

RESUMEN

“Abortando prácticas hegemónicas, la lucha por una demanda histórica desde el primer nivel de atención”. Estudio cuantitativo sobre el acompañamiento de la ILE/IVE en Villa Hudson, Florencio Varela, entre el año 2018-2023.
AUTORES/AS: Arce Aguirre, Alexis J.; Braggio, Cora A.; Layús, Pedro; Makara, Oriana S. PARTICIPANTES: Antonella G.; Contreras, Lucía N.
CAPS Villa Hudson. Iberia 359, Bosques, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina CP 1888. Tel: (221) 5634908. Mail: corabraggio@gmail.com
Trabajo de investigación con enfoque cuantitativo .
Trabajo inédito
Categoría: Clínica ampliada
INTRODUCCIÓN: Esta investigación surge de la práctica interdisciplinaria en la Asesoría IVE/ILE del CAPS Villa Hudson, a raíz de la necesidad de sistematizar datos propios desde el primer nivel de atención, por falta de los mismos. OBJETIVO GENERAL: Describir el proceso de atención-cuidado de las personas que asisten a realizarse una IVE/ILE en el CAPS Villa Hudson de Florencio Varela durante Junio 2018-Junio 2023, comparando pre y post ley. DISEÑO: Trabajo descriptivo, observacional y longitudinal. RECOLECCIÓN DE DATOS: historias clínicas y para su análisis se utilizaron tablas dinámicas en Microsoft® Excel. RESULTADOS: Total consultas por IVE/ILE junio del 2018 a junio del 2023: 602, siendo pre ley 200 y de 402 en el mismo periodo de tiempo luego de la aprobación de la ley, duplicando el número. Perfil de las/les usuarias/es: Edad promedio: 26 años. Violencia de género: pre ley 34 %. Posterior a la sanción de la ley 5,47%. Ausencia a la consulta post interrupción: pre ley 41,5%, posterior a la ley 46,8%. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: La investigación cumplió sus objetivos al proporcionar datos estadísticos sobre perfil y atención de quienes requirieron una IVE/ILE en CAPS Villa Hudson. Sin embargo, algunos datos no pudieron ser analizados por registros incompletos, destacando la necesidad de mejorar este punto. Para las/les participantes la experiencia fue formativa y políticamente relevante. PROPUESTAS: Generar trabajos mixtos para indagar motivos de no acceso a consulta post IVE. Propiciar espacios de salud sexual integral a la comunidad.
IVE/ILE; Asesoría; Primer nivel de atención; Proceso de atención-cuidados

Cantidad de palabras: 240



Ilustración: Coqui Peirano. 2018

**“Abortando prácticas
hegemónicas, la lucha por
una demanda histórica
desde el primer nivel de
atención” Estudio
cuantitativo sobre el
acompañamiento de la
ILE/IVE en Villa Hudson,
Florencio Varela, entre el
año 2018-2023.**

AUTORES/AS:

Arce Aguirre, Alexis Jorge. Residente Medicina General 2do año CAPS Villa Hudson. DNI 38.464.895.

Braggio, Cora Antonela. Residente Medicina General 2do año Villa Hudson. DNI 32.772.455.

Layus, Pedro. Médico Generalista egresado de la Residencia de Villa Hudson. DNI 34.883.642.

Makara, Oriana Sofia. Residente de Psicología PRIM Varela, rotante en CAPS Villa Hudson. DNI 38.303.556.

El equipo de investigación es interdisciplinario, conformado por dos residentes de Medicina General (MG) del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) Villa Hudson y una rotante residente de Psicología del PRIM Varela. Uno de los autores fue residente de Medicina General, y luego Jefe de Residentes. El CAPS se ubica en el Municipio de Florencio Varela, del segundo cordón del conurbano en la Provincia de Buenos Aires.

PARTICIPANTES:

Amoroso, Antonella Giselle. Jefa de residentes de Medicina General Villa Hudson. DNI 36.215.412

Contreras, Lucía Natalia. Residente de Medicina General 3er año Villa Hudson. DNI 34.402.223

Iberia 359, Bosques, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina
CP 1888. Tel: (011) 21493929. Mail: villahudson@gmail.com

Trabajo de investigación cuantitativo - inédito – Categoría: Clínica ampliada

Año 2023

INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo fue realizado por residentes de Medicina General del CAPS Villa Hudson y el jefe saliente de la misma, junto a una rotante residente de Psicología del PRIM Florencio Varela. La elección del tema a investigar surge a partir de la práctica en la asesoría de IVE/ILE (Interrupción Voluntaria del Embarazo/Interrupción Legal del Embarazo) y de la necesidad de construir y sistematizar datos propios desde el primer nivel de atención, a partir de la falta de los mismos. Por ello, es un tema relevante a investigar, ya que las estadísticas colaboran en derribar mitos sobre quiénes abortan, dan cuenta de motivaciones y desigualdades según los contextos y coyuntura. Han sido también de gran valor a la hora de generar articulaciones y vínculos con equipos del sistema de salud. Además, son datos que permiten proyectar acciones y estrategias situadas en cada territorio.

El recorrido de la conquista del aborto como un derecho comienza en Argentina en los años 70 con la Asociación Feminista Argentina, que por esos años repartían un volante que decía *“El embarazo no deseado es un modo de esclavitud. Basta de abortos clandestinos. Por la legalidad del aborto. Feminismo en marcha”*. Luego en el año 1987 un grupo de mujeres conformaron la “Comisión por el Derecho al Aborto”, el nombre de ese cuerpo era una primera vía para sacar al aborto del silencio, sería nombrado como tal y se posicionaría como parte del ejercicio de la sexualidad, al que hasta el momento las mujeres cis no podían inscribirlo en sus biografías y eran penalizadas. En el año 2003, durante el llamado “Encuentro nacional de mujeres” (a partir del 2018 en La Plata, Encuentro Plurinacional de Mujeres, Lesbianas, Travestis, Trans, Bisexuales y No Binaries) realizado en la ciudad de Rosario y el siguiente en la ciudad de Córdoba, dan origen a la Campaña Nacional por el derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito, con el pañuelo verde como símbolo de esta lucha y con la triple consigna “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”. Esta organización, además traería el reclamo de la ausencia de políticas públicas en materia de derechos sexuales y una aproximación estadística de complicaciones y muertes por abortos clandestinos.

Como respuesta a estos reclamos, se elabora en 2010 una “Guía técnica para la atención integral del aborto no punible” enmarcada por el Código Penal de 1921 en su artículo 86. Luego en 2012, a través del fallo FAL de la Corte Suprema de Justicia, se genera jurisprudencia, éste fue el gran disparador para la elaboración de recomendaciones para acompañar abortos.

Débora Tajer plantea que en el primer nivel de atención público, se implementaron consejerías en opciones (modelo de reducción de daños y riesgos). Luego, los equipos interdisciplinarios, compuestos fundamentalmente por médicos/as/ques especialistas en Medicina General, comenzaron a asistir abortos legales con medicación (misoprostol), y en algunos casos, con el método de aspiración manual endouterina (AMEU). Estos/as/es profesionales se agruparon en la “Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir”, que reunió a colegas de diversas disciplinas del equipo de salud. Esta red de profesionales del sector formal articula a nivel de la sociedad civil con el Socorrismo en Red, planteando una cooperación entre los servicios de salud y la participación social activa e informada en la garantía de acceso a un derecho. **(1)**

En nuestro equipo de salud (ES) del CAPS Villa Hudson, se inició con el acompañamiento institucionalizado de la ILE en el 2015, con la publicación del “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”, que era una versión revisada y actualizada de la “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles”, elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2010, y que incluía las nuevas interpretaciones del “causal salud”, y las resoluciones del ya mencionado “Caso FAL”. En esta primera etapa, se dieron las primeras reuniones con el ES, donde se debatió y se acordó el acompañamiento de las/les usuarias/es a la autonomía de sus decisiones sobre su cuerpo y gesta, y pese a los diferentes disensos, se acordó dar respuesta a las demandas. Se armaron modelos de Historias clínicas (HC), y el acompañamiento era principalmente unidisciplinar (médicas/os/ques generalistas/residencia MG), no había acceso al tratamiento farmacológico, y la obtención de las ecografías y las recetas era a través de redes informales, donde se conocían farmacias amigables, se inventaban diagnósticos para el acceso al misoprostol (enfermedades reumatológicas/gastritis), y para las ecografías en el Hospital de referencia (amenazas de aborto, ginecorragias con síndrome anémico, etc.). La derivación al segundo nivel en edades gestacionales avanzadas prácticamente no existía, ya que el servicio del Hospital de referencia era enteramente objetor. La experiencia y conocimiento en la temática era incipiente, las consultas eran por demanda espontánea, y no había espacios establecidos de atención específica.

Una segunda etapa se dio entre el 2016 y 2017, donde gracias a los debates en los espacios colectivos del barrio (Red de Villa Hudson), se generó más difusión del dispositivo, lo que generó mayor accesibilidad para las personas. La atención se empezó a hacer de

forma interdisciplinaria, se confeccionó una historia clínica más integral, se estableció día y horario de atención, y se sensibilizó a todo el Equipo de Salud (administración, enfermería, promotora de salud, ginecóloga, obstétricas) para poder recepcionar las situaciones de lunes a sábados. Esto significó una altísima demanda por el espacio, donde accedían usuarias/es de todo el municipio e incluso de otros cercanos. Esta etapa generó alto impacto sobre el equipo, por la gran demanda, las grandes dificultades con el segundo nivel, en el acceso a la medicación y las ecografías, que demandaba una atención personalizada “cuerpo-cuerpo”.

Una tercera etapa se dio entre el 2018 y 2020, durante el debate en el Congreso Nacional gracias a la llegada del proyecto de Ley de IVE/ILE. Con su posterior aprobación y reglamentación, esto generó mayores espacios colectivos de problematización en Florencio Varela. Se logró armar una red local con otros Centros de salud que acompañaban, nucleándose en la “Red de Profesionales por el derecho a decidir”, mejorando sustancialmente las dificultades de derivación y el acceso a la medicación. Eventualmente se iniciaron las articulaciones municipales para el acceso a través de la Secretaría de Salud a las ecografías y a la medicación ambulatoria.

Pregunta problema:

¿Cuál es la evolución del proceso atención-cuidado de IVE/ILE en el CAPS Villa Hudson durante Junio 2018-Junio 2023, antes y después de aprobada la Ley 27.610?

OBJETIVO GENERAL

Describir el proceso de atención-cuidado de las/les usuarias/es que asisten a realizarse una IVE/ILE en el CAPS Villa Hudson de Florencio Varela durante Junio 2018-Junio 2023, antes y después de la Ley 27.610.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contabilizar el número de consultas por períodos previo y posterior a la aprobación de la ley 27.610.
- Caracterizar el perfil de las/les usuarias/es que asisten a la asesoría IVE/ILE.
- Identificar el contexto de violencia por motivos de género como un determinante en la consulta de IVE/ILE.
- Conocer el porcentaje de asistencia e inasistencia a entrevista posterior a la IVE/ILE.

- Comparar los componentes del proceso atención-cuidado previo y posterior a la aprobación de la ley.

MARCO TEÓRICO

Marco Legal

La Ley 27.610, aprobada el 30 de diciembre de 2020, regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, y la atención postaborto para todas las personas con capacidad de gestar. Algunos puntos relevantes incluyen: 1) Acceso a IVE hasta la semana 14 de gestación, con un plazo máximo de 10 días desde la solicitud. 2) Después de 14 semanas, se permite la IVE/ILE en casos de violación o riesgo para la vida o salud de la persona gestante. 3) Las personas mayores de 16 años pueden dar su consentimiento y las/les menores requieren el de sus representantes legales. 4) Los profesionales pueden objetar, pero deben derivar sin demora. 5) No se permite la objeción de conciencia en casos de riesgo para la vida o salud de la persona gestante. 6) Se garantizan derechos como trato digno, privacidad, confidencialidad y calidad de atención. 7) Se modifica el Código Penal, despenalizando el aborto con consentimiento hasta la semana 14.

La ley representa un avance significativo en el acceso a servicios de aborto seguro y atención médica, garantizando derechos y promoviendo la salud reproductiva de las personas con capacidad de gestar en Argentina **(2)**.

Perspectiva de género en el contexto de aborto

La perspectiva de género es una opción política para poner en evidencia la posición de desigualdad y subordinación de las mujeres en relación a los varones, pero también permite ver y denunciar los modos de construir y pensar las identidades sexuales desde una concepción de heterosexualidad normativa y obligatoria que excluye otras formas de sexualidad que no adscriben a esa norma **(3)**.

En nuestra cultura rige una jerarquía sexo-genérica. La norma de género establece un régimen de maternidad obligatoria. El debate del aborto tiene además un territorio: mayoritariamente el cuerpo de las mujeres, y por esto ocupa históricamente en nuestra sociedad heteropatriarcal el lugar de inferioridad que esta limita para las mujeres y “lo femenino”. Asimismo están presentes los cuerpos de las lesbianas (que pueden o no percibirse como mujeres) y de los varones trans, y existe allí otra carga simbólica, el lugar de

lo abyecto que nuestra cultura relega para las identidades disidentes de la heterosexualidad. Pero a pesar de las resistencias, paulatinamente en el último tiempo, comienza a comprenderse el problema del aborto, como inherente a la violencia. Porque: todas las personas que atraviesan un proceso de gestación y desean interrumpirlo; que deben enfrentarse inicialmente a la norma cultural de la maternidad forzada programada en las subjetividades; que sufren una enorme presión y estigmatización por parte de la sociedad, que es el seno de reproducción de las normas hegemónicas; que no pueden acceder a una educación sexual integral, que les permita entre otras cuestiones, elegir anticonceptivos que eviten un embarazo no deseado; todas estas personas experimentan violencias que emanan de la norma de género **(4)**.

Proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (P-S-E-A-C)

La asesoría parte del P-S-E-A-C como objeto de la Salud Colectiva Latinoamericana/Medicina Social. Laurell señala que la noción de proceso salud-enfermedad propone un pasaje de entender a la salud y a la enfermedad como elementos opuestos y dicotómicos, a entenderlos como articulados en un proceso. Además, ubica a lo social en un plano de preeminencia, frente a los fenómenos de carácter biológico al subrayar el carácter social del mundo humano y del aspecto biológico que en él puede reconocerse. Entiende la salud y enfermedad como partes de un único proceso cuyo carácter es eminentemente social e histórico, por ello, existen variaciones entre sociedades, culturas, épocas y entre clases sociales **(5)**.

A ello, se suma las formas de atención, para analizar las formas en que la salud y la enfermedad se presentan en cada contexto y población, así es como los conjuntos sociales se proponen como objeto de reflexión. Menéndez agrega al proceso salud-enfermedad, la categoría de atención, para referir que los procesos de salud-enfermedad suponen respuestas sociales, que instituyen una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad **(6)**. En cuanto al cuidado, Michalewicz desarrolla que puede entenderse por un lado, como un concepto que apunta a la integralidad de la atención y por otro, como la propuesta de la reorganización de los servicios tomando como eje a las/les usuarias/es. Así es como el cuidado, se plantea como ética que orienta las prácticas en salud **(7)**.

Salud integral

Débora Ferrandini propone entender a la salud como la facultad singular y colectiva de lidiar contra las fatalidades y restricciones de la vida, y por lo tanto, que el ser humano está “en salud” si lucha para resolver los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen. Como también planteó Floreal Ferrara, la salud es “la capacidad individual y social de modificar las condiciones que limitan la vida”, y este óptimo vital es el estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos. En este sentido, se considera a la salud sexual reproductiva y no reproductiva como derechos humanos fundamentales, relativos al libre ejercicio de la sexualidad, sin riesgos, al placer físico y emocional, a la libre orientación sexual, a la libre elección del número de hijas/os/es (o no tenerlos), a la protección de la maternidad, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin coerción, discriminación ni violencia. Es un aspecto fundamental para la salud y el bienestar general de las personas, así como para el desarrollo económico y social de las comunidades y los países. El acceso al aborto legal seguro y gratuito es un punto fundamental en este aspecto **(8)**.

Accesibilidad

La accesibilidad en salud se refiere a la relación entre los servicios de atención médica y los/as/usuarios/as/es, donde ambas partes pueden tener la posibilidad o incapacidad de conectarse. Esto se basa en la idea de que la salud es un derecho fundamental, y se busca comprender las dinámicas que afectan el acceso a la atención médica, como las desigualdades en salud, la vulnerabilidad de ciertos grupos, los factores que influyen en la salud y los aspectos relacionados con el acceso a los servicios. Para mejorar la accesibilidad, se destacan aspectos importantes, como disponer de evidencia sobre las desigualdades en el acceso, políticas públicas efectivas, la identificación de intervenciones adecuadas, la gestión y evaluación de impacto, así como la búsqueda de recursos adicionales para reducir la exclusión **(9)**.

Consejería - Asesoría en IVE/ILE

La consejería es un modelo de atención en el cual el equipo de salud trabaja desde el conocimiento que las personas tienen sobre sí mismas, fomentando la utilización de sus

propios recursos de cuidado. Además, proporciona información precisa y científicamente validada, orienta hacia prácticas y recursos de salud, acompaña a las/les usuarias/es en la construcción de su autonomía y las/les ayuda a tomar decisiones informadas y responsables trabajando con la persona sus inquietudes, dudas, deseos y temores. En cambio la asesoría se define como el servicio que ofrece un profesional que brinda recomendaciones, sugerencias y consejos sobre un área en el que se ha especializado **(10)**.

En el municipio de Florencio Varela, estos espacios de asesoría y consejería se dividen de manera práctica, dónde estos últimos no tienen un profesional médico que entregue la receta, pero dan una orden para que se realice la misma en un CAPS que centraliza las demandas de IVE/ILE, y donde también se retira la medicación. Los espacios de asesoría y consejería, sí cuentan con quien realice las recetas, pero también se debe retirar la medicación en este CAPS central.

El equipo de salud del CAPS Villa Hudson entiende al espacio de asesoría como un *“Acompañamiento integral en IVE/ILE”*, ya que se considera que no es una consulta aislada o focalizada, que en general se realiza un abordaje de la situación compleja de las/les usuarias/es que son del barrio, con el posterior seguimiento por otros motivos con el mismo u otro profesional, como: control periodico de salud, control de niño si tiene, seguimiento con salud mental en los casos que es necesario, etc.

Interdisciplina

Tomando los aportes de Morín se parte de concebir al proceso de interrupción del embarazo como un problema complejo, constituido por una amplia gama de determinantes entrelazados. Para abordarlo, es necesario intervenir desde un equipo interdisciplinario, el cual es un trabajo en equipo, donde se intenta evitar que se base en la simple yuxtaposición de disciplinas o el encuentro casual entre las mismas. El objetivo es la construcción conceptual común de un problema **(11)**. Elichiry propone partir de una concepción constructivista de la realidad, reconociendo la complejidad de la misma, rompiendo con un paradigma de la simplicidad y reduccionista **(12)**. El trabajo interdisciplinario de la asesoría del CAPS Villa Hudson, parte de la Medicina General, Psicología y Trabajo Social, y de la articulación con otras disciplinas cuando se requiera. Así es como Stolkiner señala “La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento

obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina.” (13). La interdisciplina pone jaque la concepción de que hay una disciplina con saberes absolutos, plantea el desafío de concebir una horizontalidad y no una jerarquización de las disciplinas. Resulta un enfoque que se presenta como alternativo al paradigma médico-hegemónico, donde la medicina toma un lugar único para abordar los problemas, los cuales son explicados desde una sola causa (la biológica) buscando una supuesta “objetividad”, así es como dicho enfoque, no permite leer la pluralidad y complejidad de las situaciones. Otro punto a considerar es que la interdisciplina, como señala Solitario, implica “La construcción conceptual común del problema (...), que supone un marco de representaciones común entre disciplinas” (14). Y eso resulta posible, si los/as/es profesionales se encuentran en espacios de discusión, mediante un proceso de retroalimentación de la teoría y la práctica.

Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias (PRIM)

El abordaje interdisciplinario en la asesoría del CAPS Villa Hudson es posible por un lado, a raíz de la presencia de otras disciplinas del equipo de salud, y de la rotación de residentes de Psicología y Trabajo Social de la Residencia PRIM de Florencio Varela. PRIM es una sigla que significa “Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias” (15). Según el programa del Ministerio de Salud, los PRIM son espacios de deconstrucción de modalidades convencionales de formación, convirtiéndose en instituyentes de modelos innovadores de formación en servicio, en una instancia superadora de posturas fragmentadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de una investigación básica desde el paradigma cuantitativo, con la finalidad de describir y medir una realidad concreta. Parte de un corte longitudinal, ya que se realizaron dos mediciones: los acompañamientos de abortos previo y posterior a la aprobación de la ley 27.610.

Área de estudio

Villa Hudson es un barrio ubicado en la localidad de Bosques, municipio de Florencio Varela, segundo cordón del conurbano bonaerense. Cuenta con 20.000 habitantes, con

mayoría de población de adultos/as/es jóvenes y niños/as/es en edad escolar. Según el ASIS concluido en el 2022, las necesidades básicas insatisfechas (NBI) se acercan al 43,5% con 15,0% de viviendas precarias, 21,0% de hacinamiento y un 44,0% de desocupación real **(16)**. El centro de salud forma parte de la Red Villa Hudson, red colectiva, constituida por instituciones formales y organizaciones no formales (escuelas, jardines, comedores, merenderos, clubes, iglesias) que se reúne cada 15 días para discutir problemáticas que ocurren en el barrio. Además el CAPS, tiene un equipo interdisciplinario, con fuertes acciones docentes. La Residencia de MG se encuentra inserta en él, y recibe estudiantes de enfermería, trabajo social, medicina y rotantes de otras residencias. Todos/as/es se incorporan a la tarea asistencial y comunitaria. En anexo 1 se encuentra el mapa de Florencio Varela y cada uno de los barrios que lo conforman.

Universo

El universo es todas/es las/les usuarias/es del barrio de Villa Hudson, de otros barrios de Florencio Varela y otros municipios que eligieron la consulta en la asesoría de IVE/ILE del CAPS Villa Hudson durante los periodos de Junio 2018-Junio 2023.

Tipo de muestra

La muestra es de 602 historias clínicas de usuarias/es que asistieron a la asesoría de IVE/ILE del CAPS Villa Hudson durante los periodos de Junio 2018-Junio 2023.

Operacionalización de variables

Ver anexo 2.

Instrumento

Se utilizaron un total de 602 historias clínicas de IVE/ILE del CAPS Villa Hudson de Florencio Varela, y para el análisis de los datos se utilizaron tablas dinámicas en Microsoft® Excel.

Según las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (C.I.O.M.S) y la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), el presente trabajo: 1. No implicar ningún riesgo en la aplicación de las intervenciones a las/les participantes de la investigación, siendo por el contrario sujetas/es activas/es de participación 2. No implicar la

intervención de ninguna práctica distinta a las intervenciones habituales realizables en el marco del desarrollo de la estrategia de la atención primaria de la salud. Se garantiza: mantener la confidencialidad, la intimidad y la identidad de las/les participantes respetando el anonimato en la publicación de los resultados.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Las consultas por IVE/ILE en Villa Hudson en el periodo de junio del 2018 a junio del 2023 fueron un total de 602 (100,0%), siendo 200 (33.2%) antes de la ley y 402 (66.8%) luego de la aprobación de la misma. Se puede identificar que se duplicaron las consultas en el mismo periodo de tiempo luego de la aprobación de la ley.

En cuanto al perfil de las/les usuarias/es, se obtuvieron datos sobre diversas variables. Las edades en la que consultan, previo a la ley fueron en un promedio de 26 años, la moda de 19 años y la mediana de 25 años. Posterior a la aprobación de la ley, el promedio es de 26.8 años, la moda de 24 años y la mediana de 26 años. Se observa una diferencia en la moda, siendo menor en las consultas previo a la ley.

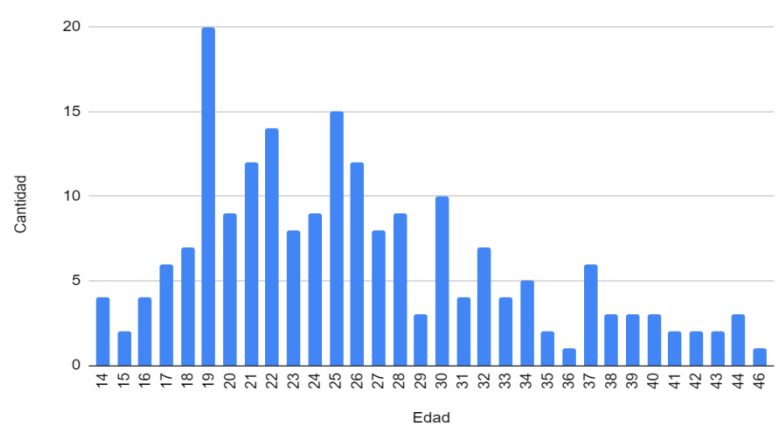


Tabla 1: Edad de las/les usuarias/es al momento de la consulta según periodo analizado. (2018-2023) (n: previo a la ley: 200) Villa Hudson. 2023. Fuente: Producción propia.

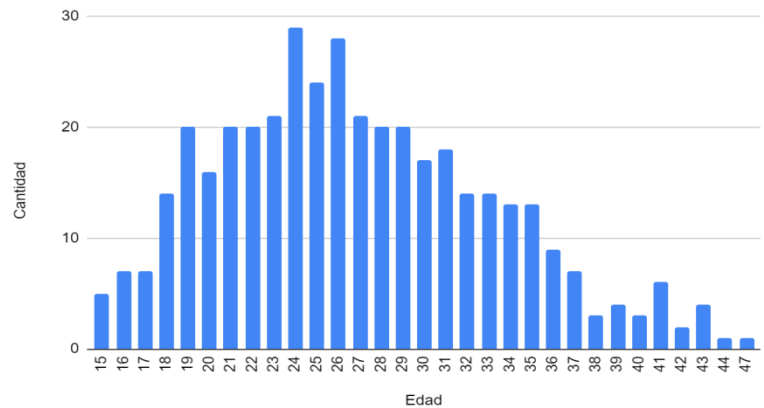


Tabla 2: Edad de las/les usuarias/es al momento de la consulta según periodo analizado. (2018-2023) (n: posterior a la aprobación de la ley: 402) Villa Hudson. 2023. Fuente: Producción propia.

Respecto a la conformación familiar de las/les usuarias/es que consultan, los datos arrojan que previo a la ley los tipos de familia que predominan son, “vive con las/los mapadres” 46 (23,0%), familia nuclear 45 (22,5%), monoparental 41 (20,5%) y familia extendida 38 (19,0%). Se observa que no hay una diferencia significativa entre dichos tipos de familia. Pero posterior a la aprobación de la ley, los datos indican que el tipo de familia predominante es la nuclear, siendo 130 (32,3%) seguida de “vive con las/los mapadres” 78 (19,4%) y monomarental 70 (17,4%).

Respecto a la variable escolaridad, los datos obtenidos no pueden ser analizados, ya que se encuentra un gran porcentaje de “sin registro”, siendo previo a la ley 45 (22,5%) y posterior a la aprobación de la ley, 316 (78,6%). Lo mismo sucede con los datos de la variable trabajo, previo a la ley se encuentran 30 (15,0%) sin registro y posterior a la aprobación de la ley 208 (51,7%).

De las/les usuarias/es que asistieron a la asesoría, la mayoría eran de otro barrio (Villa Vatteone, San Rudecindo, Villa Argentina, Pico de Oro, Pista de Trote, Villa San Luis, La Carolina, El Rocío, Pepsi, Ricardo Rojas, Curva de Chávez, etc), tanto previo a la ley como posterior a su sanción, siendo 126 (63,0%) y 322 (80,0%) respectivamente. En menor medida eran de otros municipios (Almirante Brown, CABA, Berazategui, Hurlingham y Quilmes), 23 (11,5%) anterior a la ley y sólo 2 posterior a la sanción de la ley.

En cuanto al método más utilizado de las/les usuarias/es previamente a consultar, tanto previo a la ley como posterior a la sanción de la misma, en su mayoría fue el preservativo, siendo 86 usuarias/es (43,0%) y 147 (36,6%) respectivamente. En segundo lugar, tanto previo a la ley como posterior a la sanción de la misma, las/les usuarias/es refieren no haber utilizado un método anticonceptivo, 53 (26,5%) y 122 (30,3%) respectivamente.

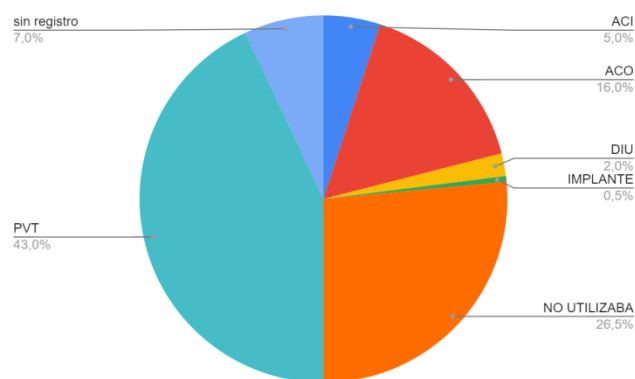


Gráfico 3: Método anticonceptivo utilizado previamente, según periodo analizado. (2018-2023) (n: previo a la ley: 200) Villa Hudson. 2023. Fuente: Producción propia. Aclaraciones: PVT (Preservativo) - DIU (Dispositivo intrauterino) - ACI (Anticonceptivo inyectable) - ACO (Anticonceptivo oral)

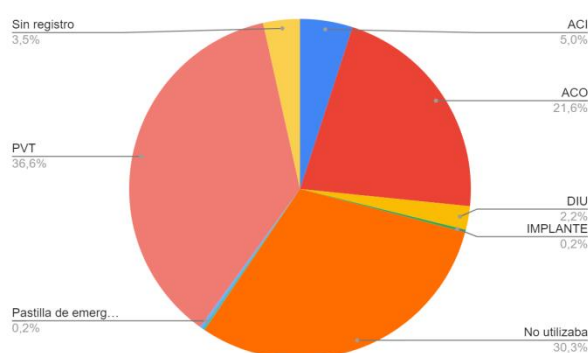


Gráfico 4: Método anticonceptivo utilizado previamente, según periodo analizado. (2018-2023) (n: posterior a la sanción de la ley: 402) Villa Hudson. 2023. Fuente: Producción propia.

En cuanto a la cantidad de usuarias/es que realizaron un aborto previo, antes de la ley se observa un número de 24 (12,0%) de un total de 200 (100,0%). Posterior a la sanción de la misma, 97 usuarias/es (24,1%) de un total de 402 (100,0%). De esta forma, se refleja un aumento de abortos provocados previos, posterior a la sanción de la ley.

Respecto a la cantidad de consultas de IVE/ILE que fueron por embarazos en contexto de violencia por razones de género, previo a la ley 15 (7,5%) consultantes refieren haber atravesado violencia sexual y 49 (24,5%) refieren sufrir otro tipo de violencia por razones de género. Posterior a la sanción de la ley, no se encuentran registros de violencia sexual, pero si 22 (5,47%) de las/les usuarias/es, refiere haber atravesado violencia por motivos de género. Se observa una diferencia significativa en dichos valores previo a la ley y posterior a la misma.

En cuanto al proceso de atención-salud-cuidados, una de las variables que se analizó fue la edad gestacional al momento de la primera consulta. En el periodo previo a la ley fue en promedio de 8,6 semanas de gestación (mínimo: 5 semanas / máximo: 29 semanas), mientras que en el periodo posterior a la sanción de la ley fue de 8,4 semanas de gestación.

(mínimo: 4 semanas / máximo: 24 semanas). Los datos arrojan que no hay diferencia entre la edad gestacional en la que se consulta previo a ley y posterior a la misma.

Respecto a cuántas consultas fueron con una EG mayor a 13 semanas, previo a la ley los datos arrojaron de un total de 200 (100,0%) consultas, que 10 (5,0%) asistieron con EG mayor de 13 semanas (de las cuales 4 (2,0%) sufrieron violencia sexual, 3 (1,5%) otros tipos de violencia de género y 3 (1,5%) no refirieron violencia de género). Posterior a la sanción de la ley, de un total de 402 (100,0%) consultas, 3 (0,74%) asistieron con EG mayor a 13 semanas (sin referir contexto de violencia de género en ninguno de los casos). En ambos periodos, es bajo el porcentaje de usuarias/es que consultan con una edad gestacional mayor a 13 semanas.

Respecto al éxito del procedimiento medicamentoso realizado de forma ambulatoria y acompañado por la asesoría, en el periodo previo a la ley fueron 99 (85,3%) usuarias/es en las que se pudo cotejar éxito de tratamiento y posterior a la sanción de la ley, 188 (87,9%). Se observan resultados similares en ambos períodos. Además, se coteja con la eficacia aproximada de las guías nacionales e internacionales (OMS-IPAS).

En cuanto a las usuarias/es que no requirieron derivaciones a segundo nivel, previo a la ley, fueron 167 (83,5%) y posterior a la sanción de la misma, 379 (94,3%). Las que sí se derivaron por diversos motivos se detallan en la tabla a continuación. Se observa que posterior a la sanción de la ley aumentó el número de consultas que no requirieron derivación a segundo nivel.

Previo a la ley	
No	167 (83,5%)
Si, a pedido de la paciente	2 (1,0%)
Si, complicación	12 (6,0%)
Si, EG>13	19 (9,5%)
Suma total	200 (100,0%)

Tabla 5: Derivación a segundo nivel, según periodo analizado. (2018-2023)
(n: previo a la ley: 200) Villa Hudson.
2023. Fuente: Producción propia.

Posterior a la ley	
No	379 (94,3%)
Si, a pedido de la paciente	6 (1,5%)
Si, complicación	11 (2,7%)

Tabla 6: Derivación a segundo nivel, según periodo analizado. (2018-2023)
(n: posterior a la ley: 402) Villa Hudson.
2023. Fuente: Producción propia.

Si, EG>13	6 (1,5%)
Suma total	402 (100,0%)

En cuanto a la derivación a otras disciplinas (trabajo social y psicología, principalmente), previo a la ley 114 (57,0%) usuarias/es no requirieron y 28 (14,0%) si requirieron. Posterior a la ley, 389 (96,8%) no requirieron y las que sí, fueron 8 (2,0%). El resto de las consultas no presentaban registro.

En los casos de derivación a otras disciplinas, previo a la ley fueron 5 (33,3%) usuarias/es, lo que coincide con personas en contexto de violencia de género por violación, y 14 (28,6%) usuarias/es refirieron sufrir otras formas de violencia. Posterior a la sanción de la ley, fueron 2 (1,9%) usuarias/es que requirieron por diversas formas de violencia, pero no se encuentra ninguna por motivo de violación.

Respecto a la cantidad de consultas se llevaron a cabo de forma interdisciplinaria, previo a la ley fueron 67 (33,5%) de un total de 200 consultas. Posterior a la sanción de la ley, fueron 36 (8,9%) de un total de 402 consultas.

De las 67 (100,0%) consultas interdisciplinarias previo a la ley, 39 (58,2%) asistieron a la consulta posterior al tratamiento IVE/ILE; y de las 36 (100,0%) consultas interdisciplinarias posterior a la sanción de la ley, asistieron 21 (58,3%) a la consulta posterior al tratamiento IVE/ILE. Este valor, donde coincide la consulta realizada de forma interdisciplinaria con la asistencia a la entrevista posterior al tratamiento IVE/ILE no fue estadísticamente significativo tanto previo a la ley como posterior a la misma con un OR: 0.94 (IC: 0.51 -1.74) y OR: 1.2 (IC: 0.6 - 2.5) respectivamente, comparada con las que no fueron interdisciplinarias y también asistieron a la consulta posterior al tratamiento IVE/ILE. Por ello, no se observa en este trabajo que la consulta interdisciplinaria sea un factor que aumente el número de consultas posterior a la interrupción como se esperaba encontrar.

La consulta posterior al IVE/ILE, previo a la ley tuvo una inasistencia de 83 (41,5%) de usuarias/es. En el caso de usuarias/es con domicilio en Villa Hudson, 21 (41,2%) no asistieron. Posterior a la ley 188 (46,8%) no asistieron. En el caso de usuarias/es con domicilio en Villa Hudson 35 (44,9%) no asistieron. Se observa un aumento no significativo de la inasistencia a la entrevista posterior a la IVE/ILE luego de la sanción de la ley.

Previo a la ley	Asistió	No asistió	Suma total
-----------------	---------	------------	------------

Tabla 7: Asistencia a consulta posterior a IVE/ILE por zona de residencia, según periodo analizado. (2018-2023) (n: previo a la ley: 200) Villa Hudson. 2023.
Fuente: Producción propia.

Otro Barrio	70 (55,6%)	56 (44,4%)	126 (100,0%)
Otro Municipio	17 (73,9%)	6 (26,0%)	23 (100,0%)
Villa Hudson	30 (58,8%)	21 (41,2%)	51 (100,0%)
Suma total	117 (58,5%)	83 (41,5%)	200 (100,0%)

Posterior a la ley	Asistió	No asistió	Suma total
Otro Barrio	170 (52,8%)	152 (47,2%)	322 (100,0%)
Otro Municipio	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (100,0%)
Villa Hudson	43 (55,1%)	35 (44,9%)	78 (100,0%)
Suma total	214 (53,3%)	188 (46,7%)	402 (100,0%)

Tabla 8: Asistencia a consulta posterior a IVE/ILE por zona de residencia, según periodo analizado. (2018-2023) (n: posterior a la sanción de la ley: 402) Villa Hudson. 2023. Fuente: Producción propia.

En relación al método anticonceptivo más elegido en la consulta posterior a la IVE/ILE, previo a la ley, fue el implante con una cantidad de 46 (23,0%) usuarias/es que lo eligieron, seguido por el DIU con 36 (18,0%). Posterior a la ley, el método más elegido fue el DIU, con un total de 64 (15,9%) usuarias/es, seguido del implante 44 (10,9%).

DISCUSIÓN

Al describir el proceso de atención-cuidado de las personas que asisten a realizarse un IVE/ILE en el CAPS Villa Hudson de Florencio Varela durante Junio 2018-Junio 2023, antes y después de la Ley 27.610 se llegaron a las siguientes conclusiones, retomando los objetivos planteados:

Se duplicaron las consultas luego de la aprobación de la Ley 27.610, ya que se analizaron en un mismo periodo de tiempo, 200 entrevistas previo a la ley y 402 posterior a la misma. Este dato no refiere que la legalidad del aborto generó mas interrupciones sino que indica que las personas que antes realizaban las interrupciones de manera “clandestina” o en la mayoría de los casos acompañadas por colectivas feministas, luego de la aprobación de la ley comenzaron a utilizar el sistema público de salud. Como se detalla en el documento realizado por Ela, Redaas y Cedes, la despenalización del aborto no pronosticaría un número mayor de interrupciones si un acceso a la práctica de manera segura y con registro del mismo **(17)**.

Si se analiza el perfil de las/les usuarias/es respecto a su domicilio y cercanía al CAPS al momento de la consulta de IVE/ILE, se observa que tanto previo a la ley como posterior a

ésta, se trata en su mayoría de personas con domicilio en otros barrios de Florencio Varela. Respecto a los efectores para dar acceso a la IVE/ILE en el Municipio de Florencio Varela pasaron de 5 (entre ellos el CAPS Villa Hudson) en el período previo a la ley, a 21 efectores en la actualidad según el documento actualizado sobre del Ministerio de Salud PBA **(18)**. Estos resultados abren la pregunta, para un análisis futuro, si en el caso de las/les usuarias/es de Villa Hudson al contar con acceso semanal y sin turno previo a métodos anticonceptivos, junto al dispositivo de Taller de Salud Sexual al que concurren alrededor de 120 usuarias/es por mes, deriva en que las personas de Villa Hudson tengan menos embarazos no deseados. Otra posibilidad a análisis futuro es que a pesar de la legalización del aborto sigue siendo un tema que genera vergüenza y estigma a nivel social, por este motivo se daría un entrecruzamiento entre usuarias/es de determinada área programática según domicilio buscando mayor privacidad. En el documento sobre barreras de acceso al aborto legal en el sistema público se recolectan relatos de las mujeres que dan cuenta de situaciones referidas a *barreras sociales* como el tabú y el silenciamiento del aborto, así como el temor a ser juzgadas: *No está bien visto y como que está oculto, y todo lo que está oculto no está bien visto, es como que... como que no te ayuda a sanar digamos, no te ayuda a poder expresarlo, sentirlo y compartirlo sanamente.* (Micaela, 42 años, CABA) **(19)**

Respecto al perfil de las/les usuarias/es que asisten a la asesoría IVE/ILE, en cuanto a la edad que se obtuvo es que tanto previo a la ley como posterior a la misma, el promedio de edad es de 26 años y una moda de 19 años y 24 años respectivamente. Estos datos coinciden con los aportados por el registro de Socorristas en Red, que señalan que 6 de cada 10 personas que practican un IVE/ILE tienen entre 20 y 29 años. **(20)**

Resulta fundamental identificar el contexto de violencia de género como un determinante en la consulta de IVE/ILE. Los datos arrojan que previo a la ley, hubo un 32,0% de usuarias/es que refirieron sufrir violencia por razones de género y posterior a la ley, un 5,5%. Observamos una diferencia significativa en dichos valores, y cabe preguntarse si ello podría deberse a una falla en el registro o falta de indagación posterior a la ley, a raíz de no tener que determinar una causal. Aún así, hay un porcentaje de usuarias/es que refieren sufrir violencia por motivos de género, lo cual podría relacionarse también con los aportes del registro de Socorristas, que señalan que el 69,6% de las personas aseguró haber sido objeto de algún tipo de violencia, de las cuales el 50,5% dijo no haber realizado una denuncia. Agregan que desde 2018 en adelante este dato se ha mantenido relativamente

estable: aproximadamente el 70,0% de las mujeres u otras personas con posibilidad de gestar que se contactan con Socorristas ha percibido violencias machistas en sus vidas (20).

Otro objetivo fue conocer el porcentaje de asistencia e inasistencia a entrevista posterior a IVE/ILE. Según los datos, hubo un aumento de la inasistencia luego de la ley, ya que previo a la misma fue de 83 (41,5%) y posterior a la ley 188 (46,8%) no asistieron. Lo dicho, entra en consonancia con lo aportado otra vez por la colectiva feminista antes mencionada, donde señalan que el 19,7% no hizo la consulta posterior al tratamiento y el 25% no volvió a comunicarse con la colectiva de Socorristas en Red, es decir que con un 44,7% de las usuarias/es no se pudo realizar un seguimiento (20). El presente panorama trae diversas dificultades: como no poder corroborar si el procedimiento se lleva de forma correcta, la ausencia del espacio para abordar una asesoría en relación a métodos anticonceptivos, pudiendo de esta forma, habilitarse condiciones para que ocurra otro embarazo no planificado.

En cuanto al análisis de los componentes del proceso atención-cuidado previo a la ley y posterior a la misma, se encuentra por un lado, que el éxito del procedimiento medicamentoso (realizado de forma ambulatoria y acompañado por la asesoría) en el periodo previo a la ley, fue de 99 (85,3%) usuarias/es que tuvieron interrupciones exitosas y posterior a la ley el número fue de 188 (87,9%). Se observan resultados similares, los cuales dan cuenta de una alta tasa de éxito. Lo dicho coincide con el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, que señala que el IVE/ILE es un procedimiento seguro si es practicado con la tecnología y en las condiciones adecuadas y agrega que en los países donde el aborto está permitido por la ley y el personal de salud está capacitado para ofrecer servicios seguros, la tasa de mortalidad por estas prácticas es baja, de 0.2 a 2 muertes por cada 100.000 abortos **(21)**.

En cuanto a la derivación a otras disciplinas, previo a la ley, 114 (57,0%) usuarias/es no lo requirieron y posterior a la ley, fueron 389 (96,8%) que tampoco fue necesario, siendo un alto porcentaje en ambos periodos. Podría pensarse, que la práctica de un IVE/ILE no ha generado en las/les usuarias/es complicaciones que ameritaban una derivación. Si se piensa en cuestiones de salud mental, partimos de lo señalado por el mismo protocolo mencionado, que establece que “En relación a la posible afectación de la salud mental de las personas que atraviesan un aborto, diversas investigaciones señalan consecuencias psicológicas adversas en un pequeño porcentaje. En contraste, el impacto emocional

negativo y las consecuencias psicológicas adversas se observan con frecuencia y gravedad mayores entre quienes se les niega el aborto”. **(22)**

En cuanto al método más utilizado de las/les usuarias/es previamente a consultar, tanto previo a la ley como posterior a la misma, en su mayoría fue el preservativo. Cabe preguntarse qué sucede con el uso de dicho método. Crosby, señala que las personas que reportan usar consistentemente el preservativo, no necesariamente saben usarlo en forma correcta y que cuando cometen ciertas fallas (uso inadecuado) durante el acto sexual, es más probable que se les rompa o deslice **(23)**. En segundo lugar, tanto previo a la ley como posterior, las/les usuarias/es refieren no haber utilizado un método anticonceptivo, 53 (26,5%) y 122 (30,3%), en este punto cabría preguntarse ¿A qué se deberá ello? Podríamos hipotetizar que se relaciona con las barreras de accesibilidad a los métodos, y/o a la resistencia de las personas con pene a utilizarlo, entre otras.

Respecto a los métodos anticonceptivos más elegidos luego de una IVE/ILE, los cuales fueron el DIU como el implante, ambos son de larga duración. Las/les usuarias/es refieren querer utilizar un MAC luego de la interrupción, para no volver a atravesar por dicha situación. Podría pensarse que el aspecto de la larga duración, es lo que más convoca a las/les usuarias/es a su elección. Lo dicho, entra en consonancia con González Pérez que señala que la consulta de IVE/ILE contribuye al incremento del uso de métodos anticonceptivos de alta eficacia y que la educación en MAC posterior a una IVE/ILE es fundamental para promover el uso de opciones muy efectivas, con el fin de disminuir la aparición de nuevos embarazos no deseados que puedan llevar a una IVE/ILE recurrente **(24)**.

En cuanto a las derivaciones a segundo nivel, previo a la ley 167 (83,5%) usuarias/es no requirieron. Las que sí se derivaron y fueron por complicación fueron 12 (6,0%). Posterior a la ley, 379 (94,3%) no requirieron, y las que sí por complicación fueron un 11 (2,7%). Así, se observa que posterior a la ley aumentó el número de consultas que no requirieron derivación a segundo nivel. En este caso podemos ver que las complicaciones previo a la ley fueron 12 (6,0 %) y posterior a la misma, de un 11 (1,5 %).

A su vez tanto en ambos periodos podemos ver que no coinciden los datos de consulta en edad gestacional >13 y derivación al 2do nivel, según el análisis que se realizó, esta diferencia se debe a que en el caso previo a la ley hubo 3 usuarias/es que consultaron con edad gestacional <13 semanas y por falla de tratamiento debieron ser derivadas al 2do

nivel con una edad gestacional >13 semanas. Lo mismo sucedió posterior a la ley con 9 usuarias/es.

Respecto al porcentaje de usuarias/es que consultan con una edad gestacional mayor a 13 semanas, los datos arrojan que previo a la ley fue de un 5,0% y posterior a ésta, de un 0,74%, siendo el porcentaje bajo. Podríamos hipotetizar que el conocimiento de la ley posibilitó que se consulte en una edad gestacional previa a 13 semanas, ya que posterior a la ley el porcentaje continuó disminuyendo. Estos datos, entran en consonancia con lo señalado nuevamente por las Socorristas: de un total de 13.292 (100,0%) sólo 1.097 (8,3%) consultaron con EG mayor a 13 semanas, a su vez analizan que esto puede entrelazarse al conocimiento de la ley que fue indagado por socorristas en este documento a partir de la pregunta “¿Sabías que podías solicitar un aborto voluntario y legal en el hospital?” (hecha solo a mayores de 18 años) de un total de 12.891 (100,0%), 9.411 personas (70%) respondieron que sí, y 3.480 (27%) que no (20).

CONCLUSIONES

Se considera que el trabajo de investigación ha logrado los objetivos propuestos, ya que pudo generar datos estadísticos sobre el perfil y el proceso de atención-cuidado de las/les usuarias/es que asisten a realizarse una IVE/ILE en el CAPS Villa Hudson. A partir de ellos, se puede mejorar la calidad en asesorías y acompañamientos a las personas que deciden interrumpir un embarazo, de manera que el sistema de atención primaria, con sus particulares características y privilegios por tener mayor protagonismo en efectores que garantizan este derecho, pueda comprender en todas sus esferas los diferentes motivos para interrumpir los embarazos de las/les usuarias/es, así como brindar un acompañamiento longitudinal en la toma de decisiones sobre la propia salud integral de mujeres y personas con capacidad de gestar/capacidad de abortar.

Aún así, un aspecto a considerar, es que algunos datos no pudieron analizarse de forma satisfactoria, ya que faltaban registros de ciertas variables. Ello es un punto que permitió identificar que se debe reforzar el llenado completo de las historias clínicas de ahora en adelante. Este trabajo se considera como una apuesta política a recuperar las voces de las/les usuarias/es, abortando prácticas hegemónicas de vulneración de derechos y de silenciamiento. El camino transitado desde el 2015 a la actualidad fue enorme, y generó en

el dispositivo y los/las/les integrantes del equipo un gran aprendizaje y experiencia. Desde los albores, inventando diagnósticos en las recetas para acceder al misoprostol, a esta parte, donde hay producción nacional de la medicación, múltiples efectores en 1er y 2do nivel dando respuesta, y la IVE instalada cada vez más en la sociedad y en las nuevas generaciones el avance es enorme. Por todo esto, es que entendemos que fue la lucha de las mujeres y diversidades en las calles, dando batalla en el congreso, dando discusiones en las escuelas, las universidades, hacia dentro de los barrios y de sus propias casas, ellas/es son quienes marcan el camino a los equipos de salud. Falta mucho aún por recorrer, sobre todo en el escenario actual del país (año electoral, a semanas de las elecciones nacionales al momento de publicar este trabajo), y con la instalación de un discurso regresivo y antiderechos en boca de los/as principales candidatos/as, por todo esto es que reforzamos la importancia de no retroceder ni un paso en estas conquistas, y en la necesidad del camino de la lucha como horizonte. Hoy continúan siendo los movimientos feministas quienes velan por el cumplimiento de la Ley, porque el pañuelo verde no se guarda. Como dice Simone de Beauvoir “Nunca olviden que solo hace falta una crisis política, económica o religiosa para que los derechos de las mujeres sean cuestionados. Estos derechos nunca pueden darse por sentados. Debes permanecer vigilante durante toda tu vida”. (24)

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

A raíz de los datos obtenidos y su análisis, se considera fundamental continuar con este tipo de investigaciones cuantitativas, para generar datos enmarcados en un primer nivel de atención, considerando la falta de estos a nivel Nacional. Además, se podrían generar estudios con mayor cantidad de participantes, de tipo cualitativos o mixtos, que enriquezcan la información sobre la temática, e indaguen ciertas cuestiones, como por ej.: “¿Cuáles son los motivos por los que las/les usuarias/es no asisten a la entrevista posterior a la IVE/ILE?”, a raíz del dato obtenido del aumento de inasistencia a la entrevista posterior al tratamiento. Otro aspecto podría ser las causas por las que tanto previo a la ley como posterior a la misma, las/les usuarias/es refieren no haber utilizado un método anticonceptivo. En relación a ello, se propone construir más espacios de Salud Sexual, para promover el acceso a información y la libre elección de MAC. A su vez indagar en mayor profundidad durante la entrevista, si existen obstáculos por parte de las masculinidades y personas con pene al momento del uso correcto del preservativo.

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

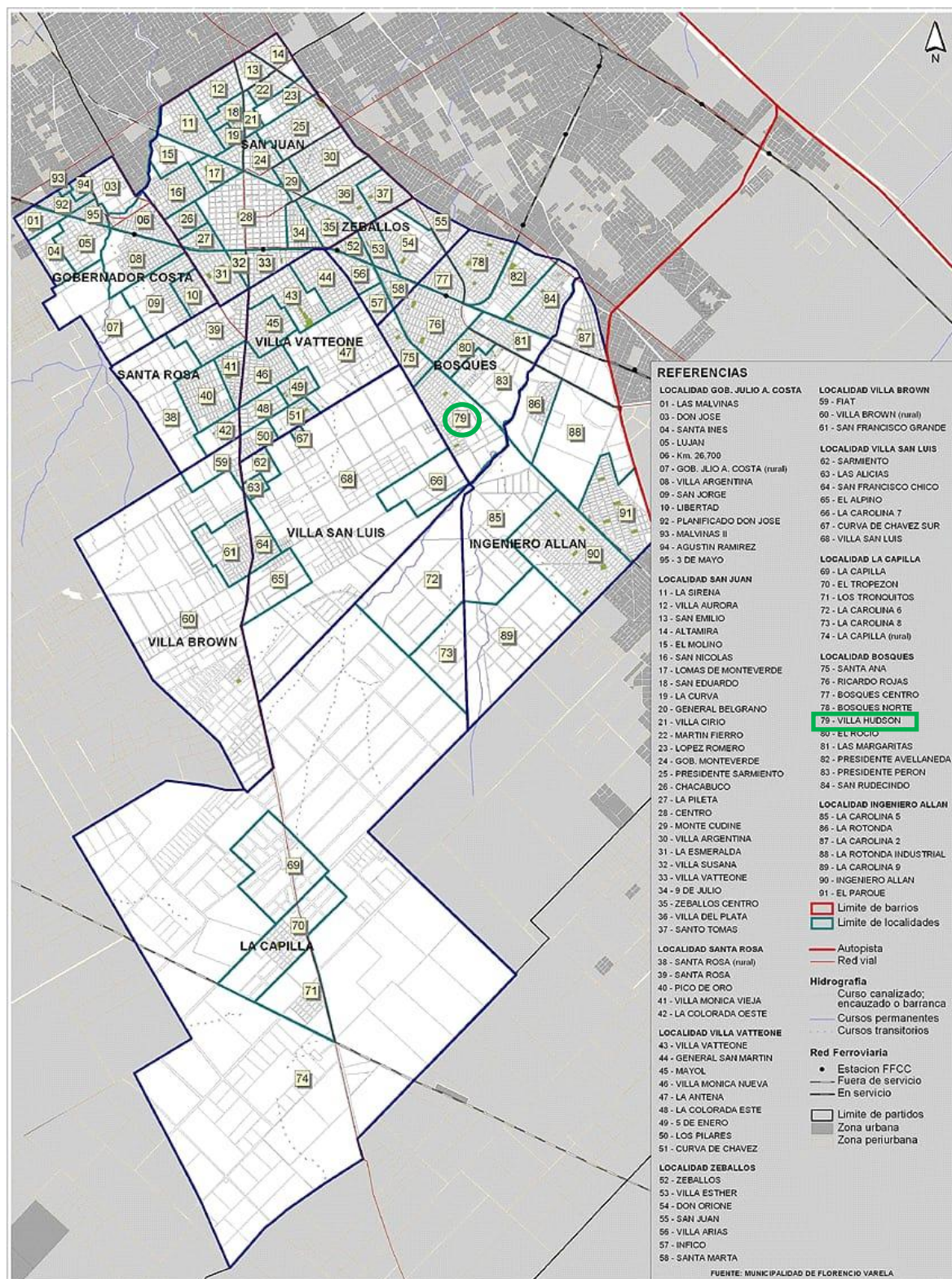
1. Tajer, Débora, "Salud feminista: el aborto como problema de salud colectiva". Buenos Aires. 2019
2. Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Ley 27.610. 2021. Boletín Oficial n°34562.
3. Bellucci. "El aborto como derecho de las mujeres - Otra historia es posible". pág. 198; 2014.
4. Dalmaso, Pablo. "Enseñar la autonomía de los cuerpos en Soberanía Sanitaria". 2017. Volumen 1 Número 3 páginas 84-86.
5. Laurell, A. C. "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina". Cuadernos Médico Sociales 1986. Volumen 37. Páginas 3-18.
6. Menéndez, E. "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?". 1994 Volumen 4. Número 7. páginas: 71-83.
7. Michalewicz, A., Pierri, C., & Ardila-Gómez, S. "Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización". 2014. *Anuario de investigaciones* Volumen 1 Número 21. Páginas 217-224.
8. Svampa, Maristella. "Certezas, incertezas y desmesura de un pensamiento político: conversaciones con Floreal Ferrara". 1ra Ed. Biblioteca Nacional. 2010
9. Grettchen Flores-Sandí. "Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud". 2012(consultado el 20-09-23) Volumen 54. Número 3. Disponible en: [Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud \(scielo.sa.cr\)](https://scielo.sa.cr)
10. Ministerio de Salud. Salud sexual y reproductiva. Consejerías. Disponible en: [Consejerías | Argentina.gob.ar](https://www.argentina.gob.ar/consejerias)
11. Morín, E "Introducción al pensamiento complejo". 1ra ED. Barcelona: Editorial Gedisa. 1997.
12. Elichiry N. "Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias". 2009
13. Stolkiner Alicia. *Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental; I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: estrategias posibles en La Argentina de Hoy 7 y 8 de octubre 2005 · Posadas ·*

Misiones . Argentina. Disponible en:
<http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/inter.pdf>

14. Solitario RC, Garbus P, Stolkiner A. "Atención Primaria de la salud e interdisciplina: dos componentes claves para las reformas en salud mental". Rev. Asoc. Med. Bahía Blanca, 2008
15. "Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias".
16. Amoroso, Antonella. "Análisis de Situación Integral de Salud 2019-2022 en el barrio Villa Hudson de Florencio Varela".
17. Romero, Maidana. Moises, Silvina. "Las cifras del aborto en Argentina". 2018. Ela, Redaas y Cedes.
18. Ministerio de Salud PBA. Establecimientos que garantizan el Acceso al Aborto en la Provincia de Buenos Aires actualizado 2023.
19. Tiseyra.Vila Ortiz. Romero. Abalos. Ramos. "Barreras de acceso al aborto legal en el sistema público de salud de dos jurisdicciones de Argentina: Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019-2020".
20. Socorristas en Red en "Sistematización de acompañamientos a abortar" (2023).Disponible en: [Sistematización 2022 - Socorristas en red](#)
21. Ministerio de Salud Argentina. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo; 2021
22. Crosby, R., DiClemente, R., Winwood, G., Sionean, C., Cobb, M., & Harrington, K. "Correct condom application among African-American adolescent females: The relationship to perceived self-efficacy and the association to confirmed STDs". Journal Adolescent Health. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00273-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00273-7)
23. González Pérez, Laura A. "Uso de métodos anticonceptivos de alta eficacia posterior a la interrupción voluntaria del embarazo en Profamilia, 2015-2020." Publicado en 2022.
24. Simone de Beauvoir. "El Manifiesto de las 343". Nouvel Observateur N° 334. Año 1971

ANEXO:

Anexo 1: Mapa Municipio Florencio Varela con sus localidades y barrios. Este mapa fue confeccionado por las asesorías y consejerías IVE/ILE del Municipio de Florencio Varela.



Anexo 2: Operacionalización de variables.

- **Componente: Perfil:** Características personales y/o familiares de las mujeres y personas con capacidad de gestar que consultan por IVE/ILE en el CAPS Villa Hudson.

Variables	Tipo	Medición
Edad.	Cuantitativa discreta	14 - 47
Tipo de familia	Cualitativa nominal	nuclear - pareja - ensamblada - sola - vive con los mapadres - monomarental - con amigos - extendida - ampliada - sin registro.
Cantidad de hijas-hijos	Cuantitativa discreta	0 - 9
Abortos provocados previos	Cuantitativa discreta	0 - 3
Lugar de residencia	Cualitativa nominal	Villa Hudson - Otro barrio - Otro municipio.
Víctima de violencia de género	Cualitativa nominal	Si, violacion - Si, otras - No
Escolaridad	Cualitativa nominal	Sin escolaridad - Primario incompleto - Primario completo - Secundario incompleto - Secundario completo - Terciario/Universitario - Sin registro
Trabajo	Cualitativa nominal	Formal - Informal - Cooperativa - Ama de casa - Desocupada - Cuenta propia - Dependencia económica de los mapadres - Sin registro

- **Componente: Proceso de atención-cuidado:** integralidad de la atención y reorganización de los servicios tomando como eje a las-les usuarias usuaries en la consulta en IVE/ILE. Y El cuidado, como ética que orienta las prácticas en salud.

Variable	Tipo	Medición
Edad gestacional primera entrevista	Cuantitativa discreta	5- 29
Acceso al tratamiento	Cualitativa nominal	Si, misoprostol - Si, ameu - Si, combipack - Si, 2º nivel - No - Sin registro
MAC previo	Cualitativa nominal	Implante - Parche - Preservativo - DIU - ACI - ACO - No utilizaba - Sin registro
Consulta posterior al IVE/ILE	Cualitativa nominal	Asistió - No asistió - Sin registro
Resultado de la intervención	Cualitativa nominal	Éxito - Fracaso - No concurre a entrevista posterior a IVE/ILE
Complicaciones	Cualitativa nominal	Si - No - No concurre a entrevista posterior IVE/ILE
Derivación 2ª nivel	Cualitativa nominal	Si, EG mayor a 13 semanas - Si, complicación - Si, por pedido de paciente - No
Ecografía posterior al tratamiento	Cualitativa nominal	Si - No - No concurre a entrevista posterior IVE/ILE
MAC elegido al posterior tratamiento	Cualitativa nominal	ACO 21 - ACO 28 - ACO lactancia - ACI mensual - ACI trimestral - Implante - DIU - Preservativo - Ligadura - No quiso - No concurre a entrevista posterior IVE/ILE - Sin registro
Número de consultas	Cuantitativa discreta	1 - 5
Consulta interdisciplinaria	Cualitativa nominal	Si - No - Sin registro
Derivación a otras disciplinas	Cualitativa nominal	Requirió - No requirió - Sin registro