugar nos posicionamos para comprender al género la primera categoría que intentamos articular con nuestro trabajo es la de *cuerpos gestantes* ya que nos parece la más novedosa en relación a experiencias previas en ILEs, al menos para los equipos que tomamos participación en este relato. Por otro lado, es una categoría que nos ayuda a darle cierto marco a la situación. Si bien hubiésemos podido usar la palabra embarazado, ésta como adjetivo de un sujeto masculino no admite la acepción en lo lingüístico -desde la norma y desde el sentido común-, de que dicho sujeto esté gestando.

La categoría *cuerpos gestantes* comenzó a escucharse más asiduamente, en el año 2018, durante el debate en el Congreso Nacional por la legalización del aborto. De a poco se fue instalando que la ILE debía ser un derecho no sólo para las mujeres, sino para cualquier cuerpo con capacidad de gestar. En este sentido nos parece que Paul B. Preciado (2011) nos ayuda a echar luz sobre este concepto cuando afirma en su libro *Manifiesto Contrasexual* que *“en el marco del contrato contrasexual, los cuerpos se reconocen a sí mismos no como hombre o mujeres sino como cuerpos hablantes, y reconocen a los otros como cuerpos hablantes. Se reconocen a sí mismos la posibilidad de acceder a todas las prácticas significantes, así como a todas las posiciones de enunciación, en tanto sujetos, que la historia ha determinado como masculinas, femeninas o perversas”* (2011: 13). Creemos que hablar de cuerpos gestantes nos abre la posibilidad de comprender y abordar mejor algunas situaciones que pueden plantearse en la práctica y además, habilita a esos cuerpos hablantes a acercarse al sistema de salud. En consecuencia, a generar una mayor accesibilidad al sistema de salud.

En función a ello, otra categoría que nos interesa articular con esta experiencia es la de disidencias sexuales, vinculandola con el concepto de accesibilidad.

En nuestro país la Ley 26.743 de Identidad de Género, aprobada en el año 2009, habilita a que las personas trans sean tratadas de acuerdo a su identidad autopercebida e inscriptas en sus documentos personales con el género y nombre vivenciado. Esta posibilidad todavía excluye, dentro del marco legal, la posibilidad de correrse del binarismo⁷. Por esto, preferimos usar la categoría disidencia a la noción de diversidad. El término diversidad no da cuenta de la disputa política e ideológica necesaria para transformar la

⁷ En noviembre de 2018 el Registro Civil de la Ciudad de Mendoza aceptó la petición de una persona para que sea modificada su partida de nacimiento y DNI y se ponga una raya en el espacio consignado para el sexo. En mayo de este año en San Martín, Provincia de Buenos Aires, se tramitó también un DNI sin distinción de género.

normalización; incluso usando el concepto de diversidad no siempre se contempla que la heteronormatividad es hegemónica. Comprender a la heteronormatividad como hegemónica es una de las claves para problematizar sus lógicas y así empezar a generar mayor accesibilidad al sistema de salud. Mientras exista hegemonía no habrá lugar para la diversidad. *“Intervenir en nombre de la transformación implica precisamente desbaratar lo que se ha convertido en un saber establecido y en una realidad cognoscible, y utilizar, por así decirlo, la propia irrealidad para posibilitar una demanda que de otra forma sería imposible o ilegible. Creo que cuando lo irreal requiere realidad o entra en su dominio, tiene lugar algo más que una simple asimilación a las normas predominantes. Las normas mismas pueden desconcertarse, mostrar su inestabilidad y abrirse a la resignificación”* (Butler, 2018: 49).

A su vez, estos términos se enmarcan en un sistema de funcionamiento mayor que es el patriarcado. Este no es un sistema más, sino que es el sistema que genera discriminaciones, opresiones y violencias, las cuales se manifiestan en la explotación de los cuerpos de las mujeres, lesbianas, travestis, trans y no binarixs. En este sentido, entendemos que las prácticas patriarcales cotidianas impactan en detrimento de los territorios, de las culturas, de los cuerpos y de las vidas⁸.

Por otro lado, nos parece importante considerar la categoría de red para este trabajo, ya que la misma nos permite seguir profundizando en el abordaje realizado con la situación de J. Cuando hablamos de redes recordamos en primer lugar que en el año 2014 se creó la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, la cual nos sirvió para la articulación en este caso en particular.

Partimos de entender que el proceso que desarrollamos para intervenir en la situación con J se enmarca en un enfoque de redes. Ello nos permite romper con las lógicas piramidales de funcionamiento que reproducimos lxs sujetxs insertxs en instituciones como las de salud. Nos habilita, además, a pensar maneras diferentes de construir relaciones, de vincularnos y de pensar nuestras estrategias de intervención en el campo de la salud, ya no de manera aislada, sino en conjunto, con otrxs profesionales, con otras disciplinas y en otras instituciones.

⁸ Para seguir profundizando en este concepto recomendamos los siguientes recursos audiovisuales: “Volveré y seré millones” (2017), cortometraje homenaje a Berta Cáceres; y el fragmento de una entrevista realizada a Adriana Guzman Arroyo (2019). Disponibles en los siguientes links respectivamente: <https://www.youtube.com/watch?v=MBTRLmAjXfl&feature=youtu.be>; <https://www.facebook.com/LasMartinaChapanay/videos/2039605226075453/?v=2039605226075453>. Consultados el 30/9/2019.

Nos alejamos así del concepto de sistema cuando nos referimos a salud, ya que el mismo es pensado desde una mirada positivista, presenta una lógica estática y jerárquica entre quienes lo integran y es entendido como un aparato homogeneizador en su estructura, donde la heterogeneidad en el ámbito de la salud es negada e invisibilizada (Rovere, 1999). Si bien proponemos alejarnos de dicho concepto por lo que representa, a lo largo de este trabajo continuamos refiriéndonos al sistema de salud, ya que es la lógica de funcionamiento que prima.

Por el contrario, el concepto de redes parte de otra lógica, la cual asume la heterogeneidad y una posible organización a partir de ella. Además establece que las redes las conforman personas, y no instituciones u organizaciones, por lo tanto es inherente a ellas la construcción de vínculos entre estxs sujetxs (Rovere, 1999). Esto se traduce en la posibilidad de construir respuestas flexibles y creativas a las demandas que presentan las personas que se atienden en las instituciones de salud, tanto dentro de una misma institución como así también con otras. En este sentido, se ponen en juego algunos conceptos que complejizan la noción de redes, los cuales son: red vincular y red nocional. La primera está conformada por las múltiples relaciones que establecen las personas entre sí, mientras que la segunda da cuenta de las concepciones teóricas, epistemológicas y políticas que enmarcan las acciones que se dan en una red (Dabas y Perrone, 1999). Se suman a estos conceptos también las nociones de redes formales e informales, donde las primeras hacen referencia generalmente a la organización de las instituciones de salud desde la lógica de sistema, mientras que las segundas dan cuenta de procesos de trabajo alternativos que se construyen a partir de la autonomía que poseen lxs profesionales y trabajadorxs de la salud.

A partir de la noción de redes, y para ir finalizando con el marco teórico que da sustento a este trabajo, podemos inferir que éstas son tanto interdisciplinarias como intersectoriales. Alicia Stolkiner (2005; 2012) sostiene que la interdisciplina es una producción colectiva grupal procesual; un posicionamiento que, necesariamente, debe reconocer la incompletud y parcialidad de disciplina de cada profesional que conforma un equipo de trabajo. Requiere, entonces, una acción cooperativa de lxs profesionales. El desafío para llevar adelante la interdisciplina es la conformación de un marco teórico referencial común. Ello, implicará acuerdos básicos para así lograr un posicionamiento político e ideológico. A partir de entonces, el equipo interdisciplinario, podrá desarrollar sus objetivos de trabajo y, en consecuencia, las acciones a realizar. En tanto que, la

intersectorialidad hace referencia a la interacción y convergencia entre diversas instituciones que pertenecen a diferentes sectores, y que realizan un trabajo articulado en pos de garantizar la atención, acompañamiento y resolución de un conflicto.

Cabe siempre resaltar que tanto el trabajo interdisciplinario como el intersectorial no siempre se realiza habiendo concretado acuerdos de manera armoniosa, sino que, en general, este trabajo se lleva a cabo en contextos donde está presente la tensión y el conflicto ya que en él se ponen en juego los diferentes intereses que persiguen lxs actorxs sociales que lo conforman.

Análisis de la experiencia

En este apartado la propuesta es pensar la experiencia y las distintas situaciones que se fueron planteando a la luz de las categorías que nos propusimos en el marco teórico y en relación con los condicionantes y determinantes de la salud.

Desde el comienzo de la intervención con J en el CAPS del conurbano bonaerense, aparecieron algunos obstáculos. El primero que encontramos fue que el adolescente asistió al turno pautado con una ecografía, realizada en el Htal. de Niños Dr. R. Gutiérrez, donde no se informaba la edad gestacional. Cuando se pudo hacer otra ecografía -habiendo pasado más de un mes de la primera consulta-, se constató que era una gestación de 13.6 semanas. Con lo cual, nos lleva a pensar que, si hubiésemos contado con una ecografía informada -esto es, donde conste la edad gestacional- al momento de la primera consulta la situación se habría resuelto en el CAPS. Es decir, en el primer efector en que J consultó. La edad gestacional es un dato fundamental en las ecografías de embarazos, tanto si la persona continúa con la gestación, como si desea interrumpirla. Sobre todo en los casos en que la FUM es incierta. Por tal motivo, consideramos de relevancia que aquellas personas que realicen ecografías ginecológicas estén capacitadas e informadas; que sean permeables a la posibilidad que no todas las personas que realizan ecografía continúen con el embarazo; que manejen la información necesaria para poder escuchar y orientar a las personas consultantes. Se procura, de este modo, reducir la eventual posibilidad que alguien realice procedimientos para la interrupción de embarazo de manera insegura, poniendo así, en riesgo su vida.

Otro de los obstáculos identificados en esta experiencia -y que se presenta en muchas otras-, es la falta de equipos que brinden el acceso a las ILEs. Si bien, cada vez somos

más lxs profesionales que trabajamos activamente en pos de garantizar el acceso a las ILEs, visualizamos que existen municipios en la provincia de Buenos Aires, donde no trabajan con las consejerías creadas en el marco de la Ley 14.738/15 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Ello nos lleva a pensar que las personas que viven en estos municipios y deciden interrumpir su embarazo pueden poner en riesgo su salud y su vida si no acceden a la información, procedimiento y/o medicación, entre otras cuestiones.

También se dificulta la accesibilidad si la persona debe viajar a otros municipios o ciudades para acceder a una práctica legal y segura. Por otro lado, es válido mencionar que no todas las personas tienen los mismos recursos materiales y simbólicos que le permitan la búsqueda de un equipo de salud que le brinde la atención necesaria, sobre todo cuando el mismo no se encuentra en su municipio.

A ello se suma que, en la provincia de Buenos Aires, el Misoprostol no está garantizado en todas las situaciones. Ello varía según cada Región Sanitaria y/o Municipio.

En cuanto al acceso a la ILE, en la Provincia de Buenos Aires, aparece otro obstáculo. El mismo es la derivación al segundo nivel, en aquellos casos que así lo requieran: a) Gestación de más de doce semanas; o b) Contraindicación en el uso de Misoprostol. Desde los hospitales suelen dilatar los tiempos para recibir las derivaciones. Podemos presumir que ello se debe a la objeción de conciencia solapada que existe en los servicios de gineco-obstetricia. Asimismo, a través de nuestra práctica cotidiana, podemos evaluar que, en relación a los causales⁹ que habilitan la legalidad de la interrupción, generalmente, desde el segundo nivel de atención, suelen jerarquizar las situaciones de embarazos productos de una violación, por sobre otros causales.

Ante la situación que se nos planteó con J se pusieron en juego redes que van por fuera de los circuitos formales y que posibilitaron el acompañamiento y la resolución de esta situación puntual. Con la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir y otras redes que vamos formando menos “institucionalizadas”, algunas situaciones pueden resolverse pero existe incertidumbre, ya que no siempre tienen a disposición los recursos humanos y materiales necesarios para ofrecer respuesta, apoyo o acompañamiento. Consideramos necesario aclarar que cuando hacemos referencia al recurso humano tiene

⁹ Según el Código Penal, en su artículo 86, el aborto legal o no punible se corresponde cuando: 1) el embarazo es producto de una violación; 2) cuando el embarazo pone en riesgo la vida o la salud y ese peligro no pueda ser evitado por otros medios.

que ver con la existencia de profesionales objetores de conciencia como así también con profesionales que no pueden abordar la temática por presiones institucionales. A su vez, si pensamos en las redes formales, se presenta el Plan Red de Salud AMBA¹⁰ como el que podría dar respuesta a este tema, sin embargo no es este quien da respuestas concretas. Esto nos lleva a cuestionar si realmente el modelo propuesto desde el gobierno sea el de universalizar el acceso a la salud. Lo que si no tenemos dudas es al sostener que somos los equipos que trabajamos en el primer nivel y el segundo nivel los que vamos construyendo a diario una atención en salud integral y universal.

Otra aspecto que nos interesa analizar fue el hecho de que si bien el relato de J da cuenta que el embarazo fue producto de una relación sexual consentida, quienes lo entrevistamos en ambos efectores de salud del PNA evaluamos que el adolescente estuvo expuesto, nuevamente, a situaciones de vulnerabilidad. Esta evaluación se desprende de la trayectoria de vida de J, la cual se complejiza si tenemos en cuenta el disciplinamiento por parte de los varones cis heterosexuales del que generalmente son víctimas las disidencias sexuales. Resulta fundamental para este análisis tener presente la voz de J, quien durante las entrevistas no pudo expresar con claridad cómo se dieron los hechos al mantener esta relación sexual.

Otra situación que nos generó inquietud fue al momento del empadronamiento¹¹ necesario en el CeSAC para poder habilitar y registrar la atención. Insistimos en el cuidado para con J, ya que al no haber capacitaciones específicas en relación a las disidencias sexuales, teníamos temor en cuanto al trato que él recibiera por parte del personal y/o al registro.

Por otra parte, al articular con la ecografista nos encontramos con nuevas tensiones. La misma cuestionó la posibilidad que se tratara de un chico trans dado que, si estaba hormonizado no debería haber quedado embarazado, de hecho al informarnos el resultado de la ecografía puso especial énfasis en que no encontraban signos de hormonización. Estos comentarios dan cuenta que se ha construido una mirada biologicista y

¹⁰ El plan Red de Salud AMBA es un plan estratégico diseñado para 33 municipios y la totalidad de CABA a partir del análisis de situación de salud en los dominios edilicios, de recursos humanos y de gestión de los centros de salud de cada uno de los municipios involucrados. A partir del mismo se elaboró una análisis de brecha a un estándar esperado (construcción de una Red Integrada de Servicios de Salud basado en la estrategia de APS y planificar los recursos necesarios para zanjarla).

¹¹ El empadronamiento es un trámite obligatorio para poder generar la historia clínica electrónica, llamada Historia de Salud Integral. Este sistema funciona en el Sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

binaria de las identidades de género, sostenidas en un modelo heteropatriarcal que se traduce en (de)formaciones profesionales. En este sentido, nos preguntamos si lo trans puede sólo definirse por la intervención del cuerpo, como si existiera un “deber ser” trans.

Luego de lo ocurrido con la ecografista, aparecieron al interior del equipo nuevas preguntas sobre cómo continuar con la derivación al hospital, las cuales se sumaron a interrogantes que también le surgieron al equipo de ILE que recepcionaba la situación en el segundo nivel de atención. Ellas giraron en torno a cuál era la mejor opción para llevar a cabo la interrupción del embarazo y cuál era el área de internación en donde podría hacerse el procedimiento. Para ello, desde el hospital resolvieron volver a entrevistar a J, darle las diferentes posibilidades, y escucharlo. Tomamos estas interpelaciones al interior de los equipos, sobre todo el del segundo nivel como particulares de esta situación ya que generalmente con otras ILEs no suelen hacerse tantas preguntas y lxs profesionales deciden el procedimiento para la interrupción y las mujeres cursan las horas de post interrupción internadas junto a las personas que cursan puerperio inmediato.

Por último, queremos destacar que los tres efectores de salud que participaron en el proceso que culminó con la ILE comenzaron su práctica en interrupciones de embarazo realizando consejerías de reducción de riesgos y daños y en el marco de la lucha por la legalización del aborto fueron ganando terreno para poder enmarcar las situaciones como legales.

Conclusiones

Para finalizar este trabajo nos interesa delinear algunas aproximaciones que, lejos de presentarse como acabadas, nos permitan continuar reflexionando en torno a esta temática.

En este sentido, por un lado, queremos destacar la importancia del sistema público de salud. En la actualidad, es principalmente a través de los efectores del ámbito público donde se otorga el acceso a las interrupciones legales de embarazo. Además, por el hecho de contar con equipos interdisciplinarios, está capacitado para abordar de manera integral las problemáticas de salud de las comunidades. También al estar en contacto con otros sectores del Estado, organizaciones sociales, organizaciones políticas y/o feministas puede trabajar acompañando y resolviendo situaciones, teniendo en cuenta los condicionantes y determinantes en salud.

Creemos que muchas de las situaciones que abordamos en el PNA son complejas. Suelen ser problemas que desafían las formas aprehendidas de pensar/hacer. En este punto se pone en tensión la construcción de redes formales e informales en nuestra práctica cotidiana, entendiendo que estas últimas cuestionan la lógica de organización del sistema de salud vigente; tienen en cuenta las necesidades de las personas; y procuran dar respuestas mediante la voluntad de algunos profesionales. Vale destacar que es posible generar redes vinculares entre lxs profesionales que intervenimos en la situación de J en función del posicionamiento ético-político compartido. En este sentido, los equipos interdisciplinarios y las redes son de un valor fundamental para encontrar respuestas que no sean unívocas y que construyan una atención integral para lxs sujetxs que acceden al sistema de salud.

Por otro lado, queremos remarcar la necesidad de garantizar la atención de la salud a los cuerpos gestantes, transformando las prácticas y protocolos que organizan los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado para que se orienten a formas accesibles e inclusivas. De esta manera, procuramos romper con la hegemonía propuesta por el modelo biologista, el cual siempre ha sido heteropatriarcal.

La importancia de estos cambios es central ya que el promedio de vida de la población trans es de 35 años, muy por debajo de la expectativa de vida del resto de la población, que en Argentina es de aproximadamente 75 años (Ministerio de salud, 2015). La falta de formación/información del personal sanitario (profesionales, técnicxs, administrativxs, etc.) moldea un contexto de maltrato, estigmatización y discriminación, elementos constitutivos de la vulnerabilidad de las disidencias sexuales, impactando negativamente en la accesibilidad al sistema de salud.

A raíz de lo expuesto, pensamos que es necesario continuar la lucha para que el aborto sea legal, seguro y gratuito; para garantizar el acceso de todos los cuerpos gestantes a la interrupción de un embarazo sin dilaciones y sin poner en riesgo su vida.

BIBLIOGRAFIA

- Althabe, Gérard; Hernández, Valeria (2004). *"Implicación y reflexividad en antropología"*, en *Journal des anthropologues* 98-99:15-36.
- Butler, Judith (2018). *"El género en disputa"*, Segunda Edición, Argentina: Editorial Paidós.
- Butler, Judith (2018). *"Deshacer el género"*, Primera Edición, Argentina: Editorial Paidós.
- Paul B. Preciado (2019). *"Manifiesto Contrasexual"*, Primera Edición en compactos, Argentina: Editorial Anagrama.
- Dabas, Elina; Perrone, Néstor (1999). *"Redes en salud"*. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/redes.pdf>
- Del Valle, Carolina; Velázquez, Melisa (2018). *"'No la vi venir'. Aproximaciones para intervenir en explotación sexual y migraciones"*, en *Revista del Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni*, vol. 11, nº 1, pp. 43-52, Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, ISSN 1514-5412.
- Guber, Rosana (2001). *"La etnografía. Método, campo y reflexividad"*, Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- hooks, bell (2004). *"Mujeres negras: Dar forma a la teoría feminista"*, en *"Otras inapropiables"*, Madrid: Editorial Traficantes de sueños, ISBN 84-932982-5-5.
- Ministerio de Salud de la Nación (2015). *"Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable"*, Presidencia de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Nación (2015). *"Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud"*. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Presidencia de la Nación.
- Rovere, Mario (1999). *"Redes en Salud. Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad"*. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

- Stolkiner, Alicia (2012). *“Diálogo sobre interdisciplina”*, en *Periódico En Diálogo*, Extensión, Universidad de la República Uruguay. Disponible en: <http://www.extension.edu.uy/endialogo>
- Stolkiner, Alicia (2005). *“Interdisciplina y Salud Mental”*, en *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas provinciales de Psicología. Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy*. Realizadas el 7 y 8 de Octubre. Posadas, Misiones.
- Touraine, Alain (1995). *“Crítica a la modernidad”*. México: F.C.E.