

La Revuelta y Agustina Paz Frontera

LILA Y EL ABORTO

UNA INVESTIGACIÓN FICCIONADA Y SOCORRISTA
CON PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA PATAGONIA

Prefacio: Ornella Infante
Epílogo: Gabriela Luchetti LGMLDN



Lila y el aborto / La Revuelta y Agustina Paz Frontera;
- 1a ed . - Adrogué : La Cebra, 2019.
160 p. ; 22 x 14 cm.

ISBN 978-987-3621-70-3

1. Feminismo, I. Infante, Ornella. II. Luchetti, Gabriela. III. título.
CDD A863

© La Revuelta y Agustina Paz Frontera, 2019.

Corrección: Florencia Lobo.

Diseño de tapa: Jimena Zeitune.

<http://jimenazeitune.com/>

Investigación de campo: activistas socorristas de la Comarca Andina, San Martín y Junín de los Andes, Villa Regina, Neuquén y Bahía Blanca.

Redacción de informe: Graciela Alonso, Belén Grosso, María Trpin, Guillermina Peralta y Ruth Zurbriggen.

Coordinación de escritura del libro: Ruth Zurbriggen y Belén Grosso.

Diagramación: La Cebra.

edicioneslacebra@gmail.com

www.edicioneslacebra.com.ar

Todxs lxs personajes e historias de este libro son ficcionados.

Esta publicación cuenta con el apoyo de Ibis Reproductive Health.



Esta obra está licenciada bajo la Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Para ver una copia de esta licencia, visita: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es_ES

Queda hecho el depósito que dispone la ley 11.723.

ÍNDICE

PRÓLOGO	7
<i>Por Ornella Infante</i>	
TEXTO INTRODUCTORIO DE LA AUTORA	11
INTRODUCCIÓN	15
ENTREVISTADXS/PERSONAJES	21
CAPÍTULO 1	
LA ELECCIÓN DE LA CARRERA	23
CAPÍTULO 2	
HITOS EN LA BIOGRAFÍA PROFESIONAL	51
I. Relativos a la formación y a la vinculación con referentes formativos	53
II. Propios de la vida en las instituciones de salud	59
III. Experiencias de vida con efectos en la profesión	72
IV. La elección de la medicina general	73
V. Cambio de lugar, de territorio	74
CAPÍTULO 3	
LAS PRÁCTICAS DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD	77
I. La marca del territorio	78
II. El sexismo en el sistema de salud	85
a) El sistema está armado para madres y niñxs	86
b) El sistema está organizado en función de los estereotipos sociales	88

III La irrupción del aborto	95
Articulaciones hacia dentro	104
Articulaciones hacia el afuera médico	107
Articulaciones hacia el afuera activista	108
Objeciones y obstáculos	116
IV Recibir a quienes no desean el embarazo	122
En relación con la consulta	122
En relación con la gestión del aborto	127
¿Y una vez que el aborto ya se produjo?	129
CAPÍTULO 4	
¿QUÉ OFRECE EL SOCORRISMO A PROFESIONALES DE LA SALUD A LA HORA DE PENSAR LAS PRÁCTICAS DE ABORTO?	131
CAPÍTULO 5	
AVANCES Y DESEOS POLÍTICOS EN TORNO AL ABORTO	141
EPÍLOGO	153
<i>Gabriela Luchetti LGMLDN</i>	

PRÓLOGO

Por Ornella Infante¹

Antes que nada, quiero agradecerles la posibilidad de poder participar de esta presentación a mis compañeras socorristas de La Revuelta, quienes históricamente tuvieron una mirada inclusiva e igualitaria hacia los cuerpos de las personas trans y travestis.

Me gustaría poder aportar desde mi lugar de militancia y como integrante de una población históricamente prejuizada. Los debates más interesantes de nuestra vida política muchas veces quedaron relegados y pospuestos por el accionar de los sectores antiderechos, que se opusieron de forma permanente a los derechos que las mujeres, las disidencias y diversidades sexuales buscaron para ganar plena igualdad.

Durante muchos años, el Estado argentino pretendió decirnos a la diversidad sexual y a las personas trans a quién amar, a quién meter en nuestras camas y cómo vestirnos. El Estado nacional históricamente limitó la vida de las personas trans y, particularmente, de las mujeres trans. Nos redujo a putas, modistas y peluqueras. Por eso es importantísimo dimensionar que después de las leyes de identidad de género y matrimonio igualitario, el Estado argentino dejó de decirnos a quién amar, a quién meter en nuestras camas y cómo vestirnos. Por entonces,

1. Coordinadora de la Asociación de Travestis Transexuales de Argentina, secretaria nacional del Frente por la Igualdad del Movimiento Evita y secretaria general de la Federación Argentina LGBT.

fue fundamental la organización y la unificación del movimiento LGBT.

Por eso cuando mis hermanas feministas lograron hacerme entender que todas y todos debemos ser partícipes de las transformaciones que necesitamos para nuestro pueblo me involucré en la lucha por el aborto legal, seguro y gratuito.

Desde entonces veo diversas similitudes entre esa lucha y la lucha que tuvimos que llevar adelante las mujeres trans. Entre esos puntos de encuentro está en primer lugar la persecución policial y judicial por decidir sobre nuestros cuerpos. Otro punto de encuentro radica en cómo el sistema de salud es completamente expulsante, binario, prejuicioso y desinteresado de lo que le es desconocido; y cómo esto es traducido en un fuerte prejuicio y un fuerte estigma. Esta expulsión del sistema de salud también tiene que ver con lo que durante muchísimos años —como niñas, niños y niñas— nos imponen: que existe el pecado. Y esto a su vez tiene mucho que ver con la persecución de los sectores antiderechos, en ese afán de *diosificar* los genitales, especialmente si se trata de feminidades.

Esto nos lleva a otro lamentable punto de encuentro: la muerte por la clandestinidad. Por eso rescato siempre la participación de las organizaciones. En este caso la lucha de las socorristas, La Revuelta, es muy importante para dar respuestas concretas mediante la Red de Socorristas y para colaborar en la deconstrucción de un sistema de salud que tiene una visión machista, patriarcal y binaria, y que deja afuera a las disidencias, a las mujeres y a la diversidad también.

Cuando ideamos la Ley de Identidad de Género presentamos un proyecto para el cambio de nuestros datos registrales y también para el acceso a la salud integral, que es una de las deudas pendientes que tenía para con nosotras y nosotros el sistema de salud. Y por eso tuvimos que

deconstruir y trabajar fuertemente para que las personas trans y los cuerpos gestantes podamos tener derecho a la salud, como corresponde, más allá de que la Organización Mundial de la Salud nos trate de locas, de disfóricas y otras tantas barbaridades que dicen de nosotras.

Con nuestra militancia también aprendimos que todas las personas que no estamos contempladas en el sistema de salud debemos hacer escuchar nuestras voces y también llevar estas discusiones a todas las facultades, en especial a las facultades de ciencias médicas. Este libro, desde la ficción, nos muestra la importancia que tiene para Lila, esa enfermera a la que vamos queriendo más a medida que avanzamos en la lectura, y para otros profesionales de la salud su paso por una cátedra libre de aborto en la Universidad Nacional del Comahue. Hoy son cátedras libres, ojalá más temprano que tarde sean parte del currículum, que de una vez por todas se comprenda que estos temas hacen bien a la formación de grado y son muy necesarios para la creación de sociedades más justas e igualitarias. Los recorridos y las reflexiones de Lila y de todos los personajes que aparecen en esta investigación nos alientan en estos tránsitos.

Tenemos que hacerlo de una manera estratégica para sensibilizar y para formar con una perspectiva de derechos humanos y de género a les futuros profesionales de la salud, a quienes tenemos que tener como aliados, aliadas, aliades. No tengo dudas de que esos compañeres trabajadores tendrían que contagiarse de esta militancia y esta convicción tan fuerte que tienen mis hermanas socorristas, que desde hace años hacen salud comunitaria con perspectiva de género porque logran ponerse en el lugar de quienes se sienten desprotegidas y las necesitan. Y eso sí, de ficción no tiene nada.

TEXTO INTRODUCTORIO DE LA AUTORA

Un día de febrero de 2019 llegó un mail de La Revuelta con la propuesta. En adjunto viajaba un informe basado en entrevistas sobre aborto hechas a profesionales de la salud. Un diamante en bruto, pensé. El encargo de escribir un nuevo texto con ese material traía una indicación: el libro tenía la función de ser leído. Pero ahí no se detiene la odisea: además, debía ayudar a cambiar de opinión.

Que el libro sirviera “para considerar la importancia de ir armando alianzas y apoyarnos en los cambios de mentalidades”, decía el mail. Menudo objetivo. ¿Y eso con qué se come? ¿Alguna vez le cambié la mentalidad a alguien? ¿Cómo se hace? Hasta donde yo sé, hay dos maneras: a) argumentar con solvencia o b) persuadir. Los argumentos los tenemos, el activismo feminista (desde la academia hasta la calle, desde los parlamentos hasta las charlas entre amigxs) se ha encargado de producir prueba, construir teorías, narrativas, memoria, doctrina, comunidades enteras cuya principal finalidad es defender el derecho al aborto, garantizar abortos, crear redes de abortos, simplificar argumentos. La parte de la persuasión es la que me tocaba inventar a mí: ¿cómo convencer a quienes pasan de largo de los argumentos feministas, de sus redes y sus narrativas? Con ficción, que no es engañar, pero se parece.

Así nació Lila. Una enfermera dulce, trabajadora, servicial, cuidadora, un cliché de enfermera haciendo *shhh* desde un cartel. Pero además nuestra Lila garantiza in-

terrupciones legales de embarazos. Creé a Lila para que relate los hallazgos del informe de las socorristas, que entrevistaron a más de 20 trabajadorxs de la salud en busca de entender qué lxs acerca y lxs aleja de realizar abortos. Lila es una hormiga que va de un lado al otro, conversa con una, chatea con otro, arma diálogos grupales y representa en la lengua de la vida cotidiana los argumentos que estaban encerrados cohabitando un informe institucional.

Todos los testimonios y datos que se encuentran en este libro tienen referencia en el informe de La Revuelta, se han respetado las formulaciones y los tonos de las declaraciones pero se modificaron nombres y ciudades de residencia. También son producto de la construcción ficcional las escenas donde se producen los diálogos, algunos aspectos biográficos de lxs entrevistadxs y la misma Lila, con su enorme curiosidad.

El ingreso del informe socorrista al género ficción nos permitió vivenciar aspectos de las prácticas del aborto que no están narrados, reponer escenarios que se pasan por alto en los discursos sociales sobre el aborto: las salas de espera de los centros de salud barriales, los pasillos de los grandes hospitales, las trayectorias de vida de lxs profesionalxs, los espacios virtuales y reales de intercambio entre ellxs. Durante 2018 se han hablado y escrito kilómetros de palabras sobre el aborto; poco, muy poco, sobre el ejercicio concreto de la medicina en los centros de salud; poco, muy poco, sobre el aborto como práctica de salud encarnada en personas reales, efectores de salud, activistas. ¿Importa saber qué soñaban para su futuro lxs médicxs que hacen abortos cuando eran adolescentes? ¿Tiene relevancia conocer qué piensan cuando llega una joven con un embarazo no deseado? ¿Y qué profesiones son más propensas a garantizar abortos legales y cuáles

no? Todas preguntas que Lila responde con un sí. Porque así es ella, enfermera y preguntona.

Además, la propuesta de La Revuelta nos incita a pensar en el cuidado de lxs otrxs y de unx mismx como un modo de justicia. Así como hay algunxs efectorxs de salud que, aun con la vigencia de las tres causales, se resisten a garantizar esas prácticas, hay otrxs que aun con la amenaza de castigo deciden cuidar esos cuerpos, esas vidas precarias, y facilitar el curso del deseo, es decir: cuidar la salud.

La legalización definitiva del aborto es una necesidad que se hace sentir especialmente en el campo de la salud. Más allá de que el Código Penal actual habilite la práctica en ciertos casos, y de que la Corte Suprema haya establecido una interpretación amplia, los protocolos provinciales resultan contradictorios y generan un panorama regulatorio complejo y poco claro. Esto alimenta una disputa social anacrónica en torno a la legalidad/ilegalidad y legitimidad/ilegitimidad¹ de los miles de abortos que se realizan por año en la Argentina². La interrupción del embarazo podrá ser legal desde 1921, pero si el médico no lo sabe o no está seguro, muchas veces se registrá por la sensación de que esa práctica no es legal, una sensación reforzada por el miedo a un castigo ejemplificador. “Si viene con aborto en curso, primero que nada se llama a la policía”,

1. En este sentido, *Lila y el aborto* puede ser leído en consonancia con *Clandestinidad y tolerancia. El lugar del aborto en la justicia penal. Valoraciones, conocimientos y prácticas judiciales en la ciudad de Neuquén*, investigación de Emilia Alfieri y Santiago Nabaes también impulsada por La Revuelta y editada como libro en 2019 por La Cebra.

2. En la Argentina se realizan entre 370.000 y 520.000 abortos por año. Estas estimaciones surgen de un trabajo realizado por una investigadora del Conicet asesorada por una demógrafa, a pedido del Ministerio de Salud de la Nación. Pantelides, M. E. y Mario, S., “Estimación de la magnitud del aborto inducido en Argentina”, *Notas de población*, n.º 87, pp. 95-120, Santiago de Chile, 2009.

solía ser la respuesta más común, contó un entrevistado: la institución de salud como una máquina de disciplinar y generar miedo. Pero luego, surgieron también relatos que cuentan cómo en contextos opresivos hay personas que eligen la cooperación con les otras aunque eso implique correr un riesgo. Como Lila nos cuenta: en las instituciones de salud hay disciplinamiento y miedo, pero también resistencias micropolíticas y de activismo sanitario. O, sin heroificar, muchas veces la interrupción del embarazo es una práctica de salud más, leída sin parámetros morales.

Lo que aporta Lila, con sus devaneos reflexivos de señora bienpensante y su manía de preguntar, es también una breve historia del terreno ganado: la transición desde la agenda secreta (una libretita que está representada en la tapa de este libro) en que algunos residentes anotaban farmacias amigables que vendían misoprostol, hacia el registro de la interrupción del embarazo en la historia clínica de lxs pacientes. Esa transformación no surgió por generación espontánea: hay trabajo dentro y fuera del universo de la salud y hay, sobre todo, personas que cambian de opinión, que atraviesan el río hacia la orilla donde no hay prejuicios, al menos no aquellos que la ignorancia asegura con respecto a los abortos.

Lila nos ayuda a pensar cómo las prácticas de salud con perspectiva de derechos y el activismo socorrista pueden dejar de ser solo prácticas que alivianan las dificultades de vivir en un mundo no hecho para nosotras, para pasar a construir en cada acción, aun con todo el viento en contra, un mundo feminista.

INTRODUCCIÓN

Hace 30 años que soy enfermera y hace 20 trabajo en el sistema de salud de Zapala, en el centro de la Provincia del Neuquén, en la Patagonia argentina. Cambio vendas, pongo inyecciones, mido la presión, prescribo medicamentos y en general cuido. ¿Qué es cuidar? Cuidar es el pilar fundamental de toda enfermera, y de toda persona que trabaje en el ámbito de la salud, me animo a decir. Para Carol Gilligan, una filósofa que escribió sobre la “ética del cuidado”, el cuidado no es ni más ni menos que “escuchar, prestar atención, responder con integridad y respeto”. ¿Entonces el cuidado, más que algo propio de la enfermería, no debiera ser una inclinación de todos? Yo facilito abortos como parte de una ética del cuidado.

En 2018 apareció en toda la Argentina un movimiento masivo y feminista que se llamó “la marea verde”. Para nosotras la marea ya existía, pero en las napas subterráneas. En mi trabajo hacemos abortos hace muchos años. En realidad, yo no hace tantos, creo que antes no lo entendía, hasta que empecé a prestar atención a cómo llegaban las chicas: necesitadas de cuidados. Algunas venían desesperadas, otras, contentas, sin dramatizar, y me di cuenta gracias a colegas trabajadoras de la salud de que era algo que se podía hacer, y no solo algo que se podía hacer, algo que incluso pasó a ser mi obligación hacer, porque el aborto es un derecho si está en riesgo la salud. El aborto es un derecho y una obligación y yo no lo sabía.

Soy trabajadora de salud y hago abortos, pero no siempre fue así. Cambié de opinión, maduré a verde. No lo hice sola, mis compañeras y compañeros muchas veces nos dieron la espalda a Gladys y a mí, que éramos las dos que garantizábamos abortos seguros, así que nuestras aliadas, cuando al fin aparecieron, fueron las socorristas. Si no sabíamos cómo actuar cuando una mujer venía con la decisión de interrumpir su embarazo, entonces llamábamos a las feministas. Qué paradoja: ellas, que muchas no son médicas, nos enseñaban de salud. Así me empecé a preguntar a qué le llamamos *salud*. Salud no es solo lo contrario de enfermedad, y salud no es solo lo que pasa en un hospital. Puede parecer una frase hecha, pero para mí, que trabajo de enfermera hace 30 años, es muy claro, mi trabajo es cuidar, es escuchar, es acompañar. Las personas son mucho más que un cuerpo, un cuerpo es más que un envase.

El año pasado volví a la facultad. Dictaban la Cátedra Libre “El aborto: abordajes desde los derechos humanos y la salud integral”, en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Comahue (UNCo). Me invitaron las socorristas de La Revuelta a participar. Había gente muy diferente: médicas y médicos, estudiantes de medicina, de enfermería, otras trabajadoras de la salud pero de distintas partes de la Norpatagonia, también un montón de gente que ayudaba a hacer abortos pero no había estudiado en la facultad. Si bien éramos muy distintos, algo teníamos en común: el aborto nos parece un problema de salud pública y muchxs de nosotrxs llamamos a las Socorristas en Red para brindar servicios de aborto seguro. Porque que sea una práctica tabú no quita que sea un derecho o que haya que hacerlo con el máximo cuidado; eso como enfermera a mí me preocupa especialmente: el cuidado.

Después de cursar la Cátedra Libre sobre aborto, una de las socorristas me hizo una entrevista y me re copé, ellas hicieron un estudio para entender algo que yo no entendí aún: ¿Por qué muchas y muchos trabajadores de la salud se niegan a defender el aborto como una práctica más de salud? No me entra en la cabeza, aunque yo alguna vez haya estado en ese lugar.

Este libro es mi aporte a la revelación de este misterio. Voy a reescribir la investigación que hizo La Revuelta con apoyo de Ibis Reproductive Health, a contar cómo las personas cambiamos de opinión cuando estamos mejor informadas, cuando vivimos en la propia experiencia situaciones de acompañamiento y cuando aprendemos a escuchar. “La ética del cuidado —dice Gilligan— nos guía para actuar con cuidado en el mundo humano y recalca el precio que supone la falta de cuidado: no prestar atención, no escuchar, estar ausente en vez de presente, no responder con integridad y respeto”¹.

Lxs trabajadorxs de la salud somos todxs muy diferentes, venimos de trayectorias diversas, trabajamos en los territorios más disímiles, algunxs quizás hayan tenido en su formación académica sobre el aborto una perspectiva no centrada en los derechos de las personas gestantes, sino en prejuicios médicos y jurídicos; quizás lxs más jóvenxs tengan saberes específicos no aprendidos en las facultades o algunxs ya hayan tenido la posibilidad de participar en una de las cátedras sobre aborto que se dan en algunas de las facultades de medicina. En muchas universidades no enseñaban o no enseñan que desde 1921 cualquier persona puede ir al hospital y solicitar un aborto si está en riesgo su salud o si el embarazo es producto de una

1. Carol Gilligan, *La ética del cuidado*, Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, n.º 30, Barcelona, 2013, p. 34.

violación. ¡100 años y no lo saben! No puedo ni imaginar cuántas muertes y malas experiencias nos ahorraríamos si eso hubiera sido bien comunicado a todas las médicas, médicos, enfermerxs, y en general a todo el mundo, pero más que nada a quienes trabajamos en salud.

En las páginas que siguen voy a ir contándoles lo que junto con La Revuelta investigamos; queremos que haya más profesionales de la salud involucradas e involucrados (e involucrades) en un modelo de acompañamiento cuidado y feminista, y seguir construyendo una alianza entre quienes dentro y fuera del sistema de salud trabajamos para que el mundo sea más inclusivo, más justo y que nuestros derechos humanos estén garantizados.

El estudio se llama *Actitudes y prácticas sobre el aborto entre profesionales y futuros profesionales de la salud y su interacción con las Socorristas en Red de la Patagonia argentina*. Incluyó, por un lado, la realización de veintiuna entrevistas en profundidad a profesionales de la salud que se desempeñan en el sistema público de salud de distintas localidades patagónicas. Hay representantes de varias zonas: Neuquén, Zapala, Plottier, Senillosa y Las Lajas, Ingeniero Huelgo y Fiske Menuco (General Roca), Bahía Blanca, El Bolsón y Esquel, San Martín y Junín de los Andes.

Se entrevistaron médicas y médicos generalistas, licenciadas en Enfermería, trabajadoras sociales, tocoginecólogas y tocoginecólogos. Todas las personas entrevistadas, yo una de ellas, estamos actualmente garantizando interrupciones legales de embarazos en nuestros lugares de trabajo y tuvimos o tenemos algún tipo de alianza con activistas socorristas.

La Revuelta, organización neuquina de más de 18 años de activismo, que forma parte de Socorristas en Red, conformó un equipo para desarrollar la investigación

empírica, el análisis y la redacción del informe: Graciela Alonso, Belén Grosso, María Trpin, Guillermina Peralta y Ruth Zurbriggen. Además, realizaron parte del trabajo de campo activistas socorristas de la Comarca Andina, San Martín y Junín de los Andes, Villa Regina y Bahía Blanca.

Organizaron los resultados de las entrevistas en cuatro ejes:

- La elección de la carrera
- Hitos en la biografía profesional
- Las prácticas en el sistema de salud
- ¿Qué ofrece al socorrismo a la hora de pensar el aborto y las prácticas de aborto?

Estos cuatro ejes nos permiten conocer la parábola que forma la vida profesional de una persona que se dedica a la salud. En cada uno de estos nudos de sentido hay información para entender cómo fueron su devenir personal, sus trayectorias vitales en relación con la medicina, la enfermería y el trabajo social, cómo es que tomaron la decisión de acompañar y realizar interrupciones de embarazos y cuáles son los lazos con el activismo socorrista.

El estudio —en su globalidad— documenta la producción de articulaciones entre colectivas socorristas de la Patagonia con el sistema de salud y con la Facultad de Ciencias Médicas de la UNCo. Estas articulaciones se expresan en la investigación desde las trayectorias/experiencias individuales y profesionales interceptadas con la formación de grado y aquella que se va produciendo cuando el aborto irrumpe en las instituciones del sistema de salud. Las articulaciones y las formaciones que realiza cada persona en forma individual y en forma colectiva son los ejes del informe.

También tomaré los resultados de la descripción y análisis de las observaciones participantes en la Cátedra Libre, que se cursó de marzo a agosto de 2018 en la UNCo, tuvo 400 inscriptxs y, si bien se desarrolló en la Facultad de Ciencias Médicas, fue abierta a toda la comunidad. La Cátedra fue aprobada por el Consejo directivo y el Consejo superior de la UNCo y coordinada por Gabriela Luchetti, Ruth Zurbriggen y un grupo de estudiantes de la carrera de Medicina. Como parte de la trama de articulaciones en torno a la Cátedra, participaron diferentes invitadxs, que contribuyeron con sus saberes específicos a la formación y debates: Guadalupe Lazzaroni, María Verdugo y Mari Coller, trabajadoras de salud que estuvieron a cargo de dinámicas del primer encuentro de trabajo; la abogada e integrante de REDAAS Agustina Ramón Michel y la historiadora Karina Felitti; médicas y médicos de hospitales y centros de salud de la región (Nora López, Pablo Biganzoli, Mariana Lucero), así como médicas y médicos residentes y estudiantes avanzadxs de la carrera de Medicina. Por último, activistas feministas que realizan acompañamientos en situaciones de aborto de la “Red de lesbianas feministas con las amigas y en la casa”, de Chile, e integrantes de Socorristas en Red (feministas que abortamos) de la Colectiva Feminista La Revuelta (Neuquén) y Maleducadas (Fiske Menuco).

Qué obstinación. Ya ni puedo imaginar cómo se ve esto desde afuera, mi prima me dijo que estoy obsesionada con el aborto y me hurgó la memoria hasta encontrar motivos psicológicos para mi militancia. Algunos personajes en la televisión dicen que queremos aniquilar la familia y los valores tradicionales, que somos asesinas de bebés, hasta hay quienes dicen que respondemos a un plan imperialista para despoblar la Patagonia. La verdad es otra y lo decimos siempre, cada vez que podemos: el cuidado es feminista y nos mueven deseos políticos.

ENTREVISTADXS/ PERSONAJES

Narradora:

Lila, enfermera, 50, Zapala.

Entrevistadx:

Pedro, médico generalista, 37, Neuquén.

Miranda, médica generalista, 50, Senillosa.

Carmen, trabajadora social, 54, Zapala.

Carola, médica generalista, 40, Neuquén.

Ariana, médica generalista, 30, Zapala.

Cecilia, médica generalista, 48, Las Lajas.

Rodrigo, médico generalista, 31, Neuquén.

Francisco, médico generalista, 32, Fiske Menuco (General Roca).

Valeria, médica de familia, 31, Bahía Blanca.

Juliana, médica de familia, 34, Bahía Blanca.

Suyai, médica generalista, 36, El Bolsón.

Fabián, médico generalista, 32, Esquel.

Marcela, trabajadora social, 53, Junín de los Andes.

Sofía, médica generalista, 39, San Martín de los Andes.

Vanina, tocoginecóloga, 36, Plottier.

Sergio, tocoginecólogo, 41, Las Lajas.

Jorge, tocoginecólogo, 61, Ingeniero Huergo.

Carolina, tocoginecóloga, 44, El Bolsón.

Mariano, tocoginecólogo, 59, San Martín de los Andes.

Santiago, médico generalista, 36, San Martín de los Andes.

Los nombres, profesiones y lugares de residencia fueron modificados para preservar la identidad de las personas entrevistadas.

CAPÍTULO 1

LA ELECCIÓN DE LA CARRERA

Carmen¹ tiene algo raro en la mirada. No es la forma de mirar, es la forma de poner los ojos, de pestañear, cada vez que termina una frase pestañea fuerte, entonces parece que tuviera carácter. O que estuviera muy cansada. Fuimos compañeras en la Cátedra Libre sobre aborto en Cipolletti y volvimos juntas varios viernes, pero nunca hablamos demasiado. Fui a entrevistarla una mañana de frío, en septiembre, después de ir a cursar. Somos vecinas y ni nos conocíamos.

La casa de Carmen de afuera parece más grande de lo que es, la parte de atrás la tiene alquilada. Cuando me abrió la puerta me di cuenta de que es una mujer serena, apenas abrió saltaron dos perros encima mío y ella ni se inmutó, me hizo pasar, cerró la puerta tranquila, me abrazó y los perros se metieron de nuevo.

Tengo la vista muy agudizada para los detalles, creo que es porque soy enfermera. Cuando dos personas que no se conocen se encuentran a charlar sabiendo que comparten una idea política, ese encuentro es mucho más que juntarse a hacerse amigas, lo que compartimos con Carmen es mucho más que amistad. ¿Por qué decidiste estudiar trabajo social?, fue lo primero que le pregunté. En el fondo quería saber qué de su trabajo se relaciona con la salud o, en todo caso, qué es la salud, ¿es algo más

1. Carmen, trabajadora social, 54 años, Zapala.

que lo que pasa dentro de cuatro paredes de un centro de salud? Nada nos impide filosofar, con el viento que hay afuera.

—Creo que en la decisión de estudiar Trabajo social tuvo mucho que ver la cuestión de la militancia social y religiosa. Siempre mantuve, desde muy chica, una mirada comunitaria. Pero no solo eso, son muchísimos los motivos por los que una elige una carrera, también yo quería despegar del pueblo.

—¿Hace cuánto estamos hablando? —Carmen se ríe con los ojos puestos en el mate—, ¿le estás preguntando al mate, ya no te acordás?

—Hace 35 o 40 años, tengo 54. Zapala era un pueblo. Era la década del 80, estaba muy fuerte el contexto histórico, veníamos de la apertura de la democracia. Entonces todo esto era militancia, había que recomponer todo lo que estaba roto.

—Para mí² fue muy diferente —le retuqué—, también a los 18 quería irme, salir, pero di varias vueltas hasta encontrar lo que quería. Estudié Piscicultura e Historia, pero siempre estuve enamorada de la Enfermería.

—El trabajo social y la enfermería se parecen, muchas veces nos necesitamos, yo no sabía que estabas tan cerca.

—¡Sí, tal cual! Hay algo en común en el acompañamiento. Mirá, cuando vi que estaba la Tecnicatura en Enfermería dije “esto es lo mío, esto es lo que yo estaba buscando”. Hice la carrera, hice los tres años, hice la tecnicatura, y después tuve la posibilidad de hacer la Licenciatura con la Universidad de Rosario. Me cerró el paquete el día que terminé de cursar el doctorado en Enfermería en Tucumán, ese día dije “yo lo que elegí para mi vida es esto y lo voy a seguir haciendo” y si vuelvo a nacer o reencarnarme o *reengrasarme*, como digo yo,

2. Lila, enfermera, 50 años, Zapala.

porque yo no me reencarno, me *reengraso*, si vuelvo a *reengrasarme*, volvería a ser enfermera, porque lo elegí y porque siempre me gustó, siempre me gustó estar al lado, acompañar, atender, cuidar.

Hablamos un rato más con Carmen, dos pavas. Dos pavas de mate. Se suele ver a las personas que trabajamos en salud como un bodeque de saberes técnicos, y la verdad es que cada una es diferente. Existe un sentido común de que los saberes médicos son científicos y por lo tanto fríos, duros, alejados de la realidad, y no es así. Ni Carmen ni yo trabajamos en salud porque nos gusta contar células, para nosotras es un trabajo social estar atentas a cada persona, a la realidad económica, a dónde viven, por qué deciden las cosas que deciden y por qué pueden o no pueden decidir. Toda salud es política, al fin y al cabo, como dice la canción. ¿Para todas y todos será así? No creo que para todxs lxs médicxs la medicina sea social, pero creo que sí para quienes se dedican a acompañar abortos.

Otra mañana, en Cipolletti, hablé un rato con Marcela³, que también es trabajadora social. Estoy sorprendida de que su historia se parezca tanto a la de Carmen: tiene 53 años y vive en Junín de los Andes, también acompaña y fue a la Cátedra Libre. Tomamos un cafecito apoyadas en la baranda de la escalera de afuera de la facultad y le hice la misma pregunta que a Carmen: ¿por qué elegiste estudiar Trabajo Social?

—Bueno, fue sin muchas posibilidades de elegir. No la hubiese elegido en su momento, me atraía mucho más Ciencia Política, pero en 1983 no me podía ir hasta Buenos Aires, donde estaba la carrera, que recién empezaba en la

3. Marcela, trabajadora social, 53, Junín de los Andes.

Universidad de Buenos Aires. Daba hasta Neuquén donde me podía ir, y lo que miré que podía acercarse más era el trabajo social.

¿Por qué se eligió una carrera y no otra? ¿Hay algo en esta información que nos permita entender qué trayectorias profesionales se definen con el tiempo? En el estudio de La Revuelta, lo que predomina como respuesta es la posibilidad que permiten la medicina, el trabajo social y la enfermería de articular dos órdenes de intereses: científicos y sociales. Eso aparece en las veintiuna entrevistas realizadas. Algunas expresiones con las que se nombra el interés social son: lo humano, lo comunitario, lo integral, lo holístico, los cuidados, lo familiar.

Sofía⁴ tiene 39 años, es de San Martín de los Andes pero vive en Fiske Menuco hace unos meses. Fiske Menuco significa 'pantano frío' en lengua del pueblo mapuche. En los mapas la ciudad aparece nombrada como General Roca, que era el jefe del ejército (luego presidente) cuando fue la campaña militar para sumar este territorio al Estado argentino que aniquiló a casi todo el pueblo mapuche. Sofía me contó que decidió estudiar Medicina a los 16 años, no sabe bien por qué. Siempre fue buena estudiante y de las buenas estudiantes se espera que estudien carreras tradicionales. Terminó la carrera a los 23 años y entonces tampoco sabía bien qué hacer con la medicina. Ahora es médica generalista. ¿Cuál es la especialidad de esta medicina? Son especialistas en la generalidad. Y la generalidad, como su nombre lo indica, es muy amplia, se desborda para todos lados, se toca con otras disciplinas,

4. Sofía, médica generalista, 39 años, San Martín de los Andes.

trasciende el saber específicamente médico, pero ¿qué es el saber específicamente médico?

Sofía se agarra de la silla, respira, sopla el aire, mueve los hombros, se arremanga el saquito, mira el cielo raso, ¿qué va a decir que hace tanto preámbulo?, solo le pregunté por qué cree que hace 23 años eligió estudiar Medicina. Por fin me mira a los ojos, mira el cuaderno donde anoto y dice: “Quería una profesión que pudiera ayudar a la gente”.

“Tal cual, tal cual”, dijo Fabián, que estaba mirando todo de cerca.

—¿Te pasó lo mismo, Fabián?

—Casi.

—Contame todo, soy Lila, la enfermera detectiva.

—Qué atrevido, escuchar de atrás —le dijo Sofi, que rompió de golpe su estado casi místico.

Esta mañana fue el primer día de clases de la Cátedra Libre. Éramos como 150 personas entre estudiantes de Medicina, profesionales de la salud, estudiantes de otras carreras universitarias, activistas y docentes. El ejercicio número uno consistió en trabajar sobre el rumor social ante la decisión de abortar de una persona gestante. “Lo que se piensa y no se dice o lo que se dice sin pensar”, dijo una de las docentes. Se convocó a cinco mujeres y cuatro varones para hacer una dramatización. Sofía fue parte de ese grupo, le tocó personificar a una mujer que quiere abortar. Lxs demás éramos el público que rumorea. Otros personajes eran: madre de la que quiere abortar (en desacuerdo), periodista que pone en duda, pastor evangélico, vecina que está en contra del aborto, varón que no está de acuerdo con que su pareja aborte. Cuando le tocó a Sofi contar sus motivos para abortar, Fabián hizo un papel

muy creíble de antiderechos, tan creíble fue que muchxs creímos que estaba peleando en serio.

Personaje de Sofía: Quiero abortar porque no quiero ser mamá, no tengo recursos para darle al bebé la vida que merece.

Fabián haciendo de portador del sentido común: Lo hubieras pensado antes de abrir las piernas.

Sofía: No me imaginé que iba a quedar.

Fabián: Tenelo y dalo en adopción si no lo querés, sos grande, no podés ser caprichosa con este tema.

Sofía: No es un capricho, es mi cuerpo, no es una incubadora. No quiero pasar por un embarazo.

Fabián: Las mujeres están preparadas para eso.

Sofía: Mentira. No quiero.

Fabián: Abortar es matar, te vas a generar un trauma para siempre.

Sofía: Basta.

¡Basta! La dramatización fue tan real que una parte de lxs estudiantes empezaron a insultar a Fabián, por machirulo, por inmiscuirse en asuntos que por no tener útero nunca entendería; hasta lo mandaron a hacerse una vasectomía. Después de la escena salimos al patio.

—Bueno, tome nota, Sherlock: mi nombre es Fabián Álvarez⁵, tengo 32 años, vivo actualmente en Esquel, provincia de Chubut. Soy médico generalista. Voy a tratar de contestar la misma pregunta que Sofía, pero primero, ¿me perdonás? Estaba actuando.

Sofía le dijo que sí con la cabeza. Y Fabián siguió hablando.

—En realidad, lo mío tenía que ver con la sexualidad, y sobre todo con la sexualidad de la mujer. Cuando era adolescente quería ser ginecólogo porque me interesaba mucho ayudar y estar en los partos, o acompañar a la

5. Fabián, médico generalista, 32, Esquel.

mujer en sus ciclos menstruales y en todos esos procesos ginecológicos, dentro de la medicina. Después, cuando estaba haciendo la carrera, me di cuenta de que en realidad la medicina es mucho más amplia que eso, que me daba la posibilidad de ampliar la mirada, el campo laboral, y de interactuar en esos espacios.

—Sí, entiendo —lo interrumpió ahora Sofía—, cuando empezás la carrera es todo diferente a como lo imaginabas...

—Después surgen las especialidades y de repente uno... si sos traumatólogo, solamente vas a interactuar con los huesos de los pacientes y determinadas cosas. Y ahí es donde yo decido hacer medicina general, que es una especialidad que me permite como ampliar la mirada, que es bastante horizontal, tiene mucho de social, tiene mucho de trabajo comunitario, y ahí me encuentro yo con la medicina general y con mi profesión.

—Qué loco, Fabián —me metí ahora yo—, muchos médicos y médicas reconocen que eligieron su profesión pensando en los demás, en el trabajo social, y lo raro es que la medicina no está en la imaginación o en el sentido común asociada a lo comunitario, a estar con las personas, escucharlas, ¿no?

—Tengo un recuerdo medio tonto. Cuando era chico tenía un librito para colorear que tenía profesiones y me acuerdo de quedarme mucho en el guardapolvo del médico. Hoy me interesan mucho también las terapias alternativas, discutir lo que es más alopático, lo científicista.

Para varios de los médicos y médicas generales que entrevistamos en esta investigación, las prácticas médicas están ancladas en lo social, lo barrial, lo comunitario. El peso está puesto más en el trabajo con las personas que en lo científico duro. Por ejemplo, veamos este testimonio:

—En realidad cuando elegí Medicina yo pensaba que era una carrera humanística y la primera parte, por lo menos en Medicina de la UBA [Universidad de Buenos Aires], son todas materias muy rígidas, no ves a una persona.

Estudiás Medicina y no ves a las personas durante años. ¡Es increíble! Por suerte, con el correr de las materias eso cambia para algunos. Pedro⁶, que tiene 37 años y vive en Neuquén capital, fue conociendo de a poco aspectos de la medicina que al principio estaban ocultos.

—Es la medicina que me terminó gustando, la medicina general, es mucho más holística, es un poco contrahegemónica, es otro contacto con la realidad, con los problemas, con la parte social...

Cuando Pedro dijo la palabra “contrahegemónica” me acordé de Carmen y sus ganas de hacer política, de organizar lo social, de incluir, de conformar espacios de cuidados, de generar vínculos, de traccionar por lo que le parece más justo. ¿La medicina general puede ser política, social, contrahegemónica?, ¿y su radicalidad está solamente en que planea un contacto más cercano con las personas?

Sí. ¿Es tan sencillo como eso? No. Carol Gilligan dice que el cuidado feminista requiere “dos dimensiones entrelazadas: cuidar implica una práctica, pero también requiere una disposición”. Esa disposición es la que hace la diferencia.

La medicina tiene un lugar especial en la sociedad, es una de las profesiones con más reconocimiento público. Se piensa que lxs médicxs mantienen entre ellos una cofradía,

6. Pedro, médico generalista, 37, Neuquén.

un código que el resto no comprendería. Si hiciéramos un juego en el que se tengan que nombrar vocaciones, seguramente la mayoría mencionaría la medicina, la docencia, quizás la policía y no mucho más. Vocación de ayudar, se dice. La nena tiene vocación de médica si cuida mucho a sus muñecas. ¡Cuántos lugares comunes! Por qué alguien decide estudiar tal cosa y no otra es uno de los grandes misterios de la humanidad. ¿Qué estaban pensando estas personas cuando decidieron estudiar Medicina? Son tantos los factores que inciden que no se pueden agotar en una charla, hay tantas razones como personas, pienso, pero el estudio de La Revuelta me contradice, lo cierto es que hay cinco o seis motivos que se repiten.

Valeria⁷ parece escritora, más que médica. Anda en una bici con canasto, donde lleva su mochila, tiene el pelo largo y enmarañado, usa anteojos que le tapan la mitad de la cara, y eso es mucho porque tiene la cara redonda y ancha. No quiero ser prejuiciosa (de eso se trata todo esto), pero seguramente cuando le pregunte me diga que eligió Medicina porque le gustaba la biología en la escuela, otra chica 10. Nunca vi a Valeria “en vivo y en directo”, solo sé que tiene 31 años, es médica de familia y vive en Bahía Blanca. Ella me contestó por Skype (vi su foto de perfil para describirla).

—Hola, ¿Valeria?

—¡Sí! Hola, Lila, ¿cómo estás?

—Acá andamos, estoy de investigadora, ¿viste?

—Sí, qué divertido.

—¿Vos por qué decidiste ser médica de familia?

—A partir de los 14 años yo ya sabía que quería ser médica, seguramente algún tipo de influencia tuvo el hecho de que mi mamá trabajara en un lugar donde había

7. Valeria, médica de familia, 31, Bahía Blanca.

muchos médicos. Por ahí absorbí algo de ahí. Me gustó mucho, desde siempre, además era... no sé, jugaba siempre a los exploradores o cosas que siempre tienen como una cosa de cuidado, de atención con el otro.

—Mirá vos, o sea que tuvo que ver tu mamá...

—Sí, pero más esa idea de ayudar a los demás.

—¿Y por qué medicina familiar?

—Al principio cuando empecé a estudiar Medicina flasheaba con oncología, y estudiando Medicina conocí acá en Bahía lo que es la Medicina familiar y me gustó mucho, porque también desde chica milité en diferentes espacios políticos y esta especialidad tiene la implicancia política que tiene el rol de una médica o un médico, y la verdad que me gustó mucho. Me gusta el contacto que tiene con la gente, es una profesión que se puede hacer desde lo privado pero que tiene un impacto muy grande desde lo público, tiene un impacto más a nivel general, desde lo que es el proceso salud, enfermedad, atención, cuidado de la gente, por eso elegí medicina familiar.

—Siempre se dice “médico de familia”, ¿viste?, como si fuera una profesión solo de varones, o que históricamente ocuparon los tipos, ¿cómo fue tu proceso, tuviste obstáculos?

—Hasta los compañeros de trabajo de mi vieja, esto sí es algo un poco llamativo, me decían “No, sos mujer, mejor elegí otra profesión, porque el médico tiene que estar muchas horas y no te va a permitir formar una familia, mejor hacé Farmacia, mejor hacé otra cosa”. Sé que los médicos o médicas suelen ubicarse hasta de otras maneras y yo no me ubico en eso, de hecho, los médicos de familia somos como los *hippies* del sistema de salud.

—Jajaja. ¿Fuiste alguna vez a El Bolsón?

—No, pero no necesito vivir en El Bolsón para ser *hippie*.

—Tenés razón.

En la Comarca Andina viven cerca de 50 000 personas. La ciudad más importante de la Comarca es El Bolsón, nombre que todo el mundo relaciona con el *hippismo*, sobre todo por la gran cantidad de artesanos y artesanas que poblaron la zona durante los años 70. Pero esa no fue la única ráfaga migratoria fuerte, el movimiento es incesante. Suyai⁸ se fue a vivir a la Comarca andina a los 25 años, hace más de 10. Este dato que parece tan básico de la biografía de cualquier persona, me costó mucho tiempo de ablandamiento. Las Revueltas, como yo les llamo a las chicas de la colectiva La Revuelta, me habían dicho que Suyai era tímida, así que la fui rodeando de a poco. Cada día de cursada la saludé, aunque no nos conociéramos, y el último le conté que estaba repitiendo las entrevistas de las investigadoras, a ver si ella podía volver a contarme por qué se hizo médica. Me dijo que no. Pero unos meses después me mandó una invitación de Facebook y ahí chateamos un poquito.

—¿Existen medicxs *hippies*? —No sé, le pregunté eso, me pareció que era para romper el hielo. Me había quedado pensando mucho en esa frase de la bahiense.

—Yo no soy *hippie*, aunque no lo creas en El Bolsón hay personas no *hippies* también. Pensé que me querías preguntar cosas del socorrismo, Lila, disculpame, no tengo mucho tiempo para esto.

—Disculpas. ¿Te puedo llamar y te cuento mejor?

Lección 1: No siempre hacerse la simpática es bien recibido. Llamé a Suyai y de a poco entramos en diálogo, fui al grano. La clásica: por qué eligió Medicina.

—Siempre quise estudiar Medicina. Nunca lo dudé, siempre quise. Siempre dudo de lo que quiero hacer en la medicina... pero que quise estudiar Medicina, no. Para

8. Suyai, médica generalista, 36, El Bolsón.

mí la medicina es meramente social y es esa construcción que se va haciendo con una sociedad entera (porque todos nos enfermamos, nos curamos, nos cuidamos, nos atendemos).

Si bien es cierto —nadie podría negarlo— que la medicina es un conocimiento que tiene impacto social, que su práctica es comunitaria, que se fundamenta en el vínculo con las personas en su totalidad, es decir, no solo en su parte física, sino también en sus aspectos psicológicos, psicosociales, incluso existenciales, en las respuestas de muchxs de lxs entrevistadxs hay un aroma a idealización. No lo digo como algo negativo (porque la idealización suele asociarse a la ceguera, al amor romántico). No digo ideal como contrario de real, no estoy juzgando, solo quiero describir que eso existe: lxs médicxs tienen un ideal de lo que su profesión es.

Los relatos que se realizan sobre la elección de la Medicina como carrera se plantean en general en términos de búsquedas y encuentros con aquello que constituía un ideal al momento de la elección. Y, como se puede ver en algunas de las charlas que ya conté, se marcan dos momentos en el transcurso de la carrera: el ingreso y el momento en que se encuentra aquello que se estaba buscando. Parece ser que al principio emerge una suerte de decepción generalizada con la carrera de Medicina, que comienza con materias “muy rígidas”, donde la realidad y sus problemas no aparecen; como dijo Pedro, que con el tiempo descubrió que la medicina tenía una comprensión holística de los cuerpos y las personas, lejos de la construcción deshumanizada que se producía en los primeros años, y que fue para muchxs un golpe de realidad.

Las y los entrevistados no separan la elección de las carreras de Medicina, Trabajo Social, Enfermería del tipo

de profesional que añoraban ser. Siempre está jugando un ideal de lo que esa profesión es, de lo que cada una (uno) imagina para su vida. Y para casi todxs Medicina y Enfermería eran imaginadas como un trabajo social. Incluso muchxs de lxs entrevistadxs sostienen que desde la infancia supieron que serían médicxs o que elegirían esa profesión: “desde chica tenía esa idea en mente”, “desde que tengo uso de razón”, “a partir de los 14 años yo ya sabía que quería ser médica”. Yo soy una de ellas. Carola⁹ es otra.

Ella vive en Neuquén capital y es otra de las *hippies* de la medicina. “La medicina familiar planteaba un poco el tipo de médico que yo creía que quería ser, y era el tipo de médico que yo conocía de mi infancia, que era ese médico de familia que nos conocía a todos, que nos acompañaba a todos, y gracias a Dios estoy trabajando de lo que más me gusta, me considero muy afortunada”, me dijo en un barcito céntrico de Neuquén. Yo me había pedido una hamburguesa, era el mediodía y mi panza estaba a punto de provocar una grieta en El Chocón. Ella pidió agua nada más. Carola tiene 40 años y cuando estudió le pasó lo mismo que a varixs:

—Tuve una época en la facultad, la formación de pregrado en Medicina, que fue por momentos muy frustrante. Te muestran otra realidad, que no es la que yo buscaba. Llegó un momento de la carrera en que yo dije: “ay, no es lo que yo quería, no es...”. Me costó encontrar por dónde ir y casi casi terminé la facultad pensando que no iba a tener mucha chance de encontrar una residencia que me ofreciera esa posibilidad. Hasta que encontré la medicina familiar, que era todo lo que buscaba, y que era todo lo que yo tenía como ideal de Medicina.

9. Carola, médica generalista, 40, Neuquén.

Ariana¹⁰ es otra de las médicas que supo desde siempre qué quería ser. Es residente en Zapala, pero dio vueltas por todo el país —aunque solo tiene 30 años—. Volvimos juntas en micro desde Cipolletti, cuando iba anocheciendo sobre el Alto Valle, hicimos la entrevista pactada.

—En realidad, no hubo un día que dije “voy a hacer Medicina”, como que siempre pensé en ser médica. No es que no sabía qué hacer cuando terminé la escuela, desde chica me parece que tenía esa idea en mente, que la verdad no sé bien de dónde surge. Trabajé durante la carrera, la hice bien tranquila y al terminar me fui a rotar a Jujuy y a Córdoba, pero estuve mucho tiempo en Jujuy, y ahí me decidí por medicina general como para seguir formándome.

¿Por qué es importante saber qué querían ser cuando fueran grandes, por qué eligieron esta carrera, qué creen que define a la medicina, a la enfermería? Porque muchas veces cuando se conoce que acompañamos abortos o garantizamos interrupciones legales del embarazo (ILE) se nos ataca poniendo en duda nuestra capacidad y nuestra ética como trabajadorxs de la salud. Se acusa a lxs médicxs aborterxs en definitiva de ser malxs médicxs, de no cumplir con la ética profesional, se los juzga como una especie de traidores a los principios del cuidado de la vida. Pero *hete aquí* que estxs profesionalxs no son monstruos, son personas de carne y hueso que incluso fueron adolescentes que eligieron estudiar Medicina porque consideraban que era una actividad social, de cuidado de la comunidad, de respeto a los derechos. Y su práctica en torno al aborto solo continúa esa inclinación vocacional.

¿Si no, cómo se explica que Francisco¹¹, que eligió Medicina porque admiraba a un pediatra, hoy garantice

10. Ariana, médica generalista, 30, Zapala.

11. Francisco, médico generalista, 32, Fiske Menuco.

ILE? Solo se explica si pensamos la interrupción del embarazo como una práctica de salud pública y el deseo de no continuar con un embarazo como un deseo legítimo de las personas que la medicina, además del socorrismo, puede ayudar a cumplir. En prácticas como la interrupción del embarazo es cuando aquello que me dijo Francisco, “la medicina mezcla la ciencia con lo humano”, se vuelve una realidad innegable.

Juliana¹² viajó desde Bahía Blanca a Cipolletti para cursar un módulo de la Cátedra Libre. Es una de las estudiantes que más participaron en clase y una de sus intervenciones fue brillante. Habló del concepto de riesgo, dijo que toda práctica médica posee algún tipo de riesgo y que los abortos medicamentosos reducen el riesgo cuando se realizan a partir de la guía de la Organización Mundial de la Salud, aun en condiciones como la clandestinidad y el estigma social. La docente de la Cátedra asentía con la cabeza y para seguirle el hilo dio datos estadísticos sobre la disminución a nivel global de las tasas de abortos y, a su vez, sobre la disminución de la demanda de abortos en los países donde la práctica se encuentra despenalizada y legalizada¹³.

Me imaginé que Juliana se iba a enganchar con mi investigación, está muy consustanciada con el tema. Ella

12. Juliana, médica de familia, 34, Bahía Blanca.

13. Para el período 2010-2014, la tasa anual de aborto a nivel global para el total de mujeres en edad reproductiva (15-44) se estimó en 35 por 1000, lo que representa una reducción de la tasa observada en 1990-1994, que fue de 40 por 1000. El número anual de abortos durante el mismo período disminuyó en las regiones desarrolladas, desde cerca de 12 millones a 7 millones; en contraste, la cifra aumentó en las regiones en desarrollo, de 38 millones a 49 millones, aunque este cambio es principalmente un reflejo del crecimiento de la población en edad reproductiva. Fuente: Informe Aborto inducido a nivel mundial. Guttmacher Institute, 2018.

tiene 34 años y es médica de familia, también. ¡Las médicas de familia destruyen familias! Pienso en cómo reaccionarían ante esta evidencia los detractores del derecho al aborto.

— ¿Por qué elegiste Medicina?

— Yo tenía una idealización de las profesiones de salvar vidas o de estar para el otro y rescatar al otro de no sé qué, una idealización que tenía en ese momento, a los 18 años.

— Pensando en tu trabajo como médica comprometida con los derechos de las mujeres, ¿no te parece que tan equivocada no estabas?

— No en lo esencial, pero sí en el contexto, vos sabés lo difícil que es el trabajo. A mí me atraía el cuidado del cuerpo, me parecía fantástico cómo funcionaba el cuerpo y lo quería estudiar y me apasionaba desde ahí. Soy de la primera camada de la Universidad Nacional del Sur, y cuando entré a Medicina yo quería ser oncóloga infantil, por toda esta lógica de hacer paliativos y de salvar al pibito...

— ¿Y qué pasó en el medio, por qué no seguiste esa línea, si es que creés que no la seguiste?

— Fui haciendo la carrera, me fui debatiendo y preguntando un montón de cosas que me fueron cambiando. De ser médica sin fronteras a oncóloga infantil y no sé qué, pasar a ser médica de familia en el sistema público de Bahía Blanca. Asumí una lógica del derecho, digamos, la gente dejó de ser “pobre gente que hay que salvarla” y pasó a ser “ciudadanos con vulneración de derechos”. Hoy soy docente de la misma universidad, de la misma carrera, y soy docente de los mismos espacios, trabajo en terreno y en medicina familiar.

“La gente dejó de ser pobre gente que hay que salvarla, y pasó a ser ciudadanos con vulneración de derechos”,

lo repito porque me gustaría hacerme una remera. En la Enfermería sucede algo parecido. Miro en retrospectiva mi propia historia y veo el pasaje entre una formación en Enfermería procedimental, con la búsqueda de rapidez y eficiencia que conlleva, a lo que se entiende hoy como “una atención de calidad”, donde te quedás a veces agarrándole la mano a la persona. Hice el doctorado en Filosofía de la Enfermería, y eso me hizo repensar toda mi carrera y toda la profesión: estas posturas rígidas que a veces tenemos lxs enfermerxs, la idea de que “a mí no me corresponde”, que “a mí no me toca”, que estamos para el hacer y no para el pensar. Yo me eduqué en una escuela procedimental donde el que hacía más procedimientos y los hacía más rápido era el mejor enfermero, y hoy me doy cuenta de que vos podés hacer las cosas lo más lento posible pero mientras escuches a la otra persona y te quedes a veces agarrándole la mano, sos mejor enfermerx. Por ahí tu único procedimiento es estar agarrándole la mano a la persona y eso no te vuelve menos profesional, al contrario, te hace más ética.

Ya sabemos más o menos por qué las trabajadoras sociales, lxs médicxs de familia y generales y las enfermeras que participamos de este estudio decidimos estas carreras. ¿Y lxs tocoginecólogxs?

Lxs especialistas en obstetricia y ginecología incorporan una nueva variable a la elección de la carrera: el gusto por la realización de prácticas quirúrgicas. Explícitamente aparece en dos relatos. El de Sergio, de Las Lajas, y el de Carolina, de El Bolsón. Allá vamos.

Sergio es el primer profesional de su familia, “no lo digo con orgullo”, me dice, pero lo cuenta y lo resalta. “Sí digo con orgullo que estudié en la universidad pública”,

aclara. Cuando le pregunté por qué se decidió por la tocoginecología mencionó “la parte quirúrgica”.

— Eso fue lo que me decidió a ser ginecólogo, y bueno, el nacimiento, el embarazo, todo, es un combo.

En cambio lo de Carolina¹⁴ fue de película. Así me dijo ella una tarde ventosa antes de entrar a cursar. Cuando era chiquita estaba jugando en una montaña de escombros, se cayó y se cortó la mano con una lata. El tajo que se hizo la mandó directo al hospital. Fue una crisis en toda su familia y en su grupo de amiguitxs, estaba muy asustada hasta que conoció a la cirujana que la operó. Desde entonces quiso ser médica. “Ese lugar de empatizar, de poder ayudar al otro, de poder curar a otra persona... no sé, me parecía muy maravilloso, me encanta la medicina”, cuenta.

Así, en general lxs tocoginecólogxs oscilan entre dos factores asociados a la especialidad: la cirugía y el aparato genital femenino. Por ejemplo Vanina¹⁵, que es tocoginecóloga de Plottier, define la especialidad como una práctica amplia que “tiene desde la parte quirúrgica, que es una parte mucho más fría, hasta atención primaria de anticoncepción, Papanicolaou, los *screening* y toda la embarazada”. A ella la visité directamente en el hospital de Plottier, donde trabaja. Cuando la esperaba en una de las salas donde justamente se espera, vi que un cartel anunciaba “CONSEJERÍAS SOBRE ABORTO SEGURO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD”.

Otro elemento común en dos de mis entrevistadxs tocoginecólogxs es el interés inicial por la pediatría. En ambos casos no pudieron seguir adelante por el dolor que les causaba ver niñxs con enfermedades graves. En

14. Carolina, tocoginecóloga, 44, El Bolsón.

15. Vanina, tocoginecóloga, 36, Plottier.

el caso de Carolina, que ya conté que quería ser cirujana, se dejó para el final la emoción que sintió cuando presencié un parto, que fue determinante en la elección de su carrera.

— En tercer o cuarto año de la facultad nos hicieron rotar y nos hicieron ir a ver un parto. Fue una emoción muy grande, me resultó algo súper emocionante.

A Vanina le cambió el panorama a mediados de la carrera, quería ser pediatra hasta que cursó pediatría. Ella es bastante inquieta, mientras hablábamos se sacó y se puso la bufanda tres veces, estaba cebando mate, así que me miraba poco, siempre tenía las manos ocupadas. Hablaba conmigo, pero cebaba mirando al pasillo, saludaba con la mirada a todas las personas que pasaban, decía cosas con gestos a la distancia, se acomodaba el pelo, no dejaba de trabajar aunque estuviéramos haciendo la entrevista.

A veces una tiene ideas erradas sobre las cosas, y por suerte tiene la posibilidad de cambiar de opinión (o de especialidad). Cambiar de opinión y no apenarse por eso debería ser una materia de Medicina, o mejor: debería ser contenido obligatorio en todas las escuelas.

— Primero yo dije que iba a hacer pediatría, hasta la mitad de la carrera más o menos decía que iba a ser pediatra, hasta que cursé Pediatría y no me gustó. En realidad lo que me gustaba era el niño sano, el nene enfermo me puso muy mal, me angustió muchísimo. La neonatología y la terapia pediátrica me parecían algo terrible, y dije “no, esto no es lo mío”. Después, cursando me di cuenta de que tocogineco es muy amplia, porque tiene desde la parte quirúrgica, que es una parte mucho más fría, hasta atención primaria y toda la embarazada, entonces es muy amplio, eso me gustó mucho. Y trabajar con las mujeres a mí me gustaba, me gusta.

Se paró y salió corriendo, “teneme el mate”, me dijo. Volvió a la media hora.

A Jorge¹⁶ le pasó algo parecido. Si bien era fanático de la medicina, miraba todas las series de televisión sobre el mundo médico y siempre pensó que se iba a dedicar a la pediatría, cambió todo cuando cursó, justamente, Pediatría:

— Cuando cursé el segundo año de Pediatría II me hizo muy mal ver chicos gravemente enfermos, me ponía mal, pensé que no iba a ser objetivo, y me dediqué a... había tenido muy buena cursada de Ginecología y Obstetricia y me gustó y me decidí a eso.

Para Mariano¹⁷, elegir la tocoginecología no tuvo que ver con nada de la disciplina en sí. Hoy tiene 59 años y trabaja en el sistema público de salud de San Martín de los Andes.

— ¿Cómo fue que decidiste esta especialidad?

— Hasta un mes antes de terminar la escuela secundaria quería ser ingeniero electrónico, y tenía en segundo término, como opción, medicina. Probablemente haya influido la referencia que uno siempre tiene del hermano mayor, mi hermano mayor estudiaba Ingeniería, aparte me interesaba por los aspectos técnicos. Pero cuando vi lo ardua que era la carrera, y lo interminable, entonces faltando un mes para terminar el secundario me decidí por estudiar Medicina. Al principio las especialidades que más me gustaban estaban entre traumatología, neurología, neurocirugía. Obstetricia jamás en la vida se me hubiera pasado por la cabeza, era algo tan ajeno a mí, no me interesaba. Hasta que cursé Obstetricia en el último

16. Jorge, tocoginecólogo, 61, Ingeniero Huergo.

17. Mariano, tocoginecólogo, 59, San Martín de los Andes.

año de la carrera, en sexto año, no sé si es porque me gustó la especialidad en sí, era una cursada breve, de seis semanas, si porque me trataron muy bien en el hospital donde la cursé o por ambas cosas. También puede ser por tener un muy buen docente, siempre hay buenos docentes pero había uno en particular que le gustaba mucho la docencia, incluso una vez que terminé de cursar pedí permiso para seguir asistiendo a las guardias en ese hospital, me aceptaron y bueno, cuando me recibí decidí que iba a hacer Obstetricia.

Como vimos, en los relatos sobre la elección de la carrera la inclinación hacia lo social está relacionada con militancias (social, política, religiosa) propias o de personas cercanas y, además, se comprende a la medicina como un derecho, especialmente asociado a la salud pública. Para algunxs solo bastó tener unx buen docente para elegir su especialidad, para otrxs, atravesar muchas dudas. Según las edades, también el contexto de retorno a la democracia es puesto en valor en la elección de la profesión. Mi querida amiga Carmen ya me contó sobre la importancia del contexto posdictadura para entender por qué su profesión es política. Estar para la otra o el otro, esa inclinación hacia el cuidado, la mitigación del dolor, forma parte del trabajo en la salud, podemos decir que es la columna ética de estas profesiones. Para muchas y muchos el solo hecho de trabajar en salud pública consituye una labor social y política, algunxs además tienen una militancia en organizaciones; ahí las dos actividades se entrelazan como en una trenza virtuosa.

Conocí a Miranda¹⁸ mucho antes de emprender esta aventura detectivesca. Es médica general en Senillosa y traba-

18. Miranda, médica generalista, 50, Senillosa.

jamos juntas algunos años. La invité a tomar una cerveza, en honor a la historia compartida, con ella podía cortar con la formalidad, y al fin darme el gusto de preguntarle cosas que nunca le había preguntado. Ella es una mujer muy misteriosa, llena de secretos.

—Toda mi carrera en la universidad fue acompañada de militancia en el peronismo en ese momento tan fuerte de la apertura democrática. Yo laburé toda la carrera y milité toda la carrera, todo junto, nunca estuvo separada una cosa de la otra. Y cuando llegó la cuestión de la especialidad, la medicina general era la que más se me acercaba en términos de que me juntara estas dos partes, que me permitiera tener una mirada integrada de la medicina y de la salud.

—¿Y en ese marco, qué suma trabajar en el sistema público?

—Mirá, yo en un momento renuncié al sistema, estuve seis meses en el privado, me costó horrores porque yo no sé ni cobrar. Esto de que la medicina es un derecho, en serio lo creo, entonces tener que cobrarle a alguien por algo... no, imposible para mí. Hoy no cambio por nada trabajar en el sistema público.

Hasta acá, si tuviera que resumir por qué lxs entrevistadxs estudiaron estas carreras ligadas a la salud, puedo decir que lo hacen o lo hacemos por una inclinación por lo social y lo político, el gusto por los procesos corporales, la visión idealizada de la carrera médica, lo vocacional desde la infancia y, por último, la importancia del mandato familiar.

En muchos relatos el recuerdo de un médico de familia aparece para dar cuenta de la elección de la carrera y, más que eso, condiciona el tipo de médicx que se quería ser: “ese médico de familia que nos conocía a todos”, como

dijo Carola, o “el pediatra que jugaba al fútbol”, según el relato de Francisco.

Por ejemplo, Vanina me contó que quiso ser médica para tener la misma profesión que su padre, a quien desde niña acompañaba en sus recorridas.

—Mi papá es médico, seguramente algo tuvo la culpa, siempre lo acompañaba a mi papá, su consultorio lo tenía al lado. La actividad que hacía mi papá no tiene nada que ver con la que hago yo ahora, iba a los campos, trabajaba en el hospital y también era médico de la Gendarmería, iba a los puestos, visitaba a la gente en el campo, hacía las visitas con el maletín y yo lo acompañaba, siempre me encantó. Yo nunca dije que iba a ser otra cosa que no sea médico, nunca tuve una disyuntiva de qué iba a ser en mi vida, eso no, siempre supe que era Medicina y me encantó.

Para Rodrigo¹⁹, en cambio, que su padre fuera médico lo alejaba de la medicina. Cuando piensa en su papá, piensa en la espalda de un Renault 4 *beige* yéndose: “mi viejo es médico, me crié sin mi viejo y entonces para mí la medicina no era una opción”, me cuenta. No se quiebra, todo lo que pasó después le permite contar la historia con gracia.

—Justamente a través de los cuenta-cuentos y de trabajar con los niños enfermos me encontré con la medicina. Así que terminé estudiando acá en la Universidad Nacional del Comahue. Mi abuelo también era médico, el tipo era conocido como “el loco Álvarez” en el ambiente. El tipo realmente era un pionero en un montón de cosas...

—¿Creés que eso influyó en tu relación con la profesión hoy?

—No había una cuestión de mandato, yo empecé a estudiar Historia y en mi casa me súper estimularon.

19. Rodrigo, médico generalista, 31, Neuquén.

Pero a la vez está la historia del sistema de salud público de Neuquén, con todas sus crisis y todas sus movidas. Yo tengo recuerdos de estar a los seis años a los abrazos en el hospital público, esta cuestión muy de identificación con el sistema, una cuestión de acompañar a mi viejo, y entender también un poco el rol social de un sistema público de salud bien armado, bien sostenido y bien intencionado, no un sistema que busca emparchar o de cuarta. Entonces, creo que tiene que ver un poco con esto, de acompañar al otro en una situación de mierda. Lo veía mucho con los chicos, digamos, cuando íbamos a la terapia intensiva, a la unidad de quemados.

—¿Y por qué Medicina General?

—En nuestra provincia puntualmente la medicina general tiene un poco de todo. Tenés la posibilidad de sentarte en un consultorio con un niño que acaba de nacer, con un niño que está desarrollándose, con un joven, con un adulto, con una embarazada, con un viejo, acompañarlo en el lecho de muerte, ya sea en el hospital o en su casa, atender el parto, atender la emergencia, acompañar a las personas en todas sus etapas vitales, y en las distintas circunstancias de cada etapa vital. Así que por eso terminé eligiendo la medicina general.

Como ya todo el mundo sabe, en ningún aspecto de la vida social, ni en la vida íntima, ni en la vida pública, es indistinto ser mujer. Hacia comienzos de los 40 las mujeres representaban el 13% de la matrícula universitaria; iniciados los 70, el 36%; y a finales de los 80 ese porcentaje llegaba al 47%. Los estudios fueron el refugio para aspirar a una movilidad social ascendente en medio de los cambios sociales, económicos y políticos. Hacia 1994 alrededor del 52,2% de la matrícula universitaria correspondía a muje-

res²⁰. La Medicina es históricamente una de las profesiones feminizadas, las primeras universitarias en la mayoría de los países del mundo fueron médicas. También la enfermería es practicada mayoritariamente por mujeres. En nuestra pesquisa, dos de los relatos mencionan la relación entre la elección de la carrera y ser mujeres.

Como enfermera soy detallista y cuidadosa, pero tengo el mal de la impuntualidad. Quedamos con Cecilia²¹ que iba a su casa después de la hora de la siesta y llegué a las 6, ella me estaba esperando desde las 3 de la tarde. No sé muy bien qué pasó, se me fue la cabeza, tardé el doble de lo que tardo siempre en hacer los 60 kilómetros de Zapala a Las Lajas. “¿Venís en patines?”, me escribió Cecilia a las 5 de la tarde, ahí apreté el acelerador. Cuando llegué me salió a buscar hasta el auto y se reía todo el tiempo. Rápido CV: tiene 48 años, vive en Las Lajas, estudió Medicina en La Plata en la década de los 90 y es médica generalista. Aunque parece bastante pícara, en la escuela era muy aplicada y desde siempre supo lo que quería ser, pero a la vez, reconoce, “siempre estaba haciendo alguna tarea social”, incluso militaba en el centro de estudiantes del bachillerato biológico que cursaba.

—¿Cómo es eso de que tu familia no quería que estudiaras medicina? —Algo así había contado en la Cátedra cuando se presentó.

—Mi familia me decía que no, porque no era una carrera para mujer. Me pedían que hiciera Letras o Abogacía como mi mamá, o algo así más... Y dije que no, que iba a hacer Medicina, y después no terminó el calvario para

20. Palermo, Alicia I., “La participación de las mujeres en la universidad”. En: *La Aljaba*, Segunda Época, vol. 3, 1998, pp. 94-110.

21. Cecilia, médica generalista, 48, Las Lajas.

ellos, no solo iba a hacer Medicina, sino que iba a hacer salud pública. ¿Te imaginás la cara de mi viejo?

Nos reímos.

En el segundo día de cursada de la Cátedra Libre, las docentes a cargo, Ruth Zurbriggen y Gabriela Luchetti, expusieron acerca del aborto como experiencia común y cotidiana de las mujeres, como procedimiento médico con bajo riesgo en comparación con el parto; también sobre la diferenciación entre abortos seguros e inseguros, el vínculo entre ilegalidad y estigmatización que recae sobre los abortos y sobre los prejuicios clasistas y racistas que existen entre lxs profesionales de salud a la hora de abordar esta temática. Ahí es cuando Cecilia levantó la mano y pidió la palabra. Dijo que así como hay prejuicios sobre los abortos, hay prejuicios sobre quiénes deben ejercer la medicina, contó que en su familia pusieron trabas para que ella estudiara esa carrera y que lxs médicxs son parte de la sociedad y que como tales “sufren” (dijo esta palabra, textual) los mismos prejuicios que el resto: racismo, sexismo, clasismo.

A Valeria le pasó igual: “me decían «no, sos mujer, mejor elegí otra profesión, porque el médico tiene que estar muchas horas y no te va a permitir formar una familia, mejor hacé farmacia, mejor hacé otra cosa»”, me contó después de clase en el café de la facultad.

Esa misma tarde habíamos trabajado en la “Cátedra sobre derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos” y sobre el tratamiento que los diarios dieron durante los debates en torno a la Ley 25673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del año 2004. También hubo una actividad grupal en la que trabajamos con un artículo periodístico que aborda la si-

tuación por la cual se elabora el fallo FAL²² en nuestro país. Valeria trabajó conmigo y fue de las más participativas.

—¿Vamos a trabajar sobre las mujeres que quedan mal psicológicamente? —preguntó en el grupo.

A mí se me ocurrió contestarle:

—La experiencia de abortar es particular, no se puede generalizar. No todos los abortos son traumáticos, aunque haya casos que sí lo sean.

Los prejuicios solo se desatan preguntando.

22. En su artículo 86, el Código Penal argentino (CPA) admite dos excepciones que permiten a las mujeres acceder a un aborto no punible (ANP): cuando están en riesgo la vida o la salud de la mujer y ese riesgo no puede evitarse por otros medios, o “si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente” (CPA. Libro II. Título I. Delitos contra las personas. Art. 86). En 2012, a raíz de las diversas interpretaciones que se desprendían de este artículo, la Corte Suprema de la Nación, mediante el fallo FAL s/ medida autosatisfactiva, precisó el alcance de los ANP. Estableció que no resultaban punibles las interrupciones de embarazos provenientes de toda clase de violaciones, que los casos de ANP no se supeditaban a trámites judiciales y que era necesario implementar protocolos hospitalarios para la atención concreta de los ANP. Para ello, en abril de 2015 entró en vigencia el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” (Protocolo ILE), que explicita claramente cuáles son las circunstancias que habilitan la interrupción legal del embarazo: causal salud y causal violación.

CAPÍTULO 2

HITOS EN LA BIOGRAFÍA PROFESIONAL

Una cosa es la teoría y otra la práctica. En las profesiones relacionadas con la salud la brecha es enorme; cuando empezás a trabajar con personas reales, en comunidades reales, en instituciones que tienen sus propias normas, sus historias, todo eso que aprendiste estudiando con la cara pegada al libro empieza a deformarse. En la historia de cada profesional hay hitos que funcionan como bisagras, momentos en la vida como trabajadorxs de la salud que son un clic a veces tímido, a veces tan destabilizador como un terremoto. Prejuicios que se desnaturalizan, eventos que marcan, máscaras que se caen. Para muchxs de nosotrxs, poner los pies en el barro, como se suele decir, es más que una metáfora. Empezar a trabajar nos provoca ampliar la mirada acerca de la realidad social. También para muchas y muchos implica la construcción de saberes que no venían dados por la formación universitaria, pero que en el nuevo contexto se vuelven imprescindibles. Por ejemplo, encontrarse con alguien que nos acerca al feminismo, a entender cómo funciona el poder dentro de los ámbitos de salud, y cómo funciona el poder patriarcal. Conocer a alguien que nos transmite saberes médicos no hegemónicos, como los usos de medicación para abortar, o sucumbir ante un golpe de realidad cuando alguna o algún médicx/residente quiere garantizar una interrupción legal del embarazo y una parte importante

de quienes toman decisiones en la institución no está de acuerdo.

Los hitos son marcas, son huellas de la historia que nos forman como profesionales, que nos hacen revisar nuestras prácticas, nuestras opiniones, nuestros saberes y el rol que ocupamos. Estas marcas a veces vienen de buenas experiencias, pero a veces son llagas que nunca cierran, por ejemplo haber presenciado un maltrato hacia una paciente o que un compañero dé aviso a la policía cuando una mujer venía con un aborto en curso.

Salimos a buscar relatos que funcionen como eventos parteaguas, ¿qué fue eso que te cambió la cabeza? ¿Qué pasó para que hoy hagas las cosas de tal manera y no de otra? Los hitos se guardan en la memoria como claves de lectura de la propia vida, y la emoción con la que se narran esos momentos expresa el sismo que significa en la vida intelectual y afectiva cambiar la forma de ver. Las expresiones que aparecieron en los relatos hablan del pasaje de un momento de ingenuidad a uno de conocimiento: “me metió en otro plano de cómo pensarme”; “me dejó marcada para toda la vida”; “me cambió totalmente la mirada”; “empecé a escuchar con atención”; “hice un quiebre en un momento”; “me fue cambiando totalmente la forma en que empecé a abordar las consultas”; “eso sí me marcó en esto de ser residente”; “me enfrenté a todo el hospital y ahí me marqué”; “esas cosas te marcan, te marcan mucho”; “se caen muchas máscaras que uno tiene”; “las situaciones trágicas siempre las recordás”; “para mí fue un antes y un después”; “las cosas malas por ahí son las que más te marcan para ir cambiando”; “te marca, te van dando la idea si lo tolerás o no lo tolerás”; “lo viví en el cuerpo”.

Las respuestas de nuestrxs entrevistadxs pueden organizarse en al menos cinco subapartados referidos a los hitos: a) relativos a la formación y a la vinculación con referentes formativos; b) propios de la vida en las instituciones de salud; c) experiencias de vida con efectos en la profesión; d) la elección de la medicina general; e) el cambio de lugar o de territorio. Los dos primeros reúnen la mayor cantidad de referencias en los relatos.

I) Relativos a la formación y a la vinculación con referentes formativos

Siete de los veintidós relatos dan cuenta de que un hito importante en su biografía profesional lo constituyeron algunos de los espacios de formación por los que transitaban, especialmente los referentes docentes con quienes se vincularon en algunos períodos, y la posibilidad de abrir la mirada acerca de la realidad social que ese vínculo docente posibilitó.

Pedro, que me había contado que para él la medicina general es contrahegemónica porque implica una comprensión holística del cuerpo y el entorno, conoció el feminismo durante su residencia. Ese es para él un gran hito:

—Me encontré con el feminismo, ahí entendí el patriarcado, entendí lo que era la cuestión de clases, me di cuenta de un montón de cosas por las cuales yo estaba atravesado y como que me abrió los ojos. Me llega por jefes y jefas de residentes, que tenían otra mirada.

Para Carola fue nodal conocer durante la residencia a su referente, quien le transmitió la capacidad para buscar y generar alternativas. Encontrarse con la medicina familiar eliminó algunas dudas, pero lo que finalmente terminó

de meterla de lleno en su profesión fue la residencia. El bar donde nos encontramos es un desfile de ambos verdes. Después de un rato de conversación Carola dice “me muero de hambre” y se pide un sándwich de jamón y queso. Le digo que creía que vivía a agua. Come su sándwich como una pajarita, le va sacando la corteza al pan, aprovechando las grietas que ya vienen del horno. Esa forma de comer le permite hablar sin tener la boca llena.

—¿Y cuáles son las cosas que más te marcaron para ser como sos ahora como médica?

—Cuando empecé la residencia, ahí fue cuando tuve la posibilidad de conocer a un montón de personas que me cambiaron la cabeza en todo sentido. Era trabajo en terreno, ahí yo dije: es esto y si la medicina no me lo permite, buscaré otra cosa y haré otra cosa, pero es así la forma en la que yo quiero trabajar. Ahí fue donde yo conocí a mi referente, que era mi tutor, creo que casi todo lo que hago ahora me lo transmitió y me lo enseñó él.

—¿Qué es lo que te enseñó?

—A encontrar siempre alternativas. Era una persona muy respetuosa. Con él fue que yo conocí, por ejemplo, a Católicas por el Derecho a Decidir, una de las primeras agrupaciones que trataba el tema del aborto en Córdoba.

Durante la cursada del segundo módulo de la Cátedra Libre —“El aborto y las luchas por la despenalización y la legislación”—, una de las docentes expuso sobre la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, su genealogía, quiénes son sus referentes, la importancia del Encuentro Nacional de Mujeres en el proceso de su conformación y los acuerdos existentes en esa articulación plural y federal. Una estudiante intervino para preguntar justamente por la organización que mencionó Carola. “¿Católicas por el Derecho a Decidir?, me suena

como una contradicción, más con el eslogan que implica educación sexual para decidir”. Como respuesta, la docente remarcó la importancia de esta organización por su aporte a la hora de elaborar argumentos despenalizadores y legalizadores, por los recursos que pone a disposición y por su aporte en la política de difusión. A su vez, porque representa una organización con una perspectiva crítica hacia las jerarquías eclesíásticas y su machismo.

Para Juliana, médica de familia en Bahía Blanca, también uno de sus profesores fue fundamental para orientar su experiencia hacia la satisfacción con lo que se hace o se va a hacer profesionalmente, “tenés que encontrar lo que te haga feliz”, le decía. Juliana fuma sin parar.

— ¿Fumás mucho?

— Mucho. Se les pide a los médicos que sean seres perfectos y que hagan en su vida privada lo que recomiendan a sus pacientes, y si no lo hacen, son incoherentes, contradictorios, malos médicos. Bueno, yo fumo.

Juliana fuma aunque llueva en el patio de la facultad. Pudo pasar del pensamiento más bien paternalista de “pobre gente que hay que salvarla” a una perspectiva de derechos: “a considerarlos ciudadanos con vulneración de derechos”, ¿pero cómo lo hizo?

— ¿En tu caso, cuándo es que se afianza el sentido que hoy tiene para vos el trabajo? ¿Cómo pasás de esa idea de médico de familia bonachón a tu trabajo comprometido socialmente de hoy?

— Bueno, primero quiero decir que no son cosas diferentes. Cuando empiezo Trabajo en Terreno, que es una de las disciplinas dentro de esta carrera, en que vamos a los barrios periféricos de la ciudad y empezamos a hacer salud comunitaria, mi primer profesor era médico de familia, y yo lo veía que era muy feliz y que lo que hacía es-

taba buenísimo, que era laburar con la gente en territorio y que estaba bárbaro y que se vinculaba y que le regalaban torta y que le decían “che, fulanito”... No había una lógica hegemónica desde el laburo, o siempre es hegemónica, pero no tan asimétrica, al menos.

—¿Y cómo repercute en vos eso que viste, qué te llevó a hacer?

—Y ahí me empiezo a encontrar con que me gustaría ser médica sin fronteras, y empiezo a idealizar la medicina sin fronteras —Juliana sonríe y dice “no” con la cabeza, ahora parece mucho más chica que los 34 años que tiene—, pero un profesor me dijo: “¿A vos te parece que está bueno irte a ejercer tu profesión a otro lado que no sea tu país, que fue el que te pagó tu formación, siendo que además acá hay muchísima medicina sin fronteras?”, y me convenció. Y ahí descubrí medicina familiar, en Bahía Blanca, y me inserté en el sistema público de salud.

—¿Y ahora sos feliz como tu primer profe?

—Sí, hasta él me gasta con eso: “Porque ahora sos feliz”, me dice por cualquier cosa.

Cecilia aprendió a usar medicación para interrumpir embarazos en la residencia. Es el hito que la marcó. Casi treinta años después se da cuenta de lo importante que fue.

—¿Me contás cómo es ese primer acercamiento a la práctica del aborto?

—Es uno de los momentos más importantes en mi vida profesional, fue hace muchos años, cuando hice mi pasaje por la especialidad de Ginecología en la universidad y conocí a la persona que estaba cargo de nuestra pasantía, que creo que era uno de los directores de maternidad provincial, en Buenos Aires. El tipo fue muy abierto, muy generoso en su saber. “La droga es leal”, nos decía, “la van

a aprender a usar, después va a ser más sencilla que usar la novalgina”, nos decía, y esas cosas te marcan, te marcan mucho.

—¿Qué te pasa a vos ahora, casi 30 años después y con tanta agua bajo el puente con ese recuerdo?

—Imaginate que ahora que se habla de aborto en todos lados, si mencionás el tema en la facultad tenés un ejército de conservadores juzgándote, denunciándote, no puedo pensar cómo sería antes. Entonces valoro muchísimo a ese profesor que tuvo el nivel de compromiso social para enseñarnos a toda una camada de médicos cómo se hacen abortos, que era nuestra responsabilidad y que era un derecho. Me emociona.

Nos emocionamos, la hija de Cecilia salía y entraba de cuadro, de la cocina al baño, a su habitación. Una piba de 15, con el pelo intervenido como si fuera un dibujito animado. Quizás una de las millones de chicas de la marea verde. No le pregunté eso.

—Tu familia te decía que Medicina no era una carrera para mujer. ¿Qué pensás ahora?

—Qué equivocados estaban. Necesitamos más mujeres en Medicina.

En el Alto Valle nos conocemos todxs, y más en el ámbito de la salud pública. Dentro del rubro hay personas que ya son personajes, que son como instituciones con patas, son profesionales que dejan marcas en muchas generaciones. Forman escuela, dejan su impronta en los haceres médicos. También en las entrevistas de este informe de La Revuelta, aparecieron mencionados como hitos en las vidas profesionales, especialmente en el momento de la formación como ginecólogxs.

Gabriela Luchetti, que es docente de la Cátedra, fue mencionada varias veces. Desde donde estamos char-

lando se ve que la Luchetti acomoda papeles en el escritorio. Cuando le pregunto quién lo influyó, Sergio¹ dice “Gabriela Luchetti, sin dudas”. Lo dice casi gritando, pero ella no se da cuenta.

— Cuando era rotante de la escuela de medicina, rotaba por acá y ya estaba Luchetti, que estaba con toda esta cuestión del cuidado del aborto, cuidado post aborto; entonces yo digo que uno lo mamó en la facultad, que es el mejor momento. Porque después romper con las estructuras es difícil.

— ¿O sea que para vos lo que aprendés durante la formación te sella a fuego?

— En mi caso sí, tuve suerte de cruzarme referentes como ella y ya me formé con una estructura así.

Cuando volvió Vanina el mate ya era intomable. Creí que ya era tarde y me iba a suspender la charla, pero se sentó con una actitud completamente diferente a la hiperquinesia de hace un rato, más pausada ¿o apagada? No pude entender si estaba agotada o satisfecha; no es lo mismo, aunque se parezcan mucho.

— ¿Qué es lo que te marcó durante la residencia?

— Sobre todo la gente más grande, que tenía otro tipo de relación con el sistema de salud, que estuvo siempre en el sistema de salud; en obstetricia la doctora Salazar o la doctora Ponce, que son personas que son muy obstétricas, de muchísimos partos hechos en su vida. Lo que te decían ellas pasaba, “esta paciente va a andar”, “esta paciente no va a andar”, y era así, son personas que tienen mucho compromiso con el sistema público, han trabajado muchísimo. Y en gineco Gabriela, que tiene un empuje que no lo ha tenido nadie. Marcelo también en

1. Sergio, tocoginecólogo, 41, Las Lajas.

la parte quirúrgica, son dos referentes que marcaron a generaciones enteras.

En la fila del *buffet* para pedir un café están Sergio, que trabaja en Las Lajas, y Fabián, de Esquel, dos pibes, para mí. Se despacharon con unos lamentos nostálgicos sobre el paso por la facultad. Para ellos ahí están todos los hitos fundacionales, todos los ritos de pasaje, en la facultad y en la residencia, momentos para aprender a trabajar en equipo y en que los vínculos entre compañerxs y con el paciente son los aprendizajes más importantes.

II) Propios de la vida en las instituciones de salud

Para Rodrigo, médico generalista de Neuquén, entrar al sistema público de salud, al hospital, implicaba entrar en una historia que lo trascendía, que lo ubicaba junto a su abuelo, pero también junto a muchísimos trabajadores que le ponen el cuerpo a la salud pública. Rodrigo me invitó a su casa a conversar. Vive en uno de los departamentos de los monoblock que están en el norte del centro neuquino, cerca de la universidad, desde hace más de 40 años. “Cuando construyeron este complejo era todo barda pelada, ahora esta parte es céntrica, casi cheta, cambia, todo cambia”, me dijo Rodrigo para romper el silencio del ascensor. Una de las paredes del living comedor está cubierta de punta a punta por una biblioteca donde se mezclan libros de medicina, de historia, de literatura infantil. En la otra pared hay un tapiz peruano y una puerta que da a la cocina, desde ahí dentro, mientras prepara un café, Rodrigo me contesta.

—¿Qué cosas vos sentís que te marcaron de la vida profesional?

—Cuando empezamos a ir al hospital. Sí. Sí, justamente eso. En el 2009 empecé a cursar Semiología, cuando empezás a ir directamente al hospital, hablás con gente, tocás a la gente, invadiendo su intimidad en esto de preguntarle, hacerle la historia clínica, de revisarlo.

—¿Y qué es lo que más te llamó la atención de eso?

—Le pregunté mientras le revisaba los libros.

—Esto de acompañar al otro en una situación de mierda, ¿viste? Lo veía mucho con los chicos. Pero ya trabajando en el hospital conocí el mundo de los adultos.

—O de las adultas.

—Sí, claro.

Francisco también se acuerda de la residencia como un hito, un momento en que se moldea con mayor facilidad la arcilla y cada cosa que sucede deja una marca. Él vive y trabaja en Fiske Menuco (General Roca) y está hace más de 10 años comprometido con el trabajo coordinado con el socorrismo. Rodeado de otrxs alumnxs de la Cátedra, Francisco me contesta la pregunta sobre los hitos. Por suerte ya me empiezan a reconocer, para muchxs soy un poco indiscreta, por no decir desubicada, por preguntar tanto, pero para otrxs es hasta divertido ser por un día los objetos de estudio y que cada experiencia quede registrada, al final lxs médicxs se la pasan preguntándoles a los demás qué sienten y nadie les pregunta a ellos.

—Francisco, ¿cuáles fueron los hitos en tu trayectoria, coincidís en que lo que pasa en la residencia se marca para siempre?

—En realidad, lo trascendental cuando uno hace una residencia es todo, porque todo es nuevo, te das cuenta de que lo que aprendiste en la universidad no es así, la teoría y la práctica son muy distintas.

— ¿Como que no estás preparado para la práctica cuando salís de la facultad?

— Sí, uno sale de la facultad con un modelo muy hegemónico de que el médico es una especie de persona omnipotente, porque es lo que te transmiten muchas veces los profesores, y después te das cuenta de que el trabajo funciona con lo interdisciplinario. Se caen muchas máscaras que uno tiene, que están en la teoría. Y la práctica funciona de otra manera.

Las historias relacionadas con el ejercicio de la profesión en las instituciones de salud refieren a tres órdenes de vivencias: aquellas que resultan enriquecedoras, las que podemos decir que son conmovedoras y también las que plantean tensiones. Estas significaciones están equilibradas en los relatos, no hay algún orden que sobresalga del resto.

Entre las experiencias enriquecedoras, está haber encontrado en el hospital un lugar para hacer docencia, como Miranda. Doy fe de que lo que dice es cierto porque, como ya conté, hace muchísimos años, casi en otra vida, fuimos compañeras de trabajo, ella como médica generalista y yo como enfermera. Cuando la dejé a Vanina en Plottier, me fui directo al barcito donde habíamos quedado con Miranda en Senillosa. Las localidades están muy cerquita; a medida que pasaba el tiempo, el alcohol fue haciendo lo suyo y Miranda se animó a contar más.

— Lo que más disfruto en la institución es hacer puentes con otros profesionales, sobre todo no médicos; como que voy mechando cuestiones. A mí ese lugar me enriquece mucho y fui aprendiendo a hacer docencia.

— ¿Ese puente es lo que a vos te marca a fuego para ser quien sos hoy como profesional?

— Sí, es el trabajo interdisciplinario, me parece que funciona como una estructura cooperativa donde todos apor-

tan y hacen que el colectivo se supere, mejore; en ese sentido estoy segura de que es una decisión política que tiene que ver con mi historia como militante, creo en que si hay articulación, hay posibilidad de transformar lo establecido, especialmente en beneficio de quienes están peor ubicados en el reparto tan desigual. Ahí me gusta hacer la diferencia, desde ese lugar siento que hago docencia en el hospital.

Así como se menciona el vínculo entre colegas, también entre las experiencias enriquecedoras aparece el aprendizaje acerca de cómo hacer un vínculo con lxs pacientes. Fabián contó en ronda que “en el vínculo que se hace ahí entre médico/paciente uno se va descubriendo. Esos momentos son bastante importantes para uno en una profesión”. Esta vez quien interrumpió a Fabián fue Sofía. “Te la debía”, le dijo. Y se metió en la charla:

—Para mí también fue fundamental vincularme con las pacientes desde la salud comunitaria, con mujeres en situación de violencia. En ese sentido es fundamental aprender a desnaturalizar miradas y entender la fortaleza de la residencia comunitaria interdisciplinaria.

—Ah pero ¿vos qué especialidad hiciste? —le preguntó Fabián.

—Estaba la opción de hacer Salud Familiar y Comunitaria. Ahí fue mi primera aproximación al trabajo con mujeres en grupos, o de acompañar a mujeres en situación de violencia de género. Creo que eso ya me empezó a cambiar mi manera de mirar el rol de la mujer, empezar a pensarlo al menos, antes estaba naturalizado.

—¿Y cómo es ese proceso de trabajar desde la salud comunitaria? —le retrucó Fabián, que parecía muy interesado en Sofía.

—Te cuento un ejemplo. Apenas me fui a trabajar a San Martín, a los tres meses, hubo una seguidilla de

suicidios. La residencia comunitaria interdisciplinaria fue una fortaleza muy importante, porque pudimos unir esfuerzos con las instituciones del pueblo y pensar en actividades comunitarias de contención para las familias y para toda la comunidad. Es tratar de prevenir, de acompañar los tiempos de la comunidad, no solo estar encerrados en la salita.

Las experiencias conmovedoras, por poner un nombre provisorio, refieren a esos momentos que son como un *shock*. Ya escuché muchas historias y es el momento para contar una de las mías.

Durante la primera semana de trabajo en la guardia llegó una chica de 19 años con una infección, ese fue mi primer aborto, un aborto séptico. Quedé marcada para toda la vida, porque yo venía de una formación religiosa, donde el aborto era mala palabra. Cuando pude entender las causas por las que esa mujer había realizado un aborto y en las condiciones que lo había hecho, me cambió totalmente la mirada. Toda esa estructura religiosa que yo tenía se fue al tacho. Por un lado, mi ética como enfermera me obligaba a darle los cuidados necesarios para que ella estabilizara su salud, pero por otro lado me encontraba frente a algo que nunca había visto: una persona que se había hecho un daño, que había desistido de continuar con el plan que la naturaleza y Dios tenían para ella. Pensé un segundo en eso, pero después, con solo escucharla, preguntarle sus motivos, ponerme en su lugar, esa tensión moral tan fuerte se disipó. ¿Y si lo que yo había aprendido en mi formación religiosa eran prejuicios que en la práctica médica funcionaban como obstáculos para que una mujer, esa mujer de 19 años en particular, accediera a su derecho a la salud? ¿Por qué yo estaba poniendo mis creencias por delante de sus deseos y necesidades? Ese

primer aborto que llegó a mis manos de forma imprevista me cambió la cabeza. Fue la comprobación empírica de que entre la teoría y la práctica hay un mundo y que ese mundo es la experiencia real de cada profesional, su sentido de la justicia, de la salud, su ética del cuidado.

Además de mi experiencia conmovedora, en un sentido muy amplio, en otras tres entrevistas surgieron este tipo de “conmociones”. Son de tocoginecólogos y aluden a complicaciones en las cirugías, en los partos y en los abortos.

Una de ellxs es Vanina:

—Lo que más te marca son algunas pacientes o complicaciones que te hayan surgido, siempre las cosas malas son las que más te marcan para ir cambiando. Por ahí algunas complicaciones importantes en cirugía te van dando la idea de si lo tolerás o no lo tolerás. El parto, que siempre uno tiene una idea idílica del parto — que me pasa a mí y le pasa a un montón de gente— no siempre es así, entonces ahí te vas dando cuenta de por qué los médicos después tememos el parto domiciliario, porque lo vemos siempre desde la parte de la complicación, siempre.

—¿Te han tocado muchos momentos complicados? — le pregunto mientras ella va a cambiar la yerba del mate.

—No sé si muchos, pero sí hubo momentos en que yo tuve que decidir por la paciente, porque por más que a la paciente yo le dé toda la información, si le tengo que decir que le tengo que sacar el útero, o que le tenemos que finalizar el embarazo, tenemos que hacer tal o cual intervención, medio que la paciente en parte me tiene que creer.

Jorge empezó a atender en 1980. Por su especialidad, tocoginecólogo, atendía exclusivamente mujeres. Tomamos un café una tarde antes de entrar a clase, en una confitería céntrica de Cipolletti.

—Han cambiado mucho las épocas, te doy un ejemplo. Orden del jefe de servicio de ese momento: cualquier mujer con pérdida, lo que sea, denuncia policial sí o sí, y si no, te cagaban a pedos.

—¿O sea que cualquier tipo de aborto se denunciaba en la Policía?

—“Sea o no sea un aborto... denuncie”, te decían, todo, todo iba a denuncia, realmente era un ámbito en que había mucha mortalidad por aborto, estoy hablando del año 80, 81, cuando no existía el misoprostol. Yo he visto pacientes gravemente infectadas perder su útero, perder la vida, tallo de perejil, alambres metidos, sondas metidas con un alambre, chicas de 14, 15 años.

—Y ahora ves que eso cambió, ¿no?

—El atender mujeres fue cambiando, yo he visto cosas que si yo te extrapolo frases... parteras viejas que decían “dale, empujá, hacé fuerza, dale, es tu hijo, estás matando a tu bebé, no cierres las piernas, no grites que lo perdés”, un montón de mentiras... Pero además mucho maltrato: “ahora gritás pero cuando te la estaban poniendo no gritabas”, yo lo he escuchado, las viejas parteras, matronas. Obvio que nunca se hablaba de lo que es la violencia obstétrica, ni la violencia de género, no existía ese lenguaje.

—¿Y vos qué hacías, denunciabas?

—Cuando ya tuve a cargo una guardia empecé a dejar de hacer denuncias, porque las mujeres no hablaban. Yo he visto chicas mal, infectadas hasta morir, no decir qué les habían puesto, por una cuestión quizás de lealtad con tal vez la única persona que las había ayudado, mal, pero la vecina del barrio la había ayudado, no era el lucro del abortero vil que iba la minita de Barrio Norte, pagado, con anestesia y todo. No hablar era proteger a la única persona que las había ayudado.

Me quedé sosteniéndome la cara un buen rato, mirando nada, no es que me haya sorprendido, muchas y

muchos de los que tenemos más de 50 vivimos situaciones similares. No me sorprende, pero no deja de conmovirme; más aún por la posibilidad hoy actualizada de que ese trato humillante contra las mujeres vuelva de la mano de profesionales de la salud que deciden no escuchar a la persona que tienen enfrente, ignorarla, hacer de cuenta que sus razones no valen.

Mariano me contó situaciones similares, el intercambio con él fue por mail.

Estimada Dra. Lila, en respuesta a su consulta en el último mail, respecto a situaciones que me hayan marcado durante mi carrera, te cuento algunas situaciones no muy agradables, y te adelanto el pedido de disculpas del caso, por el mal gusto que te haré sentir. En la residencia, hace exactamente 36 años, cuando llegaba una paciente con signos de habersele practicado un aborto en forma clandestina, uno de los protocolos del hospital (aparte de internarla, hacerle los antibióticos, el raspado, lo que hacía falta) era hacer la denuncia policial. La lógica era que había que cubrirse, porque si esa mujer llegaba a morirse nos decían que podíamos ser imputados los médicos del hospital por haber generado maniobras abortivas. Había que dejar claro que ella vino portando eso. Había que deshumanizarse, lo único importante era cuidarse la propia espalda.

Y entonces era lo que los recién ingresados hacíamos. Llamábamos a la policía. La pobre mujer además de pasar lo que estaba pasando sabía que afuera de la habitación había un policía, que se quedaba sentado en la puerta de la sala durante dos o tres días de consigna, hasta que se iba de alta, si es que la mujer se iba de alta y no tenía complicaciones, porque me ha tocado ver mujeres que murieron por aborto séptico. Felizmente, las muertes fueron pocas, pero que las vi, las vi.

Sé que lo que le estoy narrando no es novedoso para alguien como usted, que cuenta ya con experiencia, pero contárselo me hace recordar y creo que los detalles serán para usted de máxima utilidad, para su investigación.

Entonces se acercaba una persona del juzgado a tomar declaración a la mujer que estaba en una cama y, como suele decirse, la apretaban. El mecanismo era así, le decían: “Si vos batís quién es el abortero a vos no se te inicia ninguna causa”. Obviamente, la mujer jamás decía nada, tampoco iba en cana, pero sí era una situación violenta. Una situación muy violenta en ese momento para ella y en muy menor medida para nosotros, incluso ahora, con tanto tiempo transcurrido, le confieso que me sigue dando escalofríos.

Dejo hasta aquí esta respuesta, aguardo su próxima comunicación,

*Cariños,
Mariano*

Este mail me dejó seca, parca, dura. ¿Hay una relación entre la reprobación judicial de la acción y la reprobación médica? ¿Qué vino primero, el huevo o la gallina? ¿No será que hay otros discursos, saberes, poderes influyendo sobre estos juicios sobre el aborto? Los médicos temen, temen a sus superiores, les temen a las leyes que desconocen, incluso algunxs le temen a Dios. ¿Es por eso que rechazan la práctica? Aunque se realice la denuncia, las mujeres no son perseguidas penalmente, ¿entonces por qué denunciar? Para prevenir posibles demandas judiciales a la institución, sí, pero no solamente, también para disciplinar a lxs profesionales de la salud acerca de lo permitido y lo no permitido. Miedo otra vez, el resultado es el maltrato y la obstaculización del derecho a la salud.

Las investigadoras de La Revuelta nombraron como “tensionantes” a otro grupo de experiencias relatadas por lxs

entrevistadxs. Una de las más relevantes para el tema de este estudio es la experiencia que se transita cuando algunx médicx/residente quiere garantizar una ILE y una parte importante de quienes toman decisiones en la institución no está de acuerdo. Esto plantea interrogantes como “hasta dónde uno puede hacer, cuánto dependés del médico de planta”, como se pregunta Ariana.

Las instituciones tienen un conjunto de reglas que para quienes están afuera son prácticamente invisibles. Y de hecho muchas veces lo son, están escritas en una nota al pie, en un artículo que nadie leyó, o en ningún lado, y se transmiten de generación en generación como si fuera el orden natural de las cosas. Esos ordenamientos a veces son útiles y otras veces entorpecen.

Durante el tercer módulo de la Cátedra Libre, que llamaron “El aborto como práctica de salud I”, una de las docentes comenzó su exposición con la premisa de que existen por parte de las y los especialistas en ginecología pocos saberes sobre la práctica del aborto. El interrogante aparecía, dijo, en si es que se sabe poco por una cuestión formativa o si existe poco interés en saber respecto del tema. De ser legalizada la práctica, sostuvo la docente —que aún no sabía que al menos en 2018 eso no iba a suceder—, probablemente sea garantizada en el sistema público de salud por parte de médicas y médicos generalistas y no por ginecólogxs. Esta primera argumentación resulta significativa. Hay, se palpita, una tensión presente entre médicas y médicos generalistas (que garantizan en la actualidad o garantizarían la práctica en un marco de legalidad) en relación con la decisión de no garantizar por parte del equipo de ginecología. Esa misma tarde, Carola y Rodrigo, una médica y un médico generalista, contaron la situación del Centro de Salud de Cipolletti. Ambos

profesionales sostuvieron como un obstáculo institucional vigente el hecho de que todo el equipo de ginecología del hospital de Cipolletti se haya declarado objetor de conciencia y, a su vez, que las mujeres que llegan para las interrupciones legales se comuniquen en primer lugar con la Colectiva Feminista La Revuelta.

Yo misma expuse también ese día en la Cátedra; les conté que en mi formación como enfermera hubo un abordaje de la temática del aborto, y que sin embargo mis prácticas a lo largo de mi carrera se encontraron muchas veces subordinadas a médicas que no eran ni son garantes de derechos. Y que a su vez el estigma sobre quienes garantizan la práctica continúa vigente, como también las limitaciones con respecto al uso de la medicación.

Me gusta hablar en público, debería hacerlo más seguido.

La experiencia de Ariana es otro ejemplo claro de este tipo de situaciones tensionantes. En nuestra charla de micro, después del Módulo III, ella me contó un poco más de su historia. Llegó a Neuquén a hacer su residencia después de conocer el sistema de salud de otras provincias y se quedó en Zapala, formó una familia.

—Ariana, ¿cómo es la situación que contaste en el taller, esos casos que te dejaron marcada?

Ya se había ido la claridad en la ruta 22. Nos quedamos charlando en penumbras del colectivo.

—Siempre hay casos que te marcan un poco más y te alejan o te acercan de lo que querés hacer. Tuve una situación, ahora en febrero, con dos hermanas, que fue muy fuerte para mí; creo que eso sí me marcó en esto de ser residente. Se me manifestó muy claramente hasta dónde uno puede hacer, cuánto dependés del médico de planta. Dos hermanas llegaron y pidieron ILE, y fue para mí muy

movilizante. Me enfrenté a todo el hospital, realmente. Con esta situación me marqué, me puse en otra postura... Para mí fue un crecimiento personal y profesional muy grande, otra gente me dice “cómo te paraste”, porque yo soy muy insegura en muchas cosas, y me dicen “te paraste”.

—¿Y esa marca finalmente tiene un gusto a satisfacción?

—Sí, porque involucró lograr justicia. Es una cosa que siento que me marcó mucho, ahora en estos tres años de residencia.

Con ciertas similitudes, Valeria, médica de familia de Bahía Blanca, expuso el maltrato que presenció por parte de una ginecóloga a una mujer que pidió información para interrumpir un embarazo: “Me sentí mal por no haber reaccionado delante de la chica, no defenderla”, me dijo hinchada de rabia en el barcito de la facultad.

—Cuando Ariana contó en la Cátedra la situación tensionante que vivió hace poquito, vos insistías levantando la mano, pero al final no compartiste lo que querías decir. ¿Querés contarlo?

—Sí. Nosotros tenemos rotaciones, ¿viste? Yo tuve una rotación en una unidad sanitaria donde íbamos con una ginecóloga a hacer atención. De pronto llegó una chica que quería información sobre cómo se podía interrumpir un embarazo. La ginecóloga le empezó a decir “vos no sos idiota ni te violaron, ya tenés un hijo así que te doy un arma y matá al hijo que tenés ahora”.

Valeria se quedó un rato mirando el saquito de té flotar en el vaso de telgopor. Me salió acariciarle el hombro, ella no levantó la vista y siguió hablando.

—Me sentí mal por no haber reaccionado delante de la chica, no defenderla, pero era como que estaba... nada, helada, no podía creer la situación.

—¿No le dijiste nada a la ginecóloga?

—Después, sí. Le dije “¿qué vas a hacer si mañana esta chica aparece muerta?”. Ella me contestó: “No, no, vas a ver que va a venir y va a seguir con el embarazo”.

Valeria usó esta situación como disparadora para un trabajo en la facultad cuando todavía estudiaba, una monografía que recababa información sobre cómo se hacían abortos en la antigüedad. Es la única materia en la que se sacó una nota baja. “Todos los docentes que tenía se decían objetores de conciencia aunque no habían firmado la objeción de conciencia. Pese a que en la monografía el docente de mi curso me puso un 10 y que hasta me la pidió, en la materia me puso un 5 y esa es la única materia en que tengo esa nota”.

—¿Pero te quejaste de la nota, hiciste algo?

—Yo le dije que si ese 5 significaba que yo no iba a ser como ellos, me sentía halagada.

Al fin Valeria saca la mirada del vaso y levanta la cabeza.

Otra tensión que aparece tiene que ver con el maltrato dentro de la institución entre compañeros y compañeras. Visto de afuera, sin estar involucrada, se supone que dentro de un grupo de trabajo hay equilibrio entre las partes, armonía, pero cualquiera que mira en su entorno puede darse cuenta de que no es así. Las instituciones de salud no tienen por qué ser la excepción. Hay conflictos y hay violencia. Sergio recuerda situaciones en su residencia en Las Lajas, que identifica como naturalizadas: “En la residencia las mujeres recibían maltrato y acoso por parte de otras mujeres sobre todo, por cuestiones de poder, de verticalidad, de otras cuestiones así. Y, por otro lado, sí me parece que para nosotros, los hombres, fue todo más fácil”.

III) Experiencias de vida con efectos en la profesión

Mi primer hijo fue un bebé prematuro de muy bajo peso, pesaba 1,1 kg. y nació con 31 semanas. Me sentí acorralada: o era enfermera o era madre. En ese momento tuve que elegir, y elegí ser madre, pero me costaba dejar el lugar de enfermera, porque me quería meter en todo. Haber pasado por eso cambió mi forma de vincularme con otros bebés y con otras madres.

Hay momentos personales que cambian la vida, son hitos que producen desplazamientos, fichas de dominó que caen y producen avalanchas. En mi caso, la maternidad fue una de esas fichas.

Carola también vivió la maternidad como desencadenante de otros procesos que tuvieron mucha repercusión en su trabajo como profesional de la salud.

—Cuando nació mi hija yo ya era grande y tenía otra cabeza. Pero con mi primer hijo ya fue como un hito, me cambió muchas cosas en mi práctica como médica, cuando tuve el segundo todavía más, y cuando tuve el tercero ni hablar. Me fue cambiando totalmente la forma en que empecé a abordar las consultas y el acompañamiento de mis pacientes.

La maternidad es a veces traída a colación como si fuera un paraguas moral. La maternidad santifica, regula moralmente a aquellas desviadas, la maternidad es como una brújula que señala siempre hacia un norte de amor, cuidados y comprensión. No. La gestación para algunos profesionales de la salud puede ser un vehículo para comprender la situación de otras personas gestantes, pero también puede ser el medio para comprender por qué alguien puede no querer ser madre. Eso mismo me sugirió Carola entre mate y mate, sentada como yogui en el césped seco de la facultad.

—El día que fui madre pude entender un montón de cosas, de sensaciones que yo acompañaba y describía... pero que me cambiaron el día que yo fui madre. Me cambiaron porque había sentido en mi propio cuerpo lo que era una contracción... eso, porque lo viví en el cuerpo. O sea, también podía vivir la sensación de tener un embarazo no deseado, de hecho la tuve, la tuve dos veces en mi vida, supe lo que es querer abortar... ¿entendés?

—Sí, entiendo. La maternidad no te alejó del aborto, sino que te acercó.

—Exacto, acordate de que para mí lo más fuerte para decidirme a ser tocoginecóloga fue presenciar un parto... me parece un momento mágico, me emociona muchísimo, pero una cosa no quita la otra, cuando no se puede o no se quiere, eso está sobre todo.

IV) La elección de la medicina general

Tres de nuestros cobayos consideraron que el principal hito en sus carreras es haber elegido Medicina General como especialidad.

Pedro, médico generalista, 37, Neuquén: "... el hito más importante para mí fue haber elegido la medicina general, porque eso me metió en otro plano de cómo pensarme como médico, del barrio en el que trabajaba...".

Carola, médica generalista, 40, Neuquén: "... en la facultad lo que me pasó fue que hice un quiebre en un momento, en el cual yo veía que era todo muy científico, muy libro, muy nada de..., cero contacto con pacientes, con personas, ahí tuve como un momento que dije: *no, esto no va para el lado que yo quiero*, y me puse como a buscar alguna alternativa, y lo que encontré fue un grupo del Rotary que viajaba al interior del país a hacer campañas de atención de salud gratuitas y que pasaban una semana

entera en zonas rurales atendiendo pacientes. Entonces ahí fue de vuelta como la esperanza”.

Ariana, médica generalista, 30, Zapala: “Jujuy es una provincia donde el sistema de salud está muy poco desarrollado y el peso más grande quizás lo tienen los agentes sanitarios, y yo estuve mucho tiempo ahí. Ellos hacen tarea de campo, de ir casa por casa, de no esperar que la gente venga a ellos, porque realmente la gente no tiene forma de llegar. Estaba estudiando medicina, pero me encantó lo que ellos hacían, así que creo que gracias a los agentes sanitarios es que quise hacer medicina general. En Córdoba me gustó la movida del lugar chico, de que todos se conocen, de saber quién es cada persona, cuál es su familia, como que ahí me fui dando cuenta de que no me gustaban las ciudades grandes, que me gusta el vínculo y no solo la persona aislada, sino todo su círculo, el entorno. Hoy me estoy yendo de Zapala donde hice la residencia y cada vez me voy metiendo en lugares más chicos, como que me voy alejando un poco. A mí me encanta, podés relacionarte con la gente de otra manera en los lugares más chicos”.

V) Cambio de lugar, de territorio

El territorio es uno de los grandes condicionantes que definen el vínculo con la profesión y con las prácticas de salud. El espacio no da igual, porque cada territorio supone una comunidad distinta, otras normas sociales, nuevos imaginarios, un clima institucional particular, incluso otra predisposición afectiva en cada profesional.

Para Ariana cambiar de territorio y elegir la medicina fueron de la mano, como nos contó más arriba. En muchas experiencias, mudar de localidad y de lugar de trabajo permitió un cambio en la perspectiva sobre el trabajo con la salud. Es muy obvio, si una lo piensa un poco: no es lo

mismo atender en un consultorio en una ciudad capital que en una unidad rural, no es lo mismo en Jujuy que en el Conurbano bonaerense, no es lo mismo, las personas son diferentes, las instituciones se manejan con otras normas implícitas o explícitas, incluso las legislaciones son diferentes, y también cómo se predispone cada una en cada territorio.

Cuando me fui a vivir a Chos Malal yo venía de trabajar en un hospital de alta complejidad tecnológica, como era el Interzonal de Bahía Blanca. Y me fui a vivir al campo. Chos Malal no es lo mismo ahora que hace veintipico de años atrás, cuando íbamos a buscar a las personas. Había que meterse en el barro, escuchar las historias y toda esa teoría que una había aprendido la tenía que ir desandando, deconstruyendo.

Carolina también vivió como un hito el traslado; cuando terminó su especialidad en Tocoginecología le ofrecieron empezar a trabajar en una clínica en el Conurbano bonaerense. Ese salto la marcó.

—Había mucha paciente oncológica, entonces empecé a operar pacientes con cáncer de mama, sola, con médicos que no tenían mucha experiencia. Esa fue como la primera vez que dije “chau mirá lo que estoy haciendo acá...”.

—¿Y en El Bolsón después fue muy diferente?

—Primero llegar a Río Negro fue como... sí, un cambio súper grande, porque tuve que aprender otra manera de practicar y de vivir la medicina. Pude vivir por primera vez la atención primaria de la salud y eso fue algo resplandeciente también, como un paradigma resplandeciente del súper hospital de máxima complejidad. De ese megahospital, pasar a una salita del barrio X, eso fue un aprendizaje resplandeciente grande para mí.

—Te súper entiendo, en mi caso el gran hito fue cuando entré a trabajar a un centro de salud chico, en un barrio periférico. Decidí dejar el hospital moderno, gigante y prestigioso por el tipo de organización que era, que era muy rígida, muy estricta. No podía vivir así, no podía respirar, entonces pedí un centro de salud, desconociendo totalmente los centros de salud, y me vine y dije: mi lugar en el mundo es este.

CAPÍTULO 3

LAS PRÁCTICAS DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD

—¿Sabés qué pasa, Lila? El sistema no garantiza el derecho a interrumpir un embarazo, lo garantizamos los profesionales de manera individual y a voluntad.

—¿Y de qué depende que se haga o no se haga?

Juliana tiró el cigarrillo al pasto mojado. Se encogió de hombros y me pareció que en ese gesto decía: si lo supiera sería como encontrar una llave mágica, santo remedio, nadie lo sabe. Tiró el último humo y me dijo:

—Supongo que para averiguar eso estás trabajando.

Llegamos al sistema de salud público con una marca de origen, elegimos nuestras carreras por intereses científicos y sociales. El sistema de salud en Neuquén y Río Negro funciona como una red regional de establecimientos con distintos grados de complejidad que facilita la materialización de ese interés en el trabajo social y comunitario, en territorio. En ese cruce entre experiencia individual y la estructura institucional se producen choques, reacomodamientos, se tuercen algunas ideas, se aprende y desaprende. Como vimos, si bien cada efector o efectora de salud es un mundo, hay regularidad, conflictos que se reiteran, situaciones casi calcadas, hábitos que repetimos como mantras. Y en el medio de los movimientos centrífugos y

centrípetos de lxs profesionales, las instituciones, la sociedad, las leyes ¡y tantos factores más!, aparecen los abortos.

Y cuando aparecen los abortos, aparecen las socorristas. El nexo entre efectorxs de salud y socorristas lo producen las personas que irrumpen con el aborto y trastocan la cotidianidad de los centros de salud u hospitales, ya sea porque llegan con abortos inducidos o porque dan señas de una gestación no deseada o por la demanda del derecho. La realidad del aborto y las vivencias de esas personas son las que tironearon y tironean aún hoy de las prácticas y llevan a algunxs efectores de salud a preguntarse cómo dar respuesta y dentro de qué marco de legalidad.

I La marca del territorio

Dice el informe de La Revuelta: *La propuesta del apartado I es rastrear aspectos fundantes de las prácticas médicas, el “cómo” de ese hacer en territorio, a fin de encontrar hilos de conexión con los modos que con posterioridad adoptarán los acompañamientos de ILE. Como veremos, sus críticas al sistema son parte de ello.*

Zoom al lugar de trabajo, entramos a la salita de atención primaria; si fuera una película sería un largo plano secuencia con la cámara en mano, como en una de esas series desprolijas, y veríamos las manos de alguien que manipula una jeringa, la mirada de una paciente, los pies de un médico que corren, alguien que vuelca un mate cosido sobre papeles, carteles raídos pegados sobre las paredes, lloriqueos, un abrazo. La realidad está excedida de marcas de un saber hacer que desde afuera es incomprensible.

Hace 12 años que decidí trabajar en un centro de salud zonal; es muy diferente el trabajo en un hospital que el trabajo en un centro de salud. En los hospitales grandes atendes a tu paciente y se produce una despersonalización, no

es ya tu paciente “fulanito”, es “la colecistitis de la 226”, ni siquiera tiene nombre y apellido. En cambio, en el centro de salud es “doña Leontina que vive en la manzana 15, que tiene a su hija Leonor y a su hija Fabiola”. En los lugares más pequeños todo tiene nombre y apellido, y tu compañerx sí o sí es necesarix para el trabajo, no podés trabajar si no está tu compañero o tu compañera al lado. Se trabaja más en equipo, más en terreno, hay un involucramiento con la gente del barrio, y conocés hasta a los perros. Ya después les conocés los nombres hasta a los perros.

En estos días hablé con veintiún efectorxs de salud, al menos siete se detuvieron en una caracterización pormenorizada de la atención y acompañamiento en contexto, propios del laboreo cotidiano que se realiza en los centros de salud.

Carola, que terminó de afirmar su deseo de ser médica cuando conoció un grupo de profesionales que recorría diversos pueblos haciendo atención primaria, me contó de su experiencia en trabajo comunitario.

—¿Cómo se resuelve en tu trabajo diario el deseo de trabajar de forma comunitaria? —le pregunté cuando ella ya iba terminando su almuerzo.

—Elegí esta profesión, hice esta especialidad para trabajar en la comunidad. Dentro del hospital el trabajo es diferente, el paciente no tiene la posibilidad del seguimiento longitudinal que nosotros tenemos. A mí lo que me gusta es esto, el contacto con la familia, poder ir trabajando en la comunidad donde ellos viven, para ir como modificando cuestiones que nos parece que es importante que vayan trabajando.

—¿Y por qué me citaste en un café frente al hospital?

—¡Vos me citaste frente al hospital!

El modo de relación longitudinal, del que habló Carola, está asociado a la idea de que el encuentro con la persona

que requiere del servicio dispara nuevos reencuentros, que se avanza en una relación con el entorno familiar y el contexto de vida de las personas de la comunidad y así con una lógica de bola de nieve.

A Valeria le hice una pregunta muy parecida por Skype. Qué tiene la atención primaria que ofrecerle a una profesional como ella. Me contestó desde Bahía, yo en Zapala.

—En la unidad sanitaria lo que tiene es que uno maneja la misma población, entonces te da una capacidad de hacer un seguimiento longitudinal y territorial además del individual de la persona que viene a consultar por algo puntual, entonces te permite revisar problemas con la comunidad, trabajar en generar vínculos con las escuelas, la iglesia, o no sé, hay veces que te vinculás con el club de fútbol, la murga, nosotros somos una red barrial.

Me quedé pensando: es decir que la posibilidad del seguimiento longitudinal está condicionada por el carácter permanente de la población y del espacio. Voy a ordenar algunas características de este tipo de relación:

- a) se aparta de la inmediatez para posicionarse a largo plazo;
- b) a lo largo del tiempo se construye un vínculo de confianza y respeto;
- c) todas y todos tienen nombre y apellido; y
- d) facilita articulaciones con instituciones barriales y otras/os actores sociales.

El relato de Carola limita y sitúa en los centros de salud la posibilidad de acompañar, algo que no ve factible en los hospitales. Coincido con ella: en los centros de salud no hay lugar para la despersonalización, tampoco para el trabajo individual, lxs compañerxs y el trabajo interdisciplinario se vuelven indispensables al momento de pensarse, presentarse y accionar con la comunidad.

—Carola, ¿cómo te llevás con ese vínculo tan cercano con las y los pacientes?

—Por ahí reniego con algunos pacientes y se matan de risa, pero los conozco tanto, les conozco las caras, me dicen el apellido y “ah... vos sos la hija, la hermana, la sobrina de”, esa cosa así familiar a mí me encanta. Salir a la calle y que vos vayas caminando y saludando y que te paren... “Doctora, ¿un matecito?”, y que te pares un ratito a tomar un mate y que sigas hasta el fondo del barrio, esa cosa así familiar es lo que siempre busqué.

Otra de las virtudes de la atención primaria en centros de salud la trae una tocoginecóloga, Vanina.

—Creo que si uno trabajara más fuerte en la atención primaria de la salud, evitaría muchas cosas de quirófano y de alta complejidad. En la Argentina no lo tenemos tan claro, pero el mundo sí lo tiene.

Quizás la clave o la llave mágica —como me dijo Juliana— para empatizar con lxs pacientes que buscan interrumpir un embarazo sea el seguimiento personalizado, que posibilita un conocimiento integral, profundo y cercano de las y los sujetos con quienes lxs efectores de salud nos vinculamos. En este contexto, la escucha y el contacto corporal son estrategias de abordaje integral de la salud: a veces agarrar la mano es el único procedimiento, esos afectos y los vínculos que se tejen en el cotidiano forman parte de nuestras estrategias para garantizar la salud. Ya lo dijo Valeria: los médicos de familia son como los *hippies* de la medicina.

—Yo en el hospital no, no me hallo —me dijo Pedro en el intervalo de una de las clases de la Cátedra—, no, me parece un lugar frío, distante, horrible, no.

Yo no podía dejar la cabeza quieta, que parecía ya la de un perrito que se mueve por el balanceo del auto, de tanto asentir.

—No me gusta. Y aparte la atención primaria está en los centros de salud, y es para lo que yo me formé, yo en el hospital no, hago agua, seguro haya gente que lo puede hacer mucho mejor.

Santiago¹ es médico generalista en San Martín de los Andes. Cuando viajé a San Martín lo llamé para tomar un café.

—Tuve una jefa que me decía todo el tiempo: “Sacate la mirada del ombligo, mirá, abrí la puerta del consultorio”. Nos cacheteaba un poco con eso.

—¿Y podés hacer eso hoy donde trabajás?

—Tengo la suerte de trabajar en una salita en la que intentamos que circule la palabra y que haya una transparencia activa también en la toma de decisiones. La idea es que las decisiones se toman en conjunto y, creemos, en paridad. Siempre igual está instituido que... todavía, que la palabra que viene del sector médico tiene más peso.

—¿Creés que las y los médicos imponemos prácticas a lxs pacientes?

—No diría que imponemos, pero hay un paternalismo donde la gente ha perdido capacidad de decisión, una de las tareas que tenemos por delante es poder contribuir a que la gente se vuelva a empoderar, no solamente en sus derechos, sino en su capacidad de autocuidado.

A veces da vértigo trabajar en salud. Carola me contó del caudal “vertiginoso” de trabajo que tienen en el centro de salud donde ella trabaja, “es uno de los centros de salud

1. Santiago, médico generalista, 36 años, San Martín de los Andes.

que más horas está abierto, es el que más gente atiende por día, y recién dejamos de atender cuando cerramos la puerta y nos vamos, porque si dejamos abierto sigue entrando gente, entonces no cualquiera quiere venir a trabajar acá". El vértigo para muchas o muchos puede ser expulsivo, para otras puede ser una correa de transmisión con la forma de vida de los miembros de esas comunidades, una continuidad con otros vértigos de la vida social, con el apremio económico y afectivo, por ejemplo.

El vértigo también es síntoma de la situación del sistema de salud público. Tres de mis colegas informantes articularon sus relatos como denuncias. Dos refieren al deterioro progresivo del sistema de salud en los últimos años y a los efectos tanto en la accesibilidad de las personas al sistema, como en las prácticas cotidianas al momento de sostener un acompañamiento, porque no hay recursos disponibles.

A Carmen no se lo contaron, ella vivió el devenir del sistema de salud, fue acompañando cada etapa desde la posdictadura hasta hoy, por eso cuando habla se emociona.

—Siento dolor de ver el deterioro de lo que ha sido el sistema de salud en estos últimos quince años. Eso es lo que más me da tristeza, digamos, de lo que pasa, en el trabajo, en lo cotidiano.

—Es muy triste. Me pasa lo mismo. ¿Te da impotencia?

—Muchas veces llega el pedido de ayuda y después cuesta sostenerlo. A veces por cuestiones propias del que pide ayuda, otras porque no siempre están todos los recursos en salud.

—¿Cómo es eso?

—Hemos tenido chicos que empezaron con esfuerzo a hacer un tratamiento médico y un acompañamiento psi-

cosocial. Vos vas fortaleciendo su autoestima y valorando sus logros, pero después él algo tiene que echar a la olla para comer y por ahí no vuelve.

“La accesibilidad está dificultada en el sistema de salud, no es fácil acceder a un turno ni a la salita ni al hospital, hay pocos turnos disponibles, hay poco rango horario de atención en los centros de salud, coinciden los rangos de atención de la salita con el horario de trabajo de la gente”, dijo Sofía con mucha vehemencia cuando estábamos en ronda en un recreo. Alrededor estaban Fabián, Carola y Santiago, que esperó a que Sofía terminara y alzó la mano.

—Además, los trabajadores de la salud en general estamos muy descuidados en líneas generales, no tenemos red de apoyo y red de soporte, y eso hace que necesariamente uno no pueda abrirse emocionalmente con la gente con la que labura...

—Además a eso hay que sumarle la desigualdad de género.

La que interrumpió es Carola. Y siguió:

—En este sistema, que es súper hegemónico, súper patriarcal, el médico sobre un varón tiene poder, pero el médico sobre la mujer tiene más poder todavía.

Marcela se unió a la ronda. Ella es trabajadora social, de Junín de los Andes.

—Como trabajadora social, puedo decir que hay un saber escatimado. Hoy las miramos a las chicas y decimos “pucha, tenemos que pagar una doula o una acompañante para parir”. Estamos pagando para que nos acompañen cuando por años y años en la historia de la humanidad transitamos que las mujeres nos acompañábamos a las mujeres en esto, ¡hoy lo pagamos!, pagamos que nos acompañen, y esto lo rompió el sistema público de salud de la provincia de Neuquén. Yo hablo desde mis 53 años. Un parto domi-

ciliario es terrible, es real que cuando se pensó sobre esto es porque muchísimos niños y madres morían... pero no fuimos a mirar cómo hacer para que eso no sucediese, fuimos por todo, a secuestrarlo, y ¿qué fue lo que rompimos?, rompimos lo único que nos hace humanos, que es ese vínculo con otro, con otro que nos acompaña.

El grupo se dispersó y volvimos al aula. Quedamos con bronca y tristeza en partes iguales. ¿Cómo pasó esto? ¿Qué podemos hacer para reinventar el vínculo con la salud comunitaria, especialmente la salud reproductiva? Como decía mi tía: primero ordenar, después decidir qué tirar.

II El sexismo en el sistema de salud

Dice el Informe de La Revuelta: *El apartado II recupera el lugar de centralidad que varias/os efectores de salud le dan a la consideración de que el sistema de salud está pensado para madres y niñas/os, con las consecuencias que ello trae aparejado en especial para las mujeres, al tiempo que alerta acerca de los sentidos que impregnan las prácticas de salud y que requieren ser deconstruidos.*

Aunque nos cueste admitirlo, somos hijas, hijos e hijes de una estructura y de una época, no podemos sacarnos todos los prejuicios de golpe por más que queramos, el contexto nos condiciona tanto que muchas veces terminamos repitiendo prácticas sexistas, racistas, capacitistas, heteronormativas y clasistas. Habitamos una contradicción, vivimos en un tironeo. “Las mujeres que esperamos son las mujeres que vienen felices a parir”, reconoció Marcela en la entrevista. Aceptar que existen estructuras heredadas es un gran paso para desandarlas. El sistema de salud está pensado para madres y niñxs, ¿por qué esa centralidad? ¿Qué implica esto para todas las personas que no son ma-

dres ni niñas o niños (siempre binario)? ¿Y para las que sí son madres? ¿Y las que gestan pero no son mujeres?

Hay una matriz patriarcal sobre la que se piensa, estructura y proyecta el sistema de salud y que ha instaurado modos de hacer y de ser. Pero así como estos modos se fortalecen y naturalizan, aparecen relatos que expresan incomodidad con este orden tan cerrado. Nos molesta, queremos desmontar esos sentidos.

Entre las y los entrevistados hay una coincidencia generalizada en que el sistema está pensado y preparado para mujeres y niñas/os, pero algunos relatos permiten avanzar en deconstruir y complejizar esa aseveración inicial en los siguientes términos:

a) El sistema está armado para madres y niñas

El cuidado está focalizado en la consideración de las mujeres, especialmente, como “órganos reproductivos”. Si esto es así: ¿qué pasa con las vivencias, sufrimientos, placeres de esos cuerpos?

Una mujer entra a la sala. Dice dos o tres palabras y la pregunta que siempre le hacemos es “¿Cómo te estás cuidando?”. La palabra *cuidado* arrastra un mundo de sentidos. Cuidado es una advertencia: “¡Tené cuidado o te podés enfermar! ¡Cuidado, algo estás haciendo mal! ¡Cuidado con el perro!”. Cuando le decimos a la mujer “¿Cómo te estás cuidando?” no le estamos diciendo “¿Cómo te va en la vida? ¿Sos feliz? ¿Te pegan? ¿Comés rico? ¿Estás estudiando?”. No, lo estamos diciendo desde un punto de vista casi policíaco: “¿Qué anticonceptivo estás usando?”.

En general, queramos o no, hablamos desde el punto de vista del sistema de salud y haciendo foco en la reproducción, ni siquiera desde la salud sexual como un derecho —y menos como placer—. El placer no existe en el vocabulario del sistema de salud, y somos muchas las

mujeres que no podemos disfrutar o a veces no estamos educadas para el disfrute, ¿qué hacemos con esto lxs efectores de salud?, ¿aconsejamos sobre el placer, guiamos, acompañamos?, ¿podemos educar sobre el placer sexual?

Partimos de un orden natural establecido. Se ha visto a la mujer durante muchos años en el sistema de salud como un órgano reproductivo. Se la mira como la pobrecita que hay que cuidar para que no tenga hijos o hay que cuidar durante el embarazo. Durante muchos años el sistema ha mirado solamente la niñez y la maternidad, y no ha podido ver más allá de esa problemática.

Consulté a Pedro sobre el tema y su respuesta suma más aristas: ¿y los varones dónde están?

—El acceso es prácticamente materno infantil. Esa es la mirada del sistema público, los hombres casi no consultan. Si las mujeres son madres, tienen que venir, vienen con los niños a los controles de salud, el sistema se va armando para eso... y de paso que viene con el niño, le preguntás: “¿No querés el método anticonceptivo? ¿Por qué no hacés el Papanicolau?”.

Desde su rol como trabajadora social, Carmen también pone el foco en las prácticas del sistema de salud direccionadas hacia un tipo de mujer, las madres:

—Pienso que el tema de la mujer tiene que ver con el rol asignado, de que es la madre la que tiene que cuidar, la que tiene que llevar los chicos al médico, los programas de salud están centrados en el control de la mujer, veo yo. Al varón nadie le pregunta si tiene un análisis hecho o si se controló algo, nada.

Juliana analiza la misma situación:

—La mujer es la que consulta por anticoncepción, no consulta el hombre. En cinco años que llevo trabajando en el territorio solamente dos hombres consultaron para hacerse vasectomía, dos en cinco años; todos los días consulta una mujer por anticoncepción, todos los días, ahí ya marcamos una diferencia concreta.

Marcela está apoyada en la baranda de la escalera que comunica la calle con la Facultad. Me mira desconfiada desde el primer momento, varias veces le dije que no iba a usar su nombre real y que no soy policía, pero sigue hamacándose como si eso la distrajera del miedo que me tiene. Aun con su paranoia —exagero, no es paranoia, es solo precaución (¡cuidado!)—, Marcela me habló de la dimensión del placer, el monstruo que nadie quiere nombrar:

—La anticoncepción siempre estuvo basada en entregar métodos anticonceptivos, no en trabajar la vida plena de las mujeres desde el placer. El planteo que se hace es qué método anticonceptivo te conviene, nunca hubo un desarrollo de decir “mirá, esto es lo que beneficia para vos en la vida que vos elijas y demás...”.

b) El sistema está organizado en función de los estereotipos sociales

¿Por qué somos las mujeres las destinadas a cuidar la salud y el bienestar de las familias? ¿Y cómo están conformadas esas familias, todas son mamá + papá + hija/o? ¿Por qué somos nosotras las que tenemos que pedir días en el trabajo para cuidar a los enfermos, incluso resignar el desarrollo personal para ocuparnos de la educación, afecto y salud de lxs niñxs? “Con amor o sin amor, es trabajo no pago”, dice el mural de una esquina de Neuquén capital, y abajo,

#8M, una de las consignas del paro feminista. ¿Qué tendrá que ver con el sistema de salud?

En su gran mayoría quienes acceden al sistema de salud son mujeres, eso responde directamente a que la función de cuidado tiene como únicas destinatarias a las madres mujeres. Una mirada liviana y poco afilada sobre el tema podría acusarnos de locas, cuándo no, o al menos de paradójicas, ya que estamos llamando la atención sobre lo que en apariencia es un privilegio. ¿De qué se quejan, de que el sistema está hecho a su medida?, imagino que dice un diputado poco avisado, un periodista con miopía, una compañera distraída. Miranda observa que “ni siquiera en los registros de los niños hay un lugar para poner el nombre del padre”. ¿Por qué? ¿En serio alguien podría creer que ese sesgo nos beneficia a las mujeres?

En toda la charla que tuve con Cecilia ella hizo hincapié en el rol de las mujeres. Me contó que su familia no quería que estudiara medicina, porque “no es carrera para mujer”, y también que “en la medicina hacen falta más mujeres”. Para ella la transformación tiene que darse también dentro del sistema, porque la institución refuerza un modelo de mujer al que le abre las puertas: aquella que controla su embarazo y participa del taller de Nueve Lunas, que realiza el control del niñx o bebé; pero si se acerca una mujer con otra necesidad, Cecilia duda de que el sistema de salud esté a la altura de las expectativas.

Pedro refuerza la lectura sobre el sexismo de las instituciones de salud:

—El hombre tampoco consulta, porque la dinámica familiar es un poco esa también. La mujer es la que está en la casa, la que está al cuidado de los chicos, de los hábitos, de la familia, y el hombre durante el día se va a

trabajar, y la salita está abierta de 8 de la mañana a 3 de la tarde, ese es el horario. Es raro el turno programado o la prevención en los hombres. El sistema está hecho al modo de la sociedad, me parece.

Miranda se acuerda de que en una época algunas compañeras aplaudían a un padre si traía a sus hijos. Voy a repetirlo: aplaudían a un tipo que llevaba a sus hijos al médico. “La verdad es que estoy haciendo todo un laburo para incorporar otra mirada, cuando viene un varón le pregunto si tiene hijos, si los ve, no los ve, si los cuida, «¿Le pasás plata, no le pasás plata?», porque eso también tiene un impacto en la salud del otro, el lugar donde se pone en relación a las paternidades. Suponete que los miremos igual a como miramos a las mujeres. Preguntarles solo si se cuidan o no se cuidan, o si se cuidan para no quedar embarazados, por ejemplo, esto es algo que incorporo hace poco”.

El sistema de salud, como el resto de las instituciones de la sociedad, reproduce una visión dicotómica de los cuerpos. *No le pidas peras al olmo, Lila*, pienso para mis adentros. ¿Qué quiero decir con esto? Que se centra y da entidad solo a dos cuerpos: un cuerpo reproductivo que hay que controlar y tutelar, y un cuerpo máquina, pensado como recurso de trabajo, que solo requiere de asistencia en el momento en que falla.

—¿Cómo es eso del cuerpo máquina? —le pregunté a Juliana.

—El hombre consume el sistema de salud desde un lugar de enfermedad, “vengo porque hace diez días que me pasa esto”, te dice, viene con algo concreto, con algo para solucionar, y después sigue. El hombre tiene un uso del cuerpo más como de un cuerpo máquina, del cuerpo como recurso de trabajo, entonces desde esa lógica solo consulta cuando la

máquina le falla. En cambio, la mujer tiene una lógica más de cuidado del cuerpo, entonces consulta para cuidarse, para prevenir; ella apenas detectó algo viene, porque le preocupa, porque el cuerpo es otra cosa para la mujer.

—Es decir que los varones no cuidan su cuerpo, solo lo usan...

—El 80% de consultas de personas que son mayores de edad son de mujeres y no de hombres. Los hombres consultan a partir de los 60 años, pero entre los 18 años y los 60 años, casi 80, 80 y pico por ciento de las consultas, son de mujeres.

Ariana, que trabaja cerca de Zapala, en un pueblo “muy machista”, según ella, donde los varones tienen marcado el mandato de soportar el dolor, ser fuertes y no mostrar debilidades, relata que “los hombres cuando van, es porque realmente o no dan más o están asustados”. Esta condición repercute en su práctica como médica, y en la percepción que puede tener de la comunidad, ya que no tuvo tantos hombres pacientes como para hacer seguimiento y generar un vínculo.

—En cambio, en el centro de salud, con la mujer sí, porque por ahí le controlás todo el embarazo, después su puerperio con sus hijos y cualquier situación de salud, entonces hay seguimiento o hay adherencia y podés sacar muchos más temas, en cambio con el hombre, van, tratan su tema y no aparecen más, o sea, es difícil involucrarse con hombres.

En su residencia, Sofía investigó sobre masculinidad y salud. “Todas las personas que atendíamos en ese centro de salud eran mujeres, la mayoría iban acompañando a sus niños”, me cuenta sin perder la perplejidad. “Toooodas, ¿eh? Los hombres no se acercaban al centro de salud porque no podían dejar de trabajar, y si venían era porque los dolores

ya eran extremos. Entonces ahí fue como poder revisar más esto de la masculinidad, el machismo, las cuestiones de género y cómo eso está tan presente en la salud”.

Para Carola hay tres dificultades en su relación con los varones que consultan, cito directamente del informe de La Revuelta:

1) que el varón viene poco a la consulta y cuando lo hace se siente más cómodo con otro varón, si bien esto varía con los adultos mayores de más de 65-70 años, donde ni a la profesional le cuesta atenderlos ni a ellos confiar en una médica mujer;

2) que hay una imposibilidad de seguimiento y se dificulta el vínculo, porque el varón solo aparece en instancias de resolver su urgencia;

3) que hay que cumplir con un “rol de médico neutral” cuando el varón que consulta ha ejercido violencia machista contra su pareja, por más que la denuncia no se haya concretado.

En la misma sintonía, Valeria manifiesta que si bien no varía su trato entre varones o mujeres, tiene más consultas de mujeres. Considera que a las mujeres les es más fácil hablar con otra mujer de ciertos temas y que el varón en general busca a otro varón. Francisco, también preocupado por los estereotipos de género, establece una diferencia en la atención de mujeres y varones, habla de lo que caracteriza como *carga emotiva*. ¿A qué se refiere? A que las mujeres por lo general “buscan que se las acompañe de otra manera, que exista otra sensibilidad”, y que van siempre acompañadas de algún familiar (hijas/os, sobrinas/os, amiga).

Para Santiago, si bien en las consultas se relaciona indistintamente con varones y mujeres, con las adolescentes mujeres lleva más tiempo construir un vínculo de confianza, por eso suele ofrecerles la posibilidad de ver a una médica mujer, siempre y cuando no se trate de una urgencia.

Además de si es varón o mujer, y ni qué hablar si la o el paciente no pertenece a esas categorías binarias, la relación de poder entre el profesional y el paciente aparece también atravesando el vínculo. Es decir que el género de el/la paciente instaura un tipo de vínculo particular sobre la base de roles y estereotipos sexistas, pero además hay una relación de poder desigual entre el o la profesional y cualquier paciente, sea del género que sea.

Jorge plantea que la desigualdad está dada desde el momento en que hay alguien que solicita asistencia a un otro/a que cuenta con ciertos conocimientos específicos que tiene la responsabilidad de poner a disposición de otrx. Para él, esta es la única desigualdad o desventaja que debiera existir, aunque relata que cuando la persona que solicita asistencia es una mujer, aparece “un hilito de superioridad, que no debería ser”.

Para Carolina, que también es tocoginecóloga como Jorge, ese poder no es cualquier poder, es un poder patriarcal:

—Atender la salud de cualquier ser humano es una posición de poder, para con el paciente o la paciente, pero el atender mujeres y el atender niños es un lugar de mayor poder todavía, ¿no? Por el sistema en el que estamos. Yo lo vivencio como un privilegio y un lugar como de resistencia y de intento de transformación.

Mi amiga Miranda considera que el sistema de salud está armado y hecho para mujeres y niños, para madres y niños, “fue una decisión política que se tomó cuando se generó el sistema de salud”, me soltó al pasar, como si dijera algo liviano. Ella analiza que “casi todas las políticas de salud van hacia eso, que tuvo que ver con bajar mortalidad y morbilidad de mujeres y niños en el primer momento, y se logró”. Para Miranda, la médica no puede desligarse de lo cultural y de los roles establecidos, es uno de los elementos más que tiene que considerar a la hora de laborear y decidir si batallar o no contra eso; por ejemplo, “los varones creen que no se enferman y, entonces, no se cuidan, en esto uno puede hacer lecturas de género un poco más amplias”.

La mujer como órgano reproductivo, el varón proveedor e inmortal, y dentro de la sexualidad femenina ni un gramo de atención al placer y la autonomía, esas son las líneas generales. Vimos que hay prácticas de poder patriarcal, ordenamientos sexistas y jerarquías instaladas dentro de las instituciones que calcan y continúan las jerarquías y los roles del exterior. ¿Qué hacemos nosotras y nosotros como profesionales de la salud con todo esto?

A Sofía le da bronca, ¿con eso alcanza? Al menos nos damos cuenta, pienso, eso ya es bastante.

— Me genera como un poco de bronca o impotencia que el equipo de salud pública, por ejemplo, no se movilice en este momento histórico, con la marea verde creciendo, que seamos dos o tres compañeros insistiendo para que este tema se discuta en el hospital...

Sofía habla de la posibilidad de ofrecer la ILE como servicio desde el sistema de salud. Es el tema del próximo apartado.

III La irrupción del aborto

*... ahí empecé a laburar con este tema, cuando me atravesó,
cuando me tocó, nunca antes me había pasado.*

Juliana, médica de familia, 34, Bahía Blanca

Dice el Informe de La Revuelta: *El apartado III se concentra en capturar los primeros acercamientos a situaciones de aborto o embarazos no deseados de estas y estos actores institucionales, para desde ahí y todo lo que en ellos y ellas provoca, ir dibujando el proceso de institucionalización del aborto en el que se sigue transitando.*

Que me perdonen, pero yo no soy amigable. Que facilite ILE no me hace amiga de mis pacientes. A mí me gusta dar vuelta todo, sí, ya se dieron cuenta, pero en esto soy bastante cuadrada, no es que sea una vieja piola, es que me hago cargo de la profesión que elegí. ¿Cómo empecé? En un momento hubo como una explosión. Llegaban consultas de mujeres, mujeres solas, con sus parejas, con amigas, con sus madres, venían a buscar información sobre cómo interrumpir el embarazo. Y no teníamos respuestas para darles hasta que tomamos contacto con La Revuelta. Entonces pasamos a ser un centro de salud amigable. ¡No me gusta la palabra *amigable*! No debíamos ser amigables, yo no soy amigo de mis pacientes, soy una profesional responsable que tiene que atender a todas las pacientes y a todas las personas, si después me hago amiga ya es otra cosa. Amigables son los cachorritos, ¡ah, qué buenitos que son! Los efectores de salud no somos buenitos, no so-

mos salvadores, almas caritativas, nada más tenemos que ser consecuentes con lo que elegimos ser.

No estoy diciendo que una lo hace con los ojos cerrados, o que interrumpir un embarazo tiene la misma carga que cualquier otro procedimiento. Todo el sistema de salud se ve afectado tanto por quienes garantizan derechos como por una suerte de barrera más o menos visible a la que hay que atender para que el aborto discurra en las instituciones. Toda intervención deja una marca, una impresión no estática, que moviliza intereses, discusiones, acercamientos, distanciamientos, articulaciones, formas organizativas, acompañamientos, violencias.

Para cada efector/a de salud el camino es diferente, de lxs veintíun entrevistados surgieron distintos movimientos que de alguna manera posibilitan que hoy estas efectoras y efectores de salud estén garantizando interrupciones legales del embarazo (ILE).

Las ILE son los abortos legales, consagrados en el país desde 1921 de acuerdo con el artículo 86 del Código Penal y ratificado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el fallo FAL de 2012. Su legalidad se enmarca en diferentes situaciones, que son conocidas como “causales”: en caso de peligro para la vida de la persona gestante, riesgo para su salud y si el embarazo es producto de una violación.

Para ampliar la extensión de ese derecho, en 2018 se presentó por séptima vez en el Congreso Nacional un proyecto de ley redactado por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. El 10 de abril comenzaron las audiencias públicas ante el plenario de comisiones de la Cámara de Diputados. Fueron 15 jornadas, 108 horas de exposiciones y 724 expositores. El 12

de junio, con 64 firmas a favor y 57 por el rechazo, el proyecto acordado tuvo dictamen de mayoría en el plenario de comisiones e ingresó por primera vez al debate en el recinto. Se realizaron algunas modificaciones al proyecto inicial presentado por la Campaña Nacional: el proyecto que pasó a recinto decía que “no es delito el aborto realizado con consentimiento de la mujer o la persona gestante hasta la semana 14”. En una jornada histórica y tras más de 24 horas de debate, el 13 de junio la Cámara de Diputados dio media sanción al proyecto de ley con 129 votos a favor, 125 en contra y 1 abstención. El 19 de junio, y a pesar de los obstáculos de la vicepresidenta Gabriela Michetti, la media sanción ingresó formalmente al Senado. Finalmente, el 8 de agosto el Senado votó a favor del aborto inseguro. Con 38 votos en contra, 31 votos a favor, 1 ausencia y 2 abstenciones, el proyecto de ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo fue rechazado por la Cámara Alta.

En el recorrido que realizó la investigación de La Revuelta respecto de qué les ocurre a lxs profesionales de la salud cuando se encuentran con un aborto, los relatos dan cuenta de:

- Un primer momento en que prima el desconcierto ante la irrupción del aborto en las vidas de lxs profesionales y ante la falta de herramientas para abordar una situación de aborto.
- Un segundo momento en el que al impacto inicial le sigue dejar de tratarlo como una emergencia para abordarlo como un tema de salud pública.
- Un tercer momento en el que se deja de esperar que las soluciones provengan del sistema de salud e inician el camino de búsqueda de otros y otras con quienes ir construyendo una red de sostén a fin de garantizar el derecho.

- Un cuarto momento signado por el fallo FAL, que marca un punto de inflexión en el acceso de las mujeres al aborto y al interior de las instituciones a partir de la formalización de leyes y protocolos de actuación.

Uno de los obstáculos con el que se puede encontrar una persona que se presenta en una institución de salud y solicita una ILE son lxs objetores de conciencia. Lxs profesionales de la salud tienen derecho a objetar ante ciertas prácticas: una de ellas es el aborto no punible. El Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo que publicó el Ministerio de Salud de la Nación en 2015 tiene “carácter obligatorio en todo el territorio nacional y en centros sanitarios públicos y privados” y aclara que lxs efectores de salud pueden objetar la práctica, pero señala que las instituciones “que no cuenten con el personal ni el equipamiento adecuados” para realizar los abortos, deben “garantizarlos de cualquier forma”. Es decir, que lxs médicxs pueden ser objetores de conciencia, pero la institución no.

Las y los objetores de conciencia no son los únicos obstáculos. A veces los prejuicios nos juegan una mala pasada. El aborto no vino solo, irrumpió en la cotidianidad desmadrando todo. El aborto tironea y empuja las prácticas de salud. Los abortos en curso y las demandas de quienes llegan con dudas aparecen como productoras de espacios de experimentación donde la buena intención no siempre garantiza el resultado esperado.

Carolina me contó cómo fueron las primeras exploraciones:

—Hacíamos a escondidas y truchando la historia clínica y diciendo que era un anembrionado², pero hacíamos re mal los tratamientos, le combinábamos vías, le decíamos “te pones dos vaginales, las tomás las otras dos”, ni siquiera sublingual, “después mañana venís”, dosis re- contra insuficientes, nada, como explorando eso.

—¿No estaban los protocolos todavía?

—No había sido el fallo FAL todavía. Había situaciones que no sabíamos cómo abordarlas y nadie te sabía decir. Con una amiga tuvimos una situación de una chiquita con un retraso madurativo que había sido abusada, y la madre andaba con la chiquita de, no sé, 15 o 16 años para todos lados con el embarazo. Nosotras la queríamos ayudar, pero no sabíamos muy bien ni cómo carajo hacerlo ¿no? Entonces le pusimos un par de misoprostol, dijimos “la vamos a tectar” y le pusimos dos pastillas y la citamos al día siguiente y le pusimos otras dos. Obviamente no anduvo...

Cuando le avisé a Carmen que se venían las preguntas sobre aborto se dio calor en las manos y me dijo que la esperara un ratito, que iba a buscar algo. Aproveché para mirar su cocina, en la heladera tiene imanes de Socorristas en Red y un calendario de La Revuelta, también imanes con fotos de bebés y niños que anuncian cumpleaños, bautismos, nacimientos. Volvió con tres agendas hinchadas como la madera cuando se moja.

—Acá fui anotando cositas durante algunos años — me dijo.

—A ver... contame.

—Esta es de 2004, acá anoté en junio que hicimos la primera intervención. En la medida de lo que podíamos hi-

2. Un embarazo anembrionado se caracteriza por un saco gestacional de apariencia normal, pero con ausencia de embrión.

timos el primer acompañamiento con la ginecóloga y una psicóloga. Estábamos con Gladys, mi compañera, leyendo un libro que explicaba cómo garantizar interrupciones, bueno, y llegó una chica. Me acuerdo que tratábamos de seguir todos los pasos, dijimos “primero la tenemos que entrevistar”. Encima la chica tenía algunas dificultades, pero tenía claro que no quería ese embarazo, y nosotras nos preguntábamos “ay, ¿y si esta piba después se arrepiente en el medio?”. Bueno, todos los temores, acompañamos, anduvo re bien, y nosotros... bien, lo hicimos entre dos.

—¿Y después de esa experiencia rompehielos qué pasó?

—Yo me he ido acercando a la temática y a tomarla como un tema más de atención, a veces las pacientes entran por el Servicio Social y otras veces por Enfermería o por Medicina, y siempre tratamos de ser dos las que hacemos el acompañamiento, aunque esté re decidido todo, lo hacemos entre dos pensando en la mujer, para que no esté la enfermera sola, que sienta que hay otra compañera más o si justo la mujer tiene que venir otro día, que vea que hay otra cara más en el centro de salud que la puede acompañar.

—¿Qué pasa si no ve a nadie conocido?

—Hay algunos que no están como muy de acuerdo. Pero por lo menos logramos que puedan dar la primera información y atención y después la derivación para indicar el procedimiento y demás. Bueno, y así transitamos en esto, con el alivio de poder brindar este servicio desde Salud...

Rodrigo tenía 25 años y estaba haciendo la residencia en Zapala cuando apareció por primera vez el aborto. Si ahora que pasó los 30 parece un nene con la carita sucia de tierra, a los 25 y habitando un pueblo como extranjero, mejor ni imaginarlo.

—Cuando yo empiezo la residencia no era algo de lo que se hablara abiertamente. Uno más o menos sabía quiénes tenían una postura similar o no, quiénes tenían mayor sensibilidad o no, pero no era nada muy abierto. Yo quería armar algún dispositivo de consejería en general. No puntualmente de TEA (Te Acompañamos) o de Socorro, que digamos son dos programas de acompañamiento, más bien quería hacer algo integral, que cumpla con los tres escalones de la campaña: educación, anticoncepción e interrupción.

—¿Ya venías de tu formación con estos principios?

—Para mí fue muy natural el estar a favor de la despenalización o adherir a la campaña en sus tres escalones, la educación sexual para decidir, los anticonceptivos para no abortar y el aborto legal, seguro y gratuito para no morir. Para mí fue muy natural y muy clarificador por ejemplo que esté expresado así, como si fuera una armadura, digamos. Ante cualquier cosa que alguien me pueda objetar, es esto, digamos, estos son mis ideales, mi decálogo peronista, mi biblia.

—¿Y cómo fue esa primera vez?

—En la residencia, que es un lugar de vulnerabilidad y de poco poder, si se quiere, que aparezca una mujer con una situación de embarazo no deseado y en una situación de salud psicosocial bastante chota es tremendo. Ese fue el hito, por un lado la cachetada para terminar de abrir los ojos, y por otro lado el empujón que faltaba.

Cachetada y empujón.

Otros relatos transitan por un segundo momento cuando capturan, como en una foto, el movimiento que implica el pasaje del tratamiento del aborto como una emergencia, a asumirlo como un tema de salud pública. Este pasaje requiere de la construcción de estrategias individuales y co-

lectivas de abordaje: indagar, estudiar y consultar o articular con quienes tienen experiencias de acompañamiento. Juliana, por ejemplo, cuenta su primer acompañamiento como un antes y un después que requirió formación y un corrimiento hacia una perspectiva de derechos:

—Llegó una chica con un aborto en curso y me dijo: “Yo quiero terminarlo, vengo para que me digas cómo nada más, porque yo lo voy a terminar, yo no puedo seguir con esto”. Lo hablamos con la trabajadora social y dijimos “esto lo tenemos que acompañar”. Fue mi primer tratamiento, entonces ahí leí un montón, me informé un montón, llamé a una compañera que venía haciendo abortos, que trabaja en otra unidad sanitaria, le digo “dame una mano con esto porque tengo mil miedos”.

—¿Y cómo salió?

—La acompañamos y salió perfecto y estuvo buenísimo porque a la semana volvió la chica con una sonrisa. Volvió a ser la de antes, dijo que tenía un alivio tan grande, y yo me sentí tan bien, o sea, tan satisfecha, feliz con mi compañera, con mi trabajadora social.

—¿Qué significó esa experiencia para vos?

—Esa fue mi entrada y ya no salí más. Es un camino de ida, es como... nada, garantizamos un derecho. Ahí empezamos a armar la red, nos dimos cuenta de que nosotros nos tenemos que sostener entre nosotros porque la gente nos viene a consultar a nosotros, no le va a consultar al secretario de Salud. Ahí empecé a laburar con este tema, cuando me atravesó, cuando me tocó. Nunca antes me había pasado.

Cachetada y empujón.

El relato de Juliana anuncia un tercer momento que se da casi en paralelo, y que involucra nuevos movimientos: dejar de esperar que el sostén (teórico, procedimental, de

insumos) esté garantizado por el sistema desde puestos jerárquicos, para empezar a buscarlo en lxs propixs compañerxs, colegas, militantes feministas, redes que garantizan derechos; sin abandonar las exigencias al Estado. Ese pasaje facilita el ingreso y autorización de saberes y experticias que no provienen del ámbito médico hegemónico. Es una apuesta a la construcción de lazos de confianza y a la colaboración de ese “saber hacer”, como lo mencionó Juliana.

—¿Y desde entonces, continuaste garantizando ILE o tuviste algún impedimento por parte de las instituciones donde trabajás? —le pregunté a Juliana.

—Impedimento hasta ahora no he tenido ninguno, y de hecho escribo todo en las historias clínicas, que por ley el secretario de Salud podría auditarlas, sin ningún problema, y tengo compañeros de laburo que también están laburando en esto. Hasta ahora no hubo ningún impedimento, lo que no tenemos es la garantía. Digamos, la lógica es *no te trabo, hacelo, pero fijate dónde conseguís el tratamiento*, porque no hay garantía en el sistema de salud hoy en Bahía Blanca para que podamos llevar el artículo 86³ adelante. Digamos, no podemos garantizarlo ni siquiera para los causales más duros, como el de violación, no podemos garantizarlo en el primer nivel de atención, tenemos que derivarlo al Hospital Interzonal. Y eso implica tratarlo desde la internación y debería ser así, porque por evidencia científica corresponde tratamiento en ambulatorio. Hoy el sistema no ofrece, no

3. El artículo 86 del Código Penal establece que “El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible: 1º Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2º Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto”. Esto fue escrito en 1921.

garantiza ese derecho, lo garantizamos los profesionales de manera individual, a voluntad.

El ingreso del aborto en las instituciones de salud, y su acogimiento por parte de profesionales que tienen la voluntad de brindar ese servicio que consideran un derecho, lejos de paralizar el discurrir de cualquier espacio, dispara la gestión de múltiples articulaciones. Veamos cuáles son las articulaciones que según el informe de La Revuelta son puestas en juego:

Articulaciones hacia dentro

Hacia dentro de las instituciones se teje una madeja de vínculos entre quienes en mayor o menor medida están comprometidos con garantizar el derecho a interrumpir embarazos. Esto no quiere decir que todas y todos estén de acuerdo con la práctica del aborto, sino que para todos ellos está claro que hay que garantizarlo. Con este escenario y en función de las posibilidades subjetivas de cada uno se distribuyen las tareas: hay quienes informan, hay quienes realizan el acompañamiento, hay quienes realizan el control post. De esta manera también se aclara hacia el interior de la institución quiénes son las y los efectores de salud comprometidos con garantizar el derecho y así se facilita el acceso para las personas gestantes.

Los relatos de nuestras veintinueve entrevistadas expresan que no hay una sola forma de acompañar, que tampoco el acompañamiento es exclusivo de las y los médicos y que hay cierta preferencia por realizar el acompañamiento en dupla. Esta modalidad de atención de a dos pareciera ir disipando los miedos y pone en evidencia que la seguridad en el procedimiento no necesariamente la otorga la literatura científica. Como dijimos antes, a veces el procedimiento es solo estar, mirar, tocar. El trabajo en duetos

también da cuenta de que para las y los efectores de salud no es un procedimiento cualquiera, buscan que haya dos rostros con nombre a quienes las mujeres puedan referenciar en caso de necesidad.

Ese trabajo en pares se construye en algunos casos sobre vínculos de aprendizaje o de referencia. Hay quienes no tienen un saber y aprenden de sus referentes cómo llevar adelante de la mejor manera esos procedimientos, y así se forman duplas insólitas, como la de Ariana y su jefe:

—Él siempre contaba que acompañaba a las chicas. Desde que entré a trabajar ahí y me enteré de eso, como yo nunca había estado ante esa situación a nivel profesional, le dije si lo podía acompañar. Yo quería saber cómo se hacía, o sea, no tanto en la teoría, sino en términos de relaciones. Al principio fue con él, y a partir de ahí me fui abriendo un poco más, a animarme más sola, incluso a compartir esos conocimientos con otras y otros.

—¿Y tus compañeros?

—Son todos objetores. Y el director también es objetor, pero es el director. La primera reacción siempre es “no, pero sobre esto hay que asesorarse, esto hay que hablarlo con un asesor legal”, que qué sé yo, que no, también, como una traba grande. El director me llegó a decir “te va a pasar lo mismo que a la chica esta de El Maitén”, por el caso de Estrella Perramón⁴. Yo le dije que peor me iba a pasar

4. María Estrella Perramón es una médica que en 2015 acompañó la atención de una Interrupción Legal del Embarazo solicitada por una joven de 17 años en el Hospital Subzonal de El Maitén. Días después del procedimiento, la joven falleció en el Hospital de Esquel. Se inició un proceso judicial de tres años contra Perramón. Finalmente, en 2019 la resolución judicial absolvió a la médica y dejó asentado que ella intervino de acuerdo con los protocolos médicos existentes y que se desconoce la causa del desmejoramiento de la salud y la muerte de la joven en cuestión.

si no lo hacía y estas chicas tenían que seguir adelante con esto y que me parecía terrible lo que me estaba planteando. Además, en ese caso en particular las chicas lo estaban pidiendo, eran dos hermanas pertenecientes a la comunidad gitana, violadas, todo sumaba para acompañarlas.

Así como se generan alianzas entre pares y se distribuyen roles para facilitar los procedimientos, también hay quienes ocupan roles de obstáculo. En la primera semana como residente, en 2012, una compañera de Valeria le contó que necesitaba interrumpir su embarazo. Valeria estaba a favor de que una persona pudiera interrumpir su embarazo cuando así lo deseara, ella misma había tenido un aborto cuando era muy joven, pero aun así, cuando su compañera le pidió que le recetara Misoprostol, lo primero que pensó Valeria es que iba a ir presa.

—¿Y cómo es hoy, estos miedos que vos tenías hoy siguen estando?

—Sí, yo creo que hace falta mucho conocer del tema legal. A mí me sorprende tener colegas que no conocen lo que es la objeción de conciencia, o sea, que no quieren garantizar derechos, pero no son objetores de conciencia, por lo cual están cometiendo un crimen efectivamente ellos, que no conocen lo que es la objeción de conciencia. Hay muchos que no conocen lo que es el aborto no punible. Creo que la formación tiene que ser de equipos de salud y no solo de profesionales puntuales.

—¿Y dentro de los equipos cómo se manejan estos obstáculos?

—Somos más médicos y médicas de familia los que terminamos garantizando, que los ginecólogos o ginecólogas, que son los que por ahí están únicamente abocados a la atención de la mujer. Eso me llama bastante la atención, y que hay más objetores de conciencia en ginecología que

en medicina familiar. Uno piensa que si hay alguien que quiso atender exclusivamente mujeres es porque quiere tender a generar un bienestar, a garantizarle derechos, por eso me llama bastante la atención y es algo que sí es como para charlar en las cátedras que se estén dando en espacios de futuros médicas o médicos: qué está pasando en la formación de los ginecólogos.

Articulaciones hacia el afuera médico

Todo puede ser agua para nuestro molino cuando nos enfrentamos a una situación para la que no tenemos herramientas. Las instancias de formación, trabajos anteriores, espacios políticos y culturales de toda índole pueden convertirse en semilleros de vínculos para afrontar desafíos en torno a prácticas médicas como el aborto.

“Son como tesoros”, reflexiona Carola sobre los vínculos con compañeros y compañeras que se convierten en la fuente de impulso para generar estrategias, “porque si fuera solo por la institución, no sería posible garantizar esos derechos”.

—¿Cómo empezás a transitar los saberes sobre el aborto? —le pregunté.

—Yo empecé a conocer... fui como dándome cuenta de qué venía la cosa dentro del hospital, y a entender qué pensaban en general sobre el aborto y claramente la conclusión que tuve fue que no teníamos mucha esperanza puertas adentro del hospital de poder avanzar. Pero sí con mis compañeros, porque la verdad es que los compañeros de medicina general, gracias a que nos ha juntado la vida, la mayoría nos hemos formado en residencias en que hemos tenido una formación en derechos y nos encontramos acá en este punto, no la mayoría, pero varios, con las mismas inquietudes y empezamos a trabajar en enterarnos de qué decía la ley, en enterarnos de cómo era el protocolo y

empezar a gestionar cómo íbamos a resolver nosotros y nada más que nosotros.

Marcela repara en la lógica del rumor como propagación de la información dentro de las instituciones. El exterior del hospital ingresa para traer soluciones y empieza a construirse una bola que corre por los pasillos.

—De pronto aparecieron compañeras en el hospital, bueno, Susana, que de pronto no la conocíamos pero sabíamos que había alguien... entonces comienza esto a circular y ese circular nos comienza a empoderar, empoderar en cuanto a decir “ah, somos más, entonces tengo a dónde ir a preguntar”. Yo sentía que mi lugar de trabajo era hostil, lo sentía hasta de riesgo, o sea, acá nosotros hacíamos los cursos para embarazadas, “¿cómo va alguien a abortar?”.

Suyai, en cambio, habla ya de una incipiente institucionalización del grupo que garantiza ILE en su lugar de trabajo, que en otros espacios es una grupalidad implícita, latente, calladita. En la institución donde ella trabaja se conformó por voluntad un grupo de trabajo sobre interrupciones legales de embarazos con el empujón de algunas socorristas.

—Acá hay un grupo ILE que, si uno se abstrae y se sale del día a día, es una estructura bastante interesante. Si hubiera que ponerle nombre podríamos decir que es un grupo de estudio re interesante, que está buenísimo. Obvio, eso se activa con dos o tres personas que lo mueven, pero la verdad que es una base fértil de veinte trabajadores de salud que están ahí, me parece que eso está buenísimo y el socorrismo nos ha ayudado.

Articulaciones hacia el afuera activista

Estas articulaciones en la región se dan específicamente con dos espacios: la Colectiva Feminista La Revuelta y/o las Socorristas en Red.

Socorristas en Red (feministas que abortamos) es una articulación de colectivas de Argentina. Se formó en el año 2012, por impulso político de la Colectiva Feminista La Revuelta para extender por fuera de las fronteras provinciales el dispositivo Socorro Rosa, que habían creado en 2010 en la ciudad de Neuquén.

Socorristas en Red (SenR) brinda información y acompañamiento en procesos de aborto con medicamentos a mujeres y a otras personas con capacidad de gestar y acompaña el reclamo por cumplimiento efectivo de interrupciones legales de embarazos. Según una de sus miembros, esto “es posible en una compleja red de relaciones inscriptas en una época particular, signada por la presencia insoslayable de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito”.

El socorrismo es un modelo de acompañamiento basado en el feminismo arriesgado de la acción directa y la desobediencia. En su hacer aparecen las líneas públicas de teléfono, los encuentros cara a cara y grupales con quienes requieren información, los acompañamientos telefónicos y/o presenciales durante el proceso del aborto y la propuesta de controles médicos posaborto. Socorristas en Red busca incidir en la creación de buenas prácticas de atención de abortos desde miradas antidiscriminatorias y garantistas de derechos humanos; para esto, colaboran en la formación de vínculos con profesionales y trabajadorxs de salud, como viene mostrando este libro, y aspira a la construcción de modos respetuosos de atención y de cuidado, donde no se juzgue ni estigmatice.

Socorristas en Red creció de manera vertiginosa desde su formación y en la actualidad reúne a cincuenta colectivas de diferentes localidades de la Argentina, nucleando a poco más de 400 activistas. Una radiografía de SenR nos dice que en 2018 ingresó el 36,5% de su actual composición. El otro dato significativo es que el 78% del total de la Red está conformado por activistas de menos de 35 años, y que son menores de 25 años el 26,9% del total. La producción reflexiva de saberes sobre la propia práctica, así como la sistematización de los acompañamientos, son parte de sus preocupaciones. Desde el año 2012 al 2018 se entrevistaron con 23 314 mujeres, de las cuales acompañaron a 19 361 en abortos con medicamentos, y 706 fueron derivadas al sistema de salud.

Una médica generalista como Sofía, en San Martín de los Andes, tuvo su primer encuentro con el aborto a través del activismo socorrista:

—Una mujer en Junín me vino a contar de su embarazo y que no podía continuarlo en ese momento, que no tenía un trabajo estable, tenía cinco hijos, una historia de violencia crónica, y yo no dudé en comunicarme con la gente de La Revuelta. Quería que me confirmaran qué día tenía que usar la pastilla para poder yo controlarla en la guardia y demás. Se pudo hacer ese aborto sin ninguna complicación y estuvo todo bien.

Me animo a decir que en la mayoría de los centros de salud, cuando llegan adolescentes buscando información, acompañadas de sus mamás, no se tiene una respuesta para dar. Y en algunos contextos, lo que se hace —o hacemos— es llamar a La Revuelta. Con los años las consultas se hicieron más frecuentes y cada mes venían más y más a preguntarnos. Así como alguna vez se formaron

las calles sobre las huellas de las tropas o de las comunidades nómades, la transmisión boca a boca entre mujeres fue forjando un camino; de tanto pasar por ahí, de tanto circular el rumor, se volvió un dato certero: “en tal lugar ayudan”, “si llamas a tal te acompaña”, “de esta manera es más seguro”, y así. Se genera una complicidad solidaria que hace posible que corra la bola. Aunque no es el único rumor que rebota de acá para allá.

Vanina escuchó en una clase de Ginecología en el año 2009 que debían denunciar a quienes llegaran con abortos incompletos. Ella jamás lo hizo, “ni pregunto”, “hago algo que es legal, porque es un derecho”, piensa. Hacer cumplir ese derecho fue mucho más fácil cuando conoció, gracias al activismo, el misoprostol.

—Creo que hubo un antes y después del misoprostol y el aborto con medicamentos, porque es una forma de hablar de aborto totalmente diferente, que la pone a la mujer en una situación de mayor autonomía con respecto al tema, y al médico en una situación un poco más cómoda con respecto al procedimiento. Hacer que la paciente expulse sola no es lo mismo que ir uno a sacar algo del útero. No era lo mismo hacer un aborto hace veinte años que hacer un aborto ahora, creo que el misoprostol y el aborto con medicamentos son un antes y un después importante en la profesión médica.

Sergio también considera que el activismo socorrista es un soporte y una guía:

—Hay un colectivo social que sabe cómo funcionan las cosas, tienen algo *premastocado* y está bueno eso, como que hay información en la calle de cómo y cuáles son las opciones, porque yo creo que eso es algo importante que tienen que tener las pacientes, saber cuáles son las opciones.

—¿Y en el trabajo cotidiano eso cómo repercute?

—A veces, cuando no encontramos causal, estamos limitados por la causal salud. Como no se aprobó la ley en 2018, si no hay causal a la paciente se la orienta, sobre todo para que no sea un aborto en condiciones que pongan en peligro su vida.

Hasta ahora reconstruimos tres momentos que atraviesan lxs profesionales de la salud cuando se topan con los abortos. Cada una de estas fases se cruza con las articulaciones que describimos: hacia dentro de las instituciones, hacia el afuera médico y hacia el afuera activista. El primer estadio es el que llamamos “Cachetada y empujón”. El segundo: “No es solo una emergencia, es salud pública”. El tercero: “La salida es colectiva”. A partir de al menos once de las veintidós entrevistas se puede reconstruir un cuarto momento de formalización.

En la cuarta etapa, la Interrupción Legal del Embarazo se institucionaliza, se la estudia e incorpora a las prácticas de salud. En términos macro, se trata de una etapa de trabajo intersectorial en la que se estudia en profundidad el fallo FAL, se revisan instrumentos existentes, se organizan protocolos de ILE, se resuelve participar en ámbitos de decisión como el Comité de Salud Sexual y Reproductiva o se participa de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, que va a tener sus efectos en la organización de redes locales.

A nivel micro, se formaliza la atención de la ILE en los centros de salud: se instala el tema para ser problematizado con todas y todos los efectores de salud, lo que trae aparejadas disputas con quienes se alejan de la ley; se adopta una posición política explícita de que el centro de salud garantiza el derecho a la ILE, se clarifica quiénes acompañan y cada vez más se lo hacen saber a las perso-

nas con capacidad de gestar. Se trabaja en el diseño de la propia gestión de la práctica, donde el primer encuentro con las personas gestantes se corre de los modos de la consulta médica hegemónica.

En esta instancia, el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo del Ministerio de Salud de la Nación (2015) y el fallo FAL (2012) traen mucho trabajo, pero también tranquilidad.

Conocer estos instrumentos resuelve para algunos y algunas la tensión que venían teniendo entre el plano personal y el profesional. Mariano es uno de ellos, veamos lo que nos cuenta en la investigación de La Revuelta:

—Yo empecé la carrera con el golpe del 76 y me hice residente durante la guerra de Malvinas. La única mención al aborto en la carrera fue en la materia Medicina Legal, ahí nos explicaron que el aborto estaba penalizado y las excepciones del artículo 86, que cada uno interpretaba como se le cantaba. Esto fue así hasta que salió el fallo FAL, que zanjó todas esas interpretaciones capciosas.

—¿Y con respecto al Protocolo?

—En la provincia se hizo una comisión para redactar el protocolo provincial⁵ de interrupción legal del embarazo,

5. Neuquén es una de las 5 provincias, junto con Chubut, Río Negro, Buenos Aires y CABA, que cuentan con normativas propias en relación con el acceso al aborto. Hay 7 provincias que no cuentan con normativas propias ni adhieren al protocolo elaborado por Nación: Santiago del Estero, Tucumán, Corrientes, Mendoza, San Juan, Formosa y Catamarca. 11 provincias adhieren al “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” elaborado por el Ministerio (hoy Secretaría) de Salud de la Nación. Estas provincias son: Jujuy, Salta, Chaco, Santa Fe, Entre Ríos, Misiones, La Rioja, La Pampa, Santa Cruz, San Luis y Tierra del Fuego. Fuente: Mapa de Adhesión al Protocolo de Aborto No Punible en la Argentina, elaborado por Economía Femini(s)ta, 2019.

los casos que contempla el artículo 86 del Código Penal, lo que dejó bien claro el fallo FAL. Pero bueno, como en todo, hay que hacer una reglamentación, o sea, cómo llevarlo a la práctica. Entonces hubo reuniones en Neuquén de las que participamos profesionales de todas las áreas, no solamente obstetras; hubo obstetras, médicos generales, enfermeras, trabajadores sociales, agentes sanitarios, psicólogos, abogados, o sea, fue multisectorial, en toda la provincia. Se elaboró un protocolo, finalmente se redactó un documento final, se elevó a la Subsecretaría de Salud, y como dijo la otra vez la referente del programa, “durmiendo el sueño de los justos lo encajona la Subsecretaría”. Porque recordemos que la subsecretaria de Salud⁶ de la provincia expuso en la comisión en Diputados en contra de la despenalización.

Nuestros veintiún cobayos se manifiestan a favor del aborto, pero algunxs de ellxs no garantizan la práctica médica porque hasta el momento no encuentran cómo hacerlo dentro de un marco de legalidad. Marcela cuenta así su experiencia:

—Esto también es un proceso, estas cosas que se van dando como en doble plano, un plano personal de vida cotidiana y otro laboral, como trabajadora de salud. En lo personal fue el aborto mismo lo que me determinó, o sea, cuando era estudiante decidí abortar. Tenía 18 años. En ese momento la definición se construyó claramente: yo lo que tenía por delante era un proyecto personal, que no incluía en ese momento crianza.

—Además de tu experiencia personal, ¿qué otros factores influyen en tu labor como trabajadora social con respecto a este tema?

6. Se refiere a Alejandra Piedecabras.

—Desde mi experiencia laboral lo principal es escuchar a las mujeres, escuchar a diversidad de mujeres, y también escuchar a varones, pero bueno, a mujeres que dicen “otro más yo no quería”.

—¿Y cuando una mujer solicitaba ayuda para realizar una ILE, qué hacías?

—Transité mucho tiempo de mi trabajo como trabajadora social sin saber cómo dar respuesta a eso, porque... a ver, ¿qué hacía?, preguntábamos dónde había alguien que clandestinamente hiciera abortos... que de hecho entre grupos de pares, de amigas, de conocidas, sabíamos, y si le pasaba a alguien le decíamos “che, tomá el teléfono”. Ahora, yo no me atrevía a hacer eso con las mujeres que escuchaba acá, no sabía y quizás tampoco me animaba... a ver si me juzgaban, que si era legal, que si no era legal.

Mariano vive muy cerca de Marcela, en Junín de los Andes, incluso a veces trabajan juntos. Para él también su posición personal en cada momento histórico se choca con lo que es posible hacer o gestionar dentro de las instituciones.

—Desde chico siempre estuve a favor de la despenalización, lo difícil para mí no es estar de acuerdo con la mujer, lo difícil para mí fue durante muchos años decirle a la pobre mujer “lamentablemente no puedo hacer nada, comprendo, estoy de acuerdo con vos, pero no pudo hacer nada”, eso, eso fue lo difícil. Y ahora se abrieron caminos alternativos y espero que finalmente salga la ley, con lo cual tengamos que dejar de estar haciendo las cosas *sottovoce*.

El aborto irrumpe en las instituciones y provoca un quiebre. Efectoras y efectores de salud que nunca se habían planteado la posibilidad de acompañar comienzan a soli-

citar ayuda de tipo procedimental para ver cómo garantizar el derecho al aborto. Rodrigo plantea cómo dentro de las instituciones las reacciones a la irrupción del aborto fueron trastocadas por la masificación del debate sobre legalización y despenalización:

—Gente que nunca se había planteado la posibilidad de acompañar a una mujer en situación de aborto de golpe te llama: “Disculpá que te moleste, no sé qué, pero tengo esta paciente, bla bla”, y escuchar, escuchar, escuchar, sentir como que te la están tirando encima. “Bueno, ¿y qué querés que haga?”, le respondés, y que el otro te diga: “No, decime cómo hago con la medicación”. El debate sobre la ley, sobre la legalización y/o despenalización hizo que se caiga ese velo, fue mágico, fue increíble. Así que la verdad que eso fue maravilloso.

Objeciones y obstáculos

¿En qué establecimientos se realizan ILE? ¿De qué depende que estas prácticas se hagan en salitas o en instituciones de mayor complejidad?

Cuando hay efectores de salud dispuestxs a garantizar los derechos de las personas que solicitan el servicio, un ordenador de dónde y cómo se realiza la práctica es la edad gestacional. Pedro, Carmen, Rodrigo, Sofía y yo, que me sumo a este equipo, realizamos acompañamientos ambulatorios hasta 12 semanas de gestación, que en ocasiones se puede extender hasta las 14. Pasadas las 14 semanas y hasta las 19, se deriva a los establecimientos hospitalarios de mayor complejidad y aquí el protocolo ILE establece la internación de la mujer.

Santiago, en cambio, no pone límites para garantizar el derecho:

—No tengo límite, el dilema a mí se me acaba cuando entra la perspectiva de derechos. Como yo soy un garante

de los derechos, mis dificultades yo trato de elaborarlas... digamos, un embarazo avanzado... primero que ambulatoriamente no sería lo ideal hacerlo, pero no tengo un límite, la verdad que no pongo límites.

Por mi parte, voy a ir al grano porque es un tema que despierta mucha pasión y correrte por derecha y por izquierda es deporte nacional. Desde mi punto de vista, si el protocolo dice que hasta las 12 semanas, hasta las 12 semanas lo atendemos en el centro de salud. A partir de ese momento y hasta las 19 semanas correspondería ir al hospital. Lo que pasa es que la gente vuelve al centro de salud, ya sea que vino de 14 semanas o vino de 18, o vino de 23. Sí, hemos tenido mujeres que han venido de 23 semanas y yo lo que hice fue llamar a la gente de La Revuelta. Las limitaciones de la edad gestacional hubo que trabajarlas en el protocolo, hubo que trabajarlas con los hospitales, hubo que trabajarlas con La Revuelta, hubo que trabajarlas con las familias y con los mismos profesionales, porque había muchas dudas. Siempre se necesitan estudios, se trabaja en conjunto con el ecografista, con el laboratorio, es algo que se resuelve con muchas personas trabajando de forma coordinada, nunca lo resuelve una sola persona. Lo que sí puede resolver una sola persona es desencadenar la obstaculización del derecho.

“Se accede muy fácil a la objeción de conciencia”, me dice Pedro. Desde mi experiencia como enfermera y trabajadora de la salud pública hay dos tipos de objetores: aquellxs con quienes no se justifica discutir porque no van a cambiar de posición, y aquellxs que no son objetorxs por convicción, sino por comodidad, para no involucrarse. Para ponerle nombre a la caracterización digamos que

tenemos por un lado objetores teóricos o morales y, por el otro, objetores prácticos.

—Mi abuelo del campo siempre decía “caballo viejo no agarra trote”. Acá hay mucha gente que es cómoda, cerrados acá —Pedro se señala la cabeza—, porque no quieren problemas. Es objeción de comodidad, muchas veces, “a mí no me jodan, *yo argentino*, a mí no me joden”.

—Carolina me dijo lo mismo, ¿viste Carolina, la flaca de El Bolsón?

—Sí, esa es bastante guerrera.

—Sí, eso parece, me contó del desgaste que implica pelear constantemente con otros servicios y la impotencia de ver el maltrato que ejercen contra las mujeres. Por ejemplo, para que lxs ecografistas hagan las ecografías a veces lxs ginecólogxs hasta tienen que mentir el diagnóstico.

—Claro, por ahí ponés que vienen con una hemorragia...

—Sí, o que tienen amenaza de aborto, así te dan una eco urgente, porque si no, te hacen sacar un turno y esperar cuatro o cinco semanas y eso en un embarazo de 8 ya son 13 o 14 semanas.

Este debate sobre los obstáculos a la realización de ILE se dio muy fuerte en la Cátedra Libre. En el módulo II las docentes propusieron un ejercicio, se debía discutir en grupo por qué se rechazaría una ILE en esta situación: dos hermanas menores de edad cursan embarazos de 14 y 17 semanas producto de violaciones realizadas por su hermanastro, mayor de edad. Cuando la madre descubre los embarazos, solicita la interrupción en un centro de salud. Las adolescentes afirman su deseo de interrumpir el embarazo con expresiones como “quiero que me lo saquen”, “tengo un monstruo adentro que me va creciendo”. Bien, en el grupo debatimos sobre la situación brindada y pensamos colec-

tivamente los justificativos posibles para no garantizar la interrupción y surgieron tres argumentos: la objeción de conciencia, la cantidad de semanas de gestación (17) y la posibilidad de riesgo para la vida de la adolescente en caso de abortar. De estas tres argumentaciones, el grupo resolvió que la única válida era la objeción de conciencia. Debatimos que las y los objetores de conciencia deben estar inscriptxs en el hospital y que la institución no puede ser objetora de conciencia en su totalidad. ¿Y cómo se procedería después de rechazar el procedimiento con amparo en la objeción de conciencia? Cuando se elaboran posibles cursos de acción, aparece como primordial el comunicarse con otras instituciones estatales u organizaciones (dirección del hospital, oficina de atención al ciudadano, Defensoría del niño, niña y adolescente, Socorristas), así como apoyarse en el fallo FAL y hacer pública la situación. En la resolución del conflicto, a la hora de proponer interpelaciones y problematizar las prácticas médicas, fue crucial mi amiga Carmen, trabajadora social y socorrista.

Otro obstáculo, además de la objeción de conciencia, la edad gestacional y la salud de la gestante, es el poder. Algunxs efectores de salud utilizan su posición de poder en instancias de vulnerabilidad de las mujeres para disciplinar y aleccionar. Por ejemplo, Francisco cuenta cómo la indagación sobre una paciente llega a equipararse a una tortura: “En el hospital todo el tiempo venían mujeres que se hacían abortos de manera inducida con pastillas, pero mal hechos, y llorando y con dolor... y sobre todo esta situación de clandestinidad era lo que más llamaba la atención, y el médico en ese escenario..., ¡la interrogaba! Le decía: «Ese cuello no es un cuello —le decían así— de un aborto espontáneo. Esto lo hiciste con pastillas. ¿Cuánto te salió la pastilla?». Y la chica, respondiendo bajo el dolor...

De esas, un montón. Entonces eso hace que uno diga: *Bueno, yo puedo hacer lo mismo, pero más cuidado*".

También aparecen trabas u obstáculos que tienen que ver con las posiciones de poder hacia dentro de las instituciones. Si una es mujer, tiene menos poder, si unx es residente, menos, si es enfermera, menos, y así. Hay marcos de interpretación de cuánto le está permitido a cada uno o a cada una hacer según su rol y su posición. Santiago recuerda una situación del estilo, de cuando era residente: "Cuando estaba en la residencia, estábamos por atender a una chica que estaba estudiando en segundo año de la facultad, tenía un atraso, qué sé yo, y la ginecóloga le da la noticia de que estaba embarazada: se le cayó el mundo a esa chica. La ginecóloga le abrió el cartón⁷ ahí nomás, digamos, no hizo... y a mí eso me movilizó un montón. En ese momento no pude cuestionar. Y después, bueno, cuando me tocó otra vez, me puse en contacto con La Revuelta y yo empecé a acompañar".

A veces la propia convicción de garantizar el derecho a interrumpir un embarazo es acechada por prejuicios. No siempre la traba viene de los otros o de la institución, a veces es una misma la que entorpece el proceso. Sofía, que también vive en San Martín de los Andes, como Santiago, rescata de la memoria instancias en las que se encontró discutiendo con colegas si corresponde o no confeccionar la receta de misoprostol a una mujer:

—Con muchas compañeras de acá, que creemos que tenemos la cabeza bastante abierta, nos pasaba de estar en situaciones donde nosotras estábamos discutiendo sobre la situación de una mujer, si estaba bien, si no estaba bien, aunque no le poníamos esa palabra. Pero dis-

7. El cartón de seguimiento de embarazo es un instrumento que da cuenta de las diversas etapas de los embarazos.

cutíamos si hacíamos una receta por misoprostol o no. Nos inventábamos excusas: que no hay disponibilidad de medicamento, cosas así.

—Y ahora, en retrospectiva, ¿qué pensás de esas reacciones tuyas?

—Si yo hubiera tenido la convicción de que tenía que acompañar a esa mujer y que ella estaba solo exigiendo un derecho, yo tendría que haber hecho la receta, ir y pelearla con el director del hospital hasta que esté la medicación. No hice eso por más progre que me sintiera.

Otra barrera difícil de franquear es la de garantizar el aborto en segundo trimestre. En los relatos esto aparece asociado —al menos— a dos tipos de incomodidades, una incomodidad que pareciera cabalgar entre lo subjetivo y lo moral, y otra incomodidad que refiere al producto con el que se encuentran. Vanina, que es tocoginecóloga, dice que el aborto medicamentoso le posibilita a la mujer un mayor margen de autonomía, a la vez que otorga a lxs efectores de salud una posición de mayor comodidad, en tanto lxs desliga de ocuparse del producto. Cosa que no sucede en el segundo trimestre.

Sergio, también tocoginecólogo, menciona la edad gestacional como una limitación: “aparecen muchos *peros* con la edad gestacional, pero yo digo que somos especialistas en esto”. En el mismo sentido, Fabián reconoce que “hay susceptibilidades”. Estamos en ronda después de cursar, ¿por qué Fabián habría de bajar la voz si estamos solo per-

sonas que hacemos ILE, en el recreo de una cátedra sobre aborto?

—¿Qué son esas susceptibilidades?

—Es necesario manejar los productos que se eliminan.

—¿Hay quienes no hacen abortos en el segundo trimestre porque no saben qué hacer con el feto?

—Sí, hay reacciones culturales en base a eso y se genera una tensión y una cuestión que no está buena. Pero me parece que viene más por ese lado, cómo nos sentimos frente a esas prácticas, en relación con otras. Obviamente, lo que es moral es histórico y a los que estamos a favor del aborto no nos gustan esas cosas que son medio obvias.

IV Recibir a quienes no desean el embarazo

*... entonces la gente se siente acompañada
y se crea una relación de más confianza,
te diría que hasta de agradecimiento.*

Lila, licenciada en Enfermería, 50

Dice el Informe de La Revuelta: *El apartado IV trata de sistematizar aspectos clave acerca del cómo hospedar a las personas que se acercan con un embarazo no deseado.*

No hay una sola manera de abordar a una persona que se acerca con la certeza de que no quiere continuar un embarazo. En cada situación es diferente cómo se recibe la consulta y se gestiona el aborto, cómo se evitan dilaciones y revictimizaciones. Si bien no hay una sola manera de tramitar estas consultas, porque cada persona es un mundo, cada institución tiene sus huellas, cada territorio sus códigos, hay sin embargo una serie de saberes específicos que hoy podemos sistematizar, para que futuros y futuras acompañantes de abortos en el sistema de salud cuenten con un soporte técnico y con un soporte afectivo y político.

En relación con la consulta

Durante la consulta, el rol protagónico corresponde a la escucha y no al decir médico. Es más importante escuchar que decir. En el espacio de la consulta confluyen otros espacios: el de la escucha atenta y sin prejuicio, el espacio para compartir los miedos, el espacio para hablar de deseos y no deseos, para conocer que se cuenta con opciones, y el espacio para experimentar otras formas de acompañar.

¿Cuál es la relación del sistema médico con los embarazos?, ¿la primera reacción debe ser desde las normas sociales que establecen que cualquier embarazo es bienvenido?, ¿o lo primero es escuchar qué desea la persona que trae la consulta, en qué circunstancia se produjo ese embarazo y cómo narra la persona su situación?

Para algunxs, como para Suyai, las interrupciones del embarazo le “hicieron cuestionar el concepto de salud”. Santiago lo expresa así:

—Respecto del embarazo no deseado, si uno se corre del centro y pone como primera pregunta *qué significa ese embarazo en ese momento*, en vez de *te felicito*, con eso ya hacemos mucho.

La mujer o el varón —porque puede ser un varón trans— que está decididx a interrumpir el embarazo es una persona con muchos miedos. Siempre que se recurre a un efector o efectora de salud emergen miedos, porque hay dolor, temor a las enfermedades, una sensación de desprotección, temor por el compromiso económico, por la fragilidad del cuerpo y muchos otros miedos. Pero los miedos de quien quiere interrumpir un embarazo son otros, Sergio los pone en palabras concretas:

—Miedo a ser juzgada, miedo a ser maltratada, el miedo por su propia salud.

—¿Esos miedos los manifiestan las personas que consultan?

—Sí. Yo me pongo en su lugar, en los pies de esa persona, me enfrento a una situación desconocida, no sé qué me va a pasar, cómo me van a tratar, qué me van a decir, cómo me va a ir, si voy a poder tener hijos después, si no voy a poder. Todo da miedo.

—¿Qué se hace como profesional en una situación así?

—Creo que si alguien se abre a la contención, es todo un vuelco, cuando a las pacientes las tratás bien... no hay que acariciarlas ni abrazarlas ni nada, hay que darles información, no hay que juzgarlas, es un vuelco.

Yo pienso, sin ánimos de ser aguafiestas, que ponerse en el lugar de la otra es imposible, hay posiciones que son intransferibles y más aún si se trata de un ser no socializado como mujer. Lo que sí es posible es empatizar. Como dice Juliana:

—Trato de ser empática, me atraviesan las cosas que me cuentan, yo me puedo identificar con eso, porque también tengo un útero, porque también podría haber sido víctima de tal cosa y porque también puedo llegar a sentir en el cuerpo lo que es tener algo que no querés tener y cursar con un embarazo no deseado que te debe desesperar y... digamos, eso tal vez yo lo puedo sentir un poco más que mis compañeros hombres, que nunca lo van a vivir y nunca lo vivirían; supongo que una se puede sentir más cercana en eso.

Lección aprendida: dar información y no juzgar es tratar bien. No hace falta acariciarlas. Un momentito, no estoy tan de acuerdo respecto a que no es necesario acariciarlas o tocarlas.

A veces las personas vienen con mucha soledad, con una carencia afectiva de años acumulada, y sentir la cercanía física, el calor de otro cuerpo, puede hacer una gran diferencia.

Aunque a veces, también, dice Cecilia, poner el cuerpo es parar la oreja:

—Hay una cantidad de cosas atrás cuando corrés el biombo de esa persona, en el alma, en el corazón, en su pasado... Y eso también es muy importante, tenés que estar preparada a veces para involucrarte en parte de esa historia y poder entender por qué a veces estamos ahí. Lo ideal, ¿no?

Suyai también es devota de la escucha:

—Me gusta un poco escuchar. Se crea un espacio de escucha, que me parece que es bastante enriquecedor y para el otro rompe una barrera, la barrera hegemónica.

Para Valeria, hay que escuchar antes de opinar, e informar, contener, no juzgar y en algún momento preguntar: ¿lo querés?

—En general viene la mujer y a toda mujer embarazada que consulta le preguntamos si es un embarazo deseado, si lo quiere tener. O sea, no es que tiene que venir exclusivamente para eso, abrimos esa puerta porque sabemos que en general ellas no saben que está esa puerta abierta.

“No saben que está esa puerta abierta”, repite Valeria en Bahía Blanca. Y como si la hubiera escuchado, Carmen desde Zapala retoma sus palabras y las embadurna de hartazgo.

—La mayoría de las mujeres no conoce su derecho, yo le explico, le explico el marco legal, le digo cuáles son sus derechos y le explico cuál es mi función dentro de ese marco legal en este tema en particular. Yo me pongo a

disposición porque hay muchas mujeres que no están aún con este paradigma, con esta información. La mayoría de las mujeres no conoce su derecho, es así.

Otro elemento que aparece en estas entrevistas es la idea de autopercepción de la salud o del riesgo para la salud. Según este paradigma, la presencia o ausencia de salud puede ser determinada por el o la persona gestante, y no exclusivamente por lxs efectorxs de salud.

—En serio que el riesgo de la salud lo define el otro, no vos. No soy yo la que digo si está en riesgo tu salud, vos sabés si está en riesgo tu salud, y eso a mí me permitió incorporar en serio la causal salud.

Miranda lo dice porque conoce. Si una mujer no parece tener a simple vista ningún problema clínico y dice que de continuar un embarazo su salud estaría en peligro, ¿qué hacemos? Tenemos algunas herramientas a mano para desentrañar cuál es este sentido de la palabra *salud*. Según la Organización Mundial de la Salud, la *salud* se define como ‘un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades’. Cuando hablamos de *salud*, es necesario referirnos a un concepto integral de la salud, es decir, el estado de bienestar general del ser humano, salud física, mental y social, es lo que la OMS define como *salud integral*. ¿Qué es *salud*, entonces? Un conjunto de factores biológicos, sociales, emocionales y espirituales que contribuyen a un estado de equilibrio en el individuo.

Para Suyai, en este sentido: “al entender que la salud es social uno encara desde otro lugar, porque tu marco conceptual tiene que ver con la integralidad o con que va más allá de lo físico”. “Es toda una deconstrucción del conocimiento y la intervención, entonces si lo ves así es

mucho más fácil. Yo no me tengo que pelear con la ginecóloga que está de turno para internarle una paciente. Lo resuelvo con otros por otro lado y lo termino resolviendo”, dice. Cuando irrumpe el aborto no hay tiempo para discutir qué paradigma de salud utilizan otras personas, si el máximo organismo internacional ya dijo que la salud es integral, entonces con esa certeza y esa legitimidad, una actúa, no espera.

Una persona que lleva adelante un embarazo indeseado puede prever cuán riesgoso puede ser para su salud continuar la gestación a contracorriente de su deseo, de sus posibilidades psicológicas, materiales, o sea cual fuera el motivo por el que no quiere continuar con el embarazo.

En relación con la gestión del aborto

Según nuestrxs entrevistadxs, hay una secuencia de actuación “artesanal” que se compone de los siguientes pasos: se ayuda a tramitar la ecografía; se explica el uso de la medicación y se garantiza el insumo; se habla de los signos de alarma que hay que atender; se consulta acerca del día que van a iniciar el proceso; se entrega un nombre de referencia que trabaje en el hospital por si tienen que ir a la guardia y, por último, algunxs ectorxs hacen un seguimiento telefónico o realizan visitas domiciliarias que aprovechan para perfilar el control posaborto.

Carmen dibujó en una hoja A4 el recorrido que ella hace cuando acompaña ILE. Como un croquis, parecido a un juego de mesa. “¿Es el juego de la oca?”, le pregunté. “No, es el juego de la vida”, me respondió y yo estallé en una carcajada desorbitada que rápidamente Carmen calló con un gesto severo.

—Nosotros hacemos el acompañamiento, empezamos a hacer como un registro. Se les entrega la medicación, se les

explica el uso, inclusive se les da bien anotado las tomas, les preguntamos cuándo lo van a hacer, si es en día de semana, les decimos si a ellas no les molestaría que nosotros en el horario que estamos acá las llamemos para ver cómo fue el procedimiento, si hubo alguna dificultad o algo. En general, las que vienen siempre piden hacerlo en el finde, que pueden estar más tranquilas o que pueden irse a la casa de alguna amiga. Se van con las pautas de alarma, si tienen que ir a una guardia, referenciarse con E. L. en el hospital, y bueno, hasta acá nos hemos manejado así, muy artesanalmente. Tratamos también de visitarlas después, para darles el pedido de ecografía, de los diez días, y ya agendar un turno con Medicina General para el tema de anticoncepción.

Valeria relata un croquis similar:

—Todas las mujeres que he acompañado tienen mi teléfono, les escribo todos los días, me pongo re pesada. Pese a que el tratamiento es bastante seguro, los riesgos están. A esta chica —Valeria señala su teléfono— se le prolongó bastante, tuvo que hacer varias consultas por diferentes razones, y en ningún momento se sintió sola. Justo me mandó un mensaje diciendo que para ella fue re importante eso, y la verdad que para mí es gratificante. Toda esta gente que dice que el aborto genera un trauma... no, lo que genera un trauma es sentirte sola, es el estigma, sentirse juzgada, es el miedo a tener alguna complicación.

Pero este acompañamiento abierto, a la luz del día, por parte del personal de salud, no siempre fue tan armónico y seguro. Hubo un progreso lento y paulatino para sacar a los abortos de la soledad.

Pedro me habló de una agenda con teléfonos de farmacias, que compartían pocas personas, solo el personal de confianza.

—Teníamos una agendita guardada en un cajón con llave, que no la veía nadie del resto del centro de salud, porque los que hacíamos los abortos, los que participábamos de eso, éramos los residentes. O sea, el resto del centro de salud no estaba de acuerdo con eso. Entonces teníamos una agendita escondida con las farmacias amigables, entre comillas amigables, porque te mataban con los precios, se aprovechaban, y nosotros hacíamos la consejería, así funcionaba.

¿Cómo fue el pasaje de la agendita con las farmacias “amigables” guardada en un cajón con llave, a inscribir el aborto en las historias clínicas de las mujeres? Ariana, cuando narra sus prácticas, no sale del asombro:

—Que en la historia clínica del centro de salud quede esa constancia, que el motivo de consulta es interrumpir el embarazo. Yo lo pongo, quizá después terminamos con el cartón de embarazo dentro, pero siempre eso yo lo dejo asentado y les aviso que lo voy a dejar asentado.

¿Y una vez que el aborto ya se produjo?

Una persona que decide abortar hace ejercicio de su autonomía y de su libertad, y una facilita desde los cuidados ese proceso. Además, participamos de una decisión trascendental para la persona que se acerca a consultar: la vida de esas mujeres deja de estar pausada, se termina ese paréntesis tan angustiante que es no querer algo y no saber cómo salir de esa situación en la que lo no querido se impone. Y una ve ese antes y después como testigo, pero a la vez como una compañía fundamental. La sensación para quienes acompañamos abortos es de alivio y satisfacción.

—¿Es *satisfacción* la palabra? —le pregunté a Pedro.

—Satisfacción, sí, un montón, porque uno ve la vida de las mujeres como en pausa, o si están estudiando o lo que estén haciendo, como que está todo en pausa, como que está ahí todo el tiempo masticándose eso, y cuando eso se resuelve, es muy satisfactorio. Y, aparte, saber que se resuelve eso de manera gratuita y que es seguro. Es importante saber que esas mujeres siguen viniendo al centro de salud, y uno las ve y están bien y continúan con su vida, y ya está, es un problema de salud resuelto, eso sí es muy satisfactorio.

—Tal cual, a mí me da un gran alivio —reconocí—, me da mucha tranquilidad saber que hice la diferencia entre cómo se siente una mujer que aborta sola y una que se siente acompañada. Se crea una relación de más confianza, te diría que hasta de agradecimiento, yo esto no debiera decirlo, pero me parece que se crea un vínculo de agradecimiento. Las mujeres vienen después de la ILE y te agradecen por haberlas acompañado, porque las llamaste por teléfono, porque les conseguiste el turno o... simplemente porque les agarraste la mano cuando se largaron a llorar. Yo he tenido situaciones de acompañamiento que después vienen y te abrazan en el medio del pasillo. Te diría que es hasta distinto con otras personas con alguna patología, que por ejemplo buscan siempre el regalo material.

CAPÍTULO 4

¿QUÉ OFRECE EL SOCORRISMO A PROFESIONALES DE LA SALUD A LA HORA DE PENSAR LAS PRÁCTICAS DE ABORTO?

Antes de ser enfermera no sabía qué era el feminismo, apareció con los años trayendo saberes médicos que a mí nadie me había enseñado, principalmente acerca de cómo acompañar partos y abortos. Acompañar-parto-aborto, de esas tres palabras la que más aprendí a analizar, sopesar y ponderar es “acompañar”. Antes de necesitar a las feministas, para mí el feminismo era algo ajeno y lejano, una especie de tribu encaprichada con pisotear varones o, a lo sumo, unas señoras aristócratas de principios del siglo XX que habían tejido estrategias políticas en la alta alcurnia para lograr acceder a derechos civiles para ellas, nunca para las pobres. Estaba muy confundida.

La primera feminista que vi en mi vida fue mi amiga por teléfono durante un año antes de conocernos. Había llegado a la salita una chica de 17 años, acababa de terminar el secundario y se había puesto a trabajar, pero quería anotarse en un terciario. Se dio cuenta de que estaba embarazada casi a las 12 semanas. Ella sabía quién la había embarazado, no me lo dijo, pero fue alguien de su familia. Quería sacárselo, me decía así: “¿Cómo me lo saco?, ¿cómo me quito esto? No me quiero arruinar la vida, soy muy joven”. Yo, que era enfermera, no tenía idea, no sabía ni cómo empezar, ni sabía si era legal, o qué había que hacer para

que pudiera abortar dentro de la ley. ¡Un desastre! Una trabajadora social que trabajaba en la salita me dio el teléfono de una cuñada suya. “Te doy el teléfono, pero yo no quiero quedar pegada”, me dijo. “¿Pero es legal?”, le retruqué. “Sí, pero igual, ni me menciones”. Llamé a Rosa y me explicó paso a paso cómo hacer un aborto con medicamentos, cómo acompañar, cómo hacer algunas trampas dentro de las instituciones para que la chica tuviera los estudios que necesitaba. Con el tiempo la práctica fue más corriente, llegaban las pibas, las señoras buscando lo mismo, se había empezado a correr la voz, yo la llamaba a Rosa y lo hacíamos juntas, ella por teléfono. Con los años Rosa empezó a llamarme y armamos un vínculo de colaboración. Hoy, diez años después, me siento hermana de las Socorristas.

Todxs lxs entrevistadxs tienen una historia en relación con el socorrismo como organización feminista y con la Colectiva La Revuelta (iniciadora de la red socorrista). El socorrismo nos cambió la visión de las mujeres que llegan a la salud pública y en muchos casos afianzó la idea de la salud como trabajo social, que muchos y muchas traían desde antes de anotarse en la universidad.

Pedro, por ejemplo, se refirió en su entrevista al socorrismo como “el alma” de las prácticas que él realiza en la institución donde trabaja: “Creo que el socorrismo es el espíritu, es el alma de todo, nosotros estamos del lado de los profesionales y el socorrismo está del lado de la militancia, me parece que es eso, que es el alma que va manteniendo también ahí la cosa encendida. Es eso: una fuente de inspiración”.

Para Marcela, aunque vive en Junín de los Andes, a más de 400 kilómetros de donde activa La Revuelta, encontrarse con la organización fue un antes y un después.

—Para mí el paso que fue definitorio fue el surgimiento de La Revuelta, sí, primero en Neuquén, pero nosotras tenemos mucha conexión, idas, venidas, alguien que sabía, eso a todos nos permitió ver que había otros caminos, otras herramientas, no sabíamos cómo llegar, si había que pertenecer a La Revuelta, no, no había que pertenecer, yo no quiero, yo sí quiero...

—¿Por qué fue definitorio, Marcela?

—Porque saber que éramos más, sin importar que estábamos en otros lugares, nos fue empoderando en el sentido de estar acompañadas, tenemos alguien a quien llamar, podemos preguntar, podemos leer. Y después, eso se hizo cada vez más accesible porque las compañeras comenzaron a abrirnos caminos, a hacernos más fácil la comunicación, ya teníamos un referente donde llamar y eso fue marcando.

—¿Hace mucho que tuvieron ese primer contacto?

—Es muy reciente, diez años parecen un montón, pero en este tema no es un montón.

—¿Cuál es el vínculo que tenés ahora con ellas, vos como profesional de la salud, con las activistas?

—Eh... lo que hacemos es acompañar mucho, y eso está directamente asociado a la presencia fuerte de las socorristas. El trabajo que también se ha ido dando hacia adentro de la institución, impulsado por las socorristas, es muy importante para que las cosas funcionen como ahora. Empezaron con carteles, pero después eso fue avanzando en acercamiento, en información, qué sé yo. Son personas concretas, mujeres, que hablan de un conocimiento mucho más fuerte que el científico.

—¿Cómo sería ese conocimiento?

—Sí, sería un conocimiento mucho más fuerte que el científico porque aparecen las vidas concretas, y eso va dando mucha seguridad, porque ahí nos referenciamos en nuestra propia vida.

Para Santiago, que conoce a las socorristas desde 2012, son como “faros ahí en el camino, respecto a la ILE en particular”. Con él reflexionamos acerca de cómo el trabajo médico y la vocación de la medicina como servicio social y comunitario se hubiera frustrado de no ser por la persistencia de las organizaciones feministas, en especial las socorristas y en particular La Revuelta en la región. Toda esa carga que unx traía, de cuidado y de respeto por las y los otros, hubiera sido insuficiente de no contar con los saberes que nos trasladaron las socorristas u otros profesionales de la salud que enseñan aun poniéndose en riesgo.

¿Qué tiene que ver un médico con una feminista? Parece un chiste de payasos: ¿qué tienen en común un médico de familia y una activista feminista? ¡Que trabajan por la salud de las mujeres, lesbianas, travestis y trans! Es cierto que de no ser por las feministas estaríamos en una oscuridad total respecto de cómo garantizar abortos; lo que aprendemos en las universidades y en la vida institucional es apenas una linterna.

“El feminismo es una aplanadora, es la revolución que nos queda”, me dijo Pedro. “Toca un montón de puntos neurálgicos de la sociedad, que se ponen también en juego con el tema del aborto”, siguió diciendo, “ahora discutir el aborto va a ser discutir sobre el patriarcado también”.

¿Patriarcado? No pude más que preguntarle a Pedro qué entiende por *patriarcado* y cómo cree que se manifiesta en su trabajo como médico.

—En el fondo de nuestras prácticas como médicos que garantizamos abortos está el feminismo, que es el sustento de todo. Y está la lucha de clases, porque las que se mueren son las mujeres pobres, no se mueren todas las mujeres. Es un problema de salud pública y entramos

nosotros, que somos los que trabajamos en salud pública y tenemos que asegurar que esas mujeres estén bien. En todo esto está el patriarcado.

¿Acompañar abortos es militancia feminista y social para lxs médicxs? No para todxs, para muchos es un negocio. Para Miranda “es como uno de los lugares de militancia y de cuidado de derechos, y de sentir que uno puede hacer algún aporte”. Para ella, de todas las cuestiones del feminismo, acompañar abortos es en la que siente que puede aportar “un algo que haga alguna diferencia”.

Más allá de la satisfacción de sentir que se está aportando desde el lugar de trabajo, y dando incluso mucho más que lo que se espera de cada quien dentro de la institución, es recurrente la referencia al socorrismo como una fuerza que motoriza la labor: alma, espíritu, faro.

Ariana no se cuenta como heroína, para ella garantizar una ILE es parte de su trabajo y su responsabilidad en relación con garantizar un derecho, “es justicia”, dijo hace un ratito. En cambio, cuando describe a las socorristas no sale de su asombro.

— ¿Te impresiona?

— Es que realmente no estamos a su altura ni ahí. Cómo harán las chicas todos los días, qué fuerza que hay que tener, porque realmente es como un día muy... cuando pasa todo es una energía muy agotadora. Y creo que lo que las moviliza, no sé, es como la unión, una fuerza que hay en esto de ayudarnos entre mujeres.

— ¿Qué creés que pasaría si no estuvieran el socorrismo y el feminismo?

— Si no estuviesen estos movimientos... el sistema de salud está muy por debajo de todos. Yo les digo a las chicas que vienen “entrá, leé, fijate”, ayuda un montón leer esas

cosas. El sistema de salud y el feminismo tendrían que ir de la mano y no están de la mano, como que van en paralelo, pero lo que es claro es que el sistema de salud está muy por detrás de todo.

“El socorrismo es eso, el socorrismo es un grito que nunca fue escuchado”, me dijo Rodrigo. “Es un grito que no es nuevo, que no es de acá, digamos, y eso fue lo que más me impactó a mí del *Woman in Waves*¹, y ahí me convencí de que era el camino”.

—¿Cuál era el camino? —le retruqué, porque me pareció que estaba exagerando un poco desde sus 31 años.

—O sea, hacer algo fuera del sistema, siendo yo parte del sistema. Porque a diferencia de lo que hacen otras feministas, las socorristas más que hacerse ver o declararse, hacen, concretamente, acompañan. No dicen que van a acompañar, acompañan, están. Entonces, creo que el apoyo y el aporte del socorrismo a la discusión sobre legalización o despenalización del aborto² fue clave, y su mayor éxito fue ese grito silencioso o ese grito no escuchado. Como hablábamos recién, las pacientes venían al centro de salud no porque tenían un cartel en la puerta que decía “andá, el médico te va a acompañar”, sino porque las mujeres tenían amigas que habían sido acompañadas en ese consultorio, porque podían asistir al socorro y el socorro las direccionaba ahí. Entonces el socorrismo es eso, la sororidad, como decía, el acompañamiento de unos con otros, como comunidad y no como médico-paciente. Creo que esa es la gran ventaja del socorrismo. A nivel

1. *Woman in waves* es una organización holandesa que trabaja sin fines de lucro para prevenir embarazos no deseados y abortos inseguros.

2. Se refiere a las jornadas de exposición en la Cámara de Diputados en el contexto del trabajo en Comisiones de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, en mayo de 2018.

local, ni hablar, el socorrismo es el principal proveedor de información sobre usos de medicación, es el principal sostén que uno tiene ante complicaciones, pacientes que se pierden, pacientes que tienen que viajar en la mitad de un proceso, pacientes que no tienen amigas o familias o alguien de confianza que las pueda acompañar. Entonces, creo que la meta máxima sería que el socorrismo sea una herramienta más del sistema, pero no absorbida por el sistema, sino acompañada.

—Entrevisté a Ariana, la médica generalista de Zapala, ¿viste la de gorrito? Ella me decía que el sistema de salud y el feminismo tienen que ir de la mano y que hoy en día no están de la mano, como que van en paralelo, ¿estás de acuerdo?

—Sí, estoy de acuerdo y creo que el socorrismo no puede ser absorbido por el sistema de salud, sino que tiene que ser un elemento aparte pero legitimado, que se reconozca el tremendo trabajo de vigilancia, en el buen sentido, que hacen sobre las prácticas de salud. Gracias a ellas miles de abortos que estaban destinados a ser inseguros fueron seguros.

Otro aspecto abordado por lxs entrevistadxs, del que ya hemos escrito unas buenas líneas, tiene que ver con el acercamiento concreto a la Colectiva La Revuelta. Esto aparece explícitamente en ocho relatos y abordan el tema destacando diferentes aristas. Por ejemplo, Marcela mencionó los aprendizajes relacionados con la metodología de los acompañamientos, remarcando lo novedoso del acompañamiento durante todo el proceso: “Tomamos la forma de ustedes, que es acompañar mucho por teléfono”, les contó a las investigadoras de La Revuelta.

En otro orden de aprendizajes, Carolina mencionó que las compañeras de La Revuelta “son como súper estudio-

sas y todo el tiempo se capacitan y van aprendiendo más, entonces, para mí eso está buenísimo, ¿no? Como el poder fundar, el poder argumentar. Y después, aprendí de sus estrategias de cuidado hacia las mujeres y de autocuidado como red y como militantes”.

Con relación a los saberes, Carmen también remarca la seriedad, la presentación de estadística, el material que se produce. Y Carola menciona que es una “fuente de información fidedigna” y sería para las mujeres: “La verdad que la calidad que tienen para hacer los acompañamientos es increíble”. Se califica a la información como “fehaciente”, “bien hecha”, y que esto sirve como recurso para las mujeres, “un recurso que no se daba antes, que la paciente andaba como ciega”, dijo Vanina.

Suyai, desde El Bolsón, también remarcó la seriedad de la información, pero ella acentúa el sesgo político de generar y dar esa información.

—Se percibe que la entrega de materiales, donde se dice con claridad lo que hay que hacer, es lo que rompe la hegemonía, es donde está la ruptura...

—¿En esa contrahegemonía vos notás que está la fuerza del feminismo?

—No, la interrupción del embarazo te acerca al feminismo, y eso también te acerca a un montón de lecturas distintas, te acerca a un montón de compañeras diferentes.

¿Qué les pasa a los varones que se vinculan al socorrismo con ese acercamiento al feminismo? Fabián y Santiago son los únicos dos de los ocho varones entrevistados que plantearon reflexiones desde andamiajes feministas con respecto a su condición de varones:

Fabián: “... a veces definirme socorrista me cuesta, porque digo: es un honor poder ser socorrista (...) por un lado

está muy bueno y por otro hay que tener mucho cuidado de no caer en esta cuestión de *ay sí, yo soy varón y garantizo abortos, soy re copado*".

Santiago: "... he aprendido mucho, y a interpelarme en términos de mi condición de varón también, porque junto con el socorrismo vienen un montón de cosas aparejadas que han sido sanas y que creo que esas son las que todavía más me cuestan de mi trabajo y de mi condición de varón".

Para Francisco, el socorrismo hace un acompañamiento que no es solo farmacológico, es un acompañamiento emocional que le quita patología a la situación. Para él, el socorrismo garantiza lo que debería estar garantizado por el sistema de salud, pero que no lo puede hacer de manera efectiva porque se interponen prejuicios. Las socorristas y lxs profesionales de la salud trabajan a la par, pero muchas veces hay cierta tensión. Por ejemplo, cuenta Sofía que entre ellxs perciben que derivar interrupciones hacia el socorrismo es no asumir la responsabilidad que les corresponde a las instituciones de salud.

En contraste con ese punto de vista, está el de Sergio, que sostiene que las socorristas: "Tienen un rol social importantísimo, que es el rol que nosotros no podemos por ahora suplir: el de la interrupción del embarazo, nosotros nos basamos bastante en causales, más o menos estrictos. Entonces ahí es donde nosotros fallamos por falta de legislación".

Si bien estas entrevistas reflejan un equilibrio armonioso entre ambas partes, la calma no puede generalizarse. El reconocimiento al socorrismo por parte de estos profesionales de la salud es total, pero muchos de ellos aceptan

que el proceso de acercamiento no fue siempre sencillo. Valeria, por ejemplo, recuerda:

— Empecé a conocer cómo se manejaban, que existía una telefonista, Rosa... y al principio me daba un poco de miedo y también yo decía “¿cómo le digo a la persona que tiene que llamar a un número de teléfono y cómo le explico todo lo que va a pasar sin que parezca tan turbia la situación?”, pero después me di cuenta de que también tenía que ver con que yo tenía que estar segura de lo que estaba haciendo porque si no, no le iba a brindar seguridad a ninguna mujer. También empecé a ver que el trabajo era bastante serio, porque al principio yo decía: “¿Qué onda esto?”, con desconfianza.

— Algunos dicen que se necesita una existencia paralela de trabajadores de la salud y socorristas para que las prácticas fluyan y sea lo mejor para las personas gestantes...

— Sí. Creo sinceramente que además de que obviamente se necesita de un acompañamiento desde los trabajadores y trabajadoras de la salud, sin las socorristas esto no se hubiera podido garantizar, hubiera sido lo mismo que antes, que nada más accedían las que podían comprar la medicación. Bueno, la existencia de las socorristas permitió que sea un acceso un poco más integral y eso me parece fantástico, más trabajando en el sistema público, que ojo, obviamente, se tendría que encargar el Estado, pero bueno, así estamos...

CAPÍTULO 5

AVANCES Y DESEOS POLÍTICOS EN TORNO AL ABORTO

*... no tener miedo, salir del clóset
dejar de guardar la libretita ahí,
que quede en la historia clínica de la paciente.*

Pedro, médico generalista, 37, Neuquén

*Dejamos de recibir todo embarazo como una alegría familiar,
en la misma atención de embarazos se pregunta:
¿estabas buscando?, ¿lo querés?, ¿no lo querés?*

Miranda, médica generalista, 50, Plottier

El Informe de La Revuelta dice: *Durante las entrevistas también hubo momentos para reflexionar sobre los avances ocurridos en estos años en torno al tema, sobre lo acontecido con las prácticas de aborto en algunas instituciones y sus deseos políticos (...) el debate social, cultural y político que aconteció en el país —en tiempos del desarrollo del trabajo de campo de esta investigación— tiñó de manera esperanzada aspectos que van más allá del logro de la ley en sí misma.*

Por fin llegó la esperanza. Repasamos recorridos vitales de trabajadorxs de la salud, que por momentos se vuelven muy empinados, se hacen cuesta arriba. Una médica generalista que soñaba con que su trabajo fuera social, con ser cuidadora, en el sentido del cuidado feminista, se topa con que primero en su formación y luego en su trabajo, las personas pasan como número, como afecciones, como clientes. Qué decepción. Vimos cómo para muchxs ir a trabajar a

ciudades o pueblos pequeños fue una opción de acercamiento a un trabajo social más político que científico y, dentro de las instituciones de salud, lo mismo con ir hacia espacios barriales, comunitarios, centros de salud chicos, salitas de atención primaria. El panorama que nos muestran es que en instituciones grandes y complejas como los hospitales, los obstáculos para una atención respetuosa de la salud integral están más arraigados, que hay una estructura de poder que limita la toma de decisiones tendientes a garantizar derechos, que hay abusos de poder de jefes sobre posiciones de menor rango o sobre residentes, y un sexismo tan o más naturalizado que en el resto de la sociedad. Y que garantizar abortos en estos escenarios se vuelve un plan secreto de un grupo de delirantes apoyados por feministas socorristas. Y que aun así, con el apoyo externo, deben argüir triquiñuelas para que niñas, adolescentes o adultxs que necesitan o desean interrumpir un embarazo dentro de la legalidad puedan hacerlo. Supimos del imperativo de la denuncia policial, de las libretas de farmacias amigables guardadas bajo llave, del falso diagnóstico para garantizar ecografías, todas tretas para cumplir la ley, garantizar derechos dictados por leyes locales, nacionales e internacionales. En este contexto, ¿hay esperanza? Es lo último que pierdo, pero en general me dejan sola con el sentimiento. El resto de lxs veintiún entrevistadxs, jóvenes de procedencias tan disímiles, ¡tienen esperanza! Si no estuviera escribiendo, estaría saltando.

La importancia de visibilizar las prácticas de aborto en los lugares de trabajo aparece muchas veces en los relatos; dejar de ocultarlas puede traer un cambio en las miradas, como alguna vez nos pasó a muchxs de nosotrxs. Ir y venir de lo personal a lo colectivo se anuda a procesos más amplios de conquista de derechos.

“Salir del clóset”, “ponerlo sobre la mesa”, “hablar sin miedo”, “conversar más del tema”. Cuando se realizaban las entrevistas, estaba en pleno desarrollo el debate en el Congreso nacional acerca de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. El debate puertas adentro del Congreso fue televisado y durante varios meses se discutió el aborto en todos los espacios sociales. Fue una gran clase abierta sobre derechos sexuales, autonomía de los cuerpos, trabajo legislativo, medicina reproductiva, feminismos y sobre cómo se distribuye el poder, qué alianzas se tejen, qué actores tienen preponderancia sobre otros.

Durante esos meses se inauguró un nuevo mundo en el que ya a nadie le resulta indiferente el aborto. Lo fundamental del debate es que “lo ha puesto en boca de todo el mundo”, decimos; sacó a la luz el hacer profesional de muchas y muchos de nosotrxs, por eso estamos empoderadxs. Con expresiones del tipo “dejar de mentir”, acabar con “la libretita”, damos muestra de este fin de época. Los abortos salen del clóset.

Un médico generalista, Pedro, muestra cómo el incluir la interrupción del embarazo en la historia clínica está posibilitado por el marco legal existente y señala también un cambio en que las mujeres aprueben que se explicita el aborto: “Antes, mentíamos un poco para no exponer a la mujer, que muchas veces no quería. Hoy preguntamos: «¿Te molesta si ponemos ‘interrupción legal del embarazo’?». Y en general dicen que no, que no tienen problema, porque también nosotros le damos otro marco de legalidad, me parece, o socialmente se le da otro marco de legalidad”.

Por su parte, una médica, Miranda, reconoce las implicancias que tiene para ella que hoy sean las propias mujeres quienes definan por qué ese embarazo afecta su salud:

“Eso fue tranquilizando mis preocupaciones legales”, dijo en la investigación de La Revuelta. Además, están quienes destacan, como Marcela, movimientos mínimos aunque definitorios para las vidas concretas: “Poquito, un movimiento, que esa piba hace cinco años atrás no hubiese estado en esa situación, son como historias de vida que mueven la aguja, no otras cosas, a veces hablamos de estadísticas, y sí, las estadísticas nos suman, nos restan, pero en realidad una sola historia de vida ya movió la aguja”.

Como otro signo de cambio positivo que abre un entusiasmo sobre lo que puede deparar el futuro, está la alusión a que la visibilización significa poder dar respuestas a las mujeres con más compañerxs de trabajo. Sacar los abortos de la oscuridad significa también más profesionales trabajando y eso siempre es mejor atención a las personas. Aparece así, nuevamente en palabras de Ariana, la valoración del trabajo en equipo destacada en apartados anteriores: “Y al otro día llegué y estaban todas [en servicio de enfermería] leyendo el protocolo. Se ponen en el lugar, si fuera su hija, si les hubiese tocado a ellas. Antes esto no estaba, me parece, ahora uno lo puede hablar”.

Además, este “poder hablar” reenvía poder a otros aspectos del hacer médico que también permanecían silenciados. Por ejemplo, hablamos de la capacidad de decidir sobre el propio cuerpo, algo en general vedado a niños, mujeres, trans, travestis y otras personas vulnerables. Para Ariana, “básicamente la posibilidad de decidir es lo que molesta en este sistema”. Santiago nota lo mismo: “La ILE es como la excusa, entre comillas, que permite trabajar muchas cuestiones en lo que hace a la atención de la salud, por ejemplo para evitar esa tentación de decidir por el otro”.

Y Vanina también señala todo lo que la ILE trae: “Hay más predisposición en muchos sentidos, es ILE pero también es *derechos sexuales y reproductivos* en sentido amplio, es cómo te pensás en relación con garantizar derechos”.

Cuando comenzamos a relatar esta investigación dijimos que lo más satisfactorio que podíamos encontrarnos es el cambio de actitud, que una/un profesional de la salud, una/un efector de salud pase de negarse a garantizar el derecho a interrumpir un embarazo —sea por miedo, por ignorancia, por comodidad o por prejuicios—, a aceptarlo como una práctica de salud necesaria, legal y legítima. Y efectivamente, están quienes destacan sus cambios de mirada sobre los embarazos y, por consiguiente, sobre el aborto.

“Hay que cuidarse, porque no sabés si la persona que viene con esa noticia está tan contenta con lo que le pasa”, dijo Carmen esa tarde que la visité en su casa. Y siguió: “Cuando cualquier mujer se acerca y consulta para saber si está embarazada o no, lo primero que le preguntan es cómo está con esa decisión, que es algo que fuimos aprendiendo, entonces ahí como que da una primera posibilidad de decir «y, la verdad que no lo quiero»”.

Esto resulta altamente prometedor como perspectiva crítica si lo entrelazamos con el desarrollo sobre cómo el sistema de salud se ha montado sobre las responsabilidades de las mujeres con la maternidad y la crianza.

Sofía también relató su transformación: “Hoy puedo decir que cambió mi mirada, hasta hace poco, si no conocía a la paciente pensaba que no podía acompañarla, pensaba que tenía que evaluar yo la situación de esta mujer. Ahora, cuando ella dice que decidió que ese embarazo no

puede continuar, lo decidió. Yo eso no lo podía entender hasta hace muy poco”. Y Miranda: “En realidad dejamos de recibir todo embarazo como una alegría familiar, en la misma atención de embarazos se vuelve a preguntar: «¿estabas buscando?, ¿lo querés?, ¿no lo querés?»”.

Pero el impacto del cambio de época, y por lo tanto de imaginarios y actitudes acerca del aborto, no repercute solamente en los ámbitos de salud. Hay espacios educativos que también transforman sus estructuras a tono con los corrimientos. Una de las médicas generalistas, Juliana, de Bahía, quien también se desempeña en docencia, relata las experiencias que están desarrollando en la formación universitaria.

—Hace dos años que yo formo parte del grupo planificador en mi universidad, empezamos a meter ficha, no solo con cuestiones de género, identidad de género: empezamos a dar el seminario de Interrupción Legal del Embarazo. Hablamos del marco legal, de cuáles deberían ser las garantías, de cuál debería ser la relación médico-paciente, del cuidado de ese entorno, de ese espacio, las causales. Hace dos años; la carrera existe desde el 2005, pero bueno, vamos de a poquito.

Una de las consecuencias de la ola verde —subterránea o en la superficie— es también la formación de la Cátedra Libre en la que muchas de nosotras nos conocimos. La Cátedra Libre “El aborto: abordajes desde los derechos humanos y la salud integral” de la Facultad de Medicina de la Universidad del Comahue da cuenta de un momento histórico en el que se cristaliza en las instituciones el avance del movimiento feminista y de mujeres, y se vivencia una creciente aceptación social de la importancia de la despenalización y legalización del aborto. Las y los

400 que nos acompañaron en la apertura de la Cátedra expresan este clima de época y la necesidad de formación en la temática que existe entre lxs estudiantes de la carrera de Medicina, que conforman la mayoría de lxs inscriptxs. Durante el desarrollo de la Cátedra, el número efectivo de cursantes se inició con 147 y al último encuentro registrado concurrieron 78 estudiantes. Una magnitud numérica muy interesante al estar refiriéndonos a una cátedra libre vinculada a la temática de aborto, ¿no?

Hablar de aborto pareciera ser la clave para revisar las propias miradas, vigilarse a unx mismx acerca de sus prácticas y en lo posible modificarlas y así afectar vidas concretas en la medida en que logramos otros ritmos y tonalidades para garantizar ILE en las instituciones de salud. Visibilizar corre al aborto de un lugar antisocial, de un estigma que tiene pegado, y lo liga al peligro y al delito.

Una muestra de cómo la visibilización repercute de forma positiva son las palabras de Ariana, médica de 30 años:

—A las pacientes les dicen: “Andate al centro de salud que está tal”. Como que, por un lado, no sé si es tan malo que te tengan como abortera, o por ahí para otros será que sos referente. Ellos saben y te mandan a las chicas y no sé si es tan negativo que sea así. A mí me suena mucho más horrible ser objetor que ser abortero... van viendo que cada vez somos más. Y lo importante, me parece, está en hacerlo visible, y decir “sí, lo hago” y dejar registro y dejar de encubrir el motivo de consulta o esto de hacer las recetas a escondidas.

Pero no es sencillo mantener los abortos en la superficie; si no se ha hecho hasta ahora es porque acechan fantasmas de toda índole sobre la práctica. Los nuevos tiempos

abrieron un margen mayor de aceptación y el aborto fue despenalizado socialmente aunque el Estado no lo haya legalizado. Hay un *continuum* con la importancia de mantener en alto la agenda del aborto y el reclamo de la legalización, ya que permitirá “cambiar las condiciones de las mujeres que abortan”.

Haciendo un popurrí de opiniones que van en esta dirección, nustrxs entrevistadxs dijeron: “Que [las mujeres] se animen a hablar sin que les importe lo que el otro vaya a pensar, para mí es supremo”; “todo el tiempo siento que voy aprendiendo, pero eso, tenés un lugar muy poderoso, donde podés hacer mucho daño también”; que quienes “tienen más poder político que yo, entiendan que es una situación de salud pública, de salud sexual y de derechos humanos”. También insistieron con la importancia de incorporar más la perspectiva de género, considerar el aporte de la Educación Sexual Integral (ESI); en la necesidad de cambiar en salud el discurso vinculado a las bondades del embarazo; en que se desarrolle más empatía y se revise cómo se informa; en que el Estado realmente garantice las leyes vigentes; en que se armen consultorios de ILE en el hospital; en que se amplíen las formaciones para hacer AMEU¹ y en usos seguros de mifepristona; en que haya más redes con el segundo nivel de atención².

Uf. Todo esto. Tenemos un deseo político proyectado en estrategias concretas para seguir avanzando en allanar el terreno para que cada vez las ILE sean más aceptadas y

1. La aspiración manual endouterina o AMEU, es una técnica médica para retirar el contenido del útero a través del cérvix por medio de una cánula y una jeringa grande.

2. Pedro, Lila, Miranda, Carmen, Carola, Cecilia, Juliana, Suyai, Santiago.

tanto dentro de las instituciones como en el resto de la sociedad el aborto vaya perdiendo los estigmas y se llegue al fin a la aceptación y garantía legal, más allá de las causales. Tenemos un deseo político coordinado, eso es un montón.

Entre las estrategias que podemos construir, dos de las personas entrevistadas destacan la apuesta por generar datos.

Santiago: “... a mí me gustaría, como equipo de salud, digamos, tener la capacidad de generar y sistematizar los datos que tienen las socorristas. Nosotros tenemos muy poca práctica en hacer una lectura de los datos que se generan en la atención, eso me parece muy importante, porque mucho de lo que a mí me permite argumentar mi práctica son los datos que no vienen generados por mi propia práctica”.

Ariana: “Tiene que haber estadística para hacer a fin de año un número y decir: ¿cuántas se internaron por esto y no por aborto incompleto? Pero falta todavía un poco”.

También está la sugerencia de Carolina, que aspira al armado de observatorios para seguir el cumplimiento de la legislación “porque la ley por sí sola no garantiza nada”, y el llamado de atención acerca de la necesidad de una carrera de Medicina “en la Patagonia más abajo, al sur de Neuquén”.

Juliana también destacó el rol que puede seguir cumpliendo la universidad en favor de la legalización: “... en la universidad lo que estamos intentando es comunicar que legalizar el aborto está bien por esto, y sustentarlo desde lo teórico, desde lo histórico, desde lo legal y desde lo científico, digamos, para que no quede ninguna duda de por qué hay que legalizarlo”.

Si bien hay un deseo de legalización, que esté garantizada la gratuidad y el acceso universal al derecho a la autonomía sobre los cuerpos y a interrumpir embarazos, también se expresa un deseo que a simple vista podría parecer el reverso de este, pero no lo es. Es el deseo de que no existan los abortos o de que haya menos.

Tres profesionales de la salud vuelven a traernos la complejidad del aborto y de las significaciones ambivalentes de la práctica.

Rodrigo: “Mi deseo es que baje el número de abortos, mi deseo es que no existan interrupciones voluntarias del embarazo, mi deseo es que realmente podamos consolidar la atención y la promoción. Que no haya, por supuesto, relaciones sexuales no consentidas y además, que es una perogrullada decir eso, poder empoderar a las mujeres y los varones en su autocuidado, en su planificación, no solo familiar sino vital. O sea, una utopía, ese es mi deseo”.

Francisco: “Preferiría no hacerlo, no hacerlo en el sentido de no tener que hacerlo. No es que digo «qué bueno, viene una chica a abortar», prefiero no. Pero bueno, alguien se tiene que hacer cargo, ¿no? Me moviliza porque ahí hay evidentemente un dilema moral, ético, religioso, de libertades y demás que se ponen en juego”.

Valeria: “Pese a que estoy completamente a favor de la despenalización del aborto y de que se tiene que garantizar, creo que si podemos evitar esa situación sería lo ideal, pero que los anticonceptivos no van a hacer que esto no pase”.

Hablando de complejidades, Suyai me contó por teléfono algo que a mí no se me ocurrió, aunque sea tan mal arriada como ella. Si somos tan críticas con las grandes estructuras de los hospitales, que despersonalizan el cuidado, que

jerarquizan y mecanizan la organización del trabajo, ¿por qué queríamos llevar nuestros abortos a esos espacios? ¿Por qué queríamos que las mujeres se vean obligadas o empujadas a abortar en espacios de control y poder? Muy inteligente me resultó Suyai, que me dijo esto casi terminando nuestra entrevista telefónica:

—Yo no quiero que el aborto se haga en el hospital, la verdad; de hecho, la experiencia nuestra es afuera del hospital. Y en la medida de lo posible eso me parece que es lo mejor, porque nos saca un poco de poder. Para mí, las prácticas de los médicos son las que hay para romper y son las que van a ser difíciles, el pasillo del hospital es lo que hay que romper. Entonces eso para mí es el bardo y no va a cambiar en la medida en que seamos los médicos los únicos que podamos hacer la intervención.

¿Por qué deberían ser solo médicos quienes hagan los procedimientos? ¿Acaso las activistas, las socorristas no vienen garantizando abortos seguros hace años y en todo el mundo? ¿Por qué las desplazaríamos de ese rol que cumplen con responsabilidad?

Uno de los médicos, Rodrigo, aspira a que el socorristo se inscriba en el sistema de salud, sin ser absorbido por este. Para discutir hacia el futuro: ¿qué modelo institucional podemos pensar para que haya un esquema de acompañamiento y cuidados corresponsable entre el Estado y las organizaciones socorristas? Cecilia, por ejemplo, plantea que se ofrezca la posibilidad de elegir: “Que sea una cuestión que cada uno tenga la opción de elegir, de hacerlo de la mejor de las formas, contenida. Que si va a interrumpir no solamente sea con gente formada, sino que sea alguien que haya abrazado el tema, la temática y con más responsabilidad a veces todavía que un médico. Quisiera que en algún momento hubiera un lugar donde

poder ir a interrumpir, lugares físicos donde vos pudieras referenciar que vas a tener un equipo de gente...”.

Y por último, para terminar de mencionar proyecciones y estrategias, está el porvenir al que aspira este joven médico generalista, Fabián. Todo un programa de acción e inspiración para seguir investigando y acompañando procesos de transformación social: “Separar la Iglesia del Estado, eso está en mis grandes deseos. Todo el trabajo que tenemos que hacer con la sociedad, a nivel cultural, a nivel valores. Luchar contra el machismo, contra el patriarcado, ya lo sabemos, y ese es otro de mis deseos políticos, la victoria del feminismo. Un mundo feminista, sí, vamos por eso”.

EPÍLOGO

Desde hace muchos años pienso que la medicina no tiene destino como práctica que resuelve problemas de salud, si no pone ojos y oídos en la comunidad.

Con el aborto, con su carga de práctica estigmatizada e ignorada, tuvieron que venir desde el feminismo las socorristas a empujar los límites.

Y desde las organizaciones de la salud, las y los sensibles que se dejaron interpelar fueron corriendo esos límites, aprendiendo, escuchando, colaborando. Ellxs son los protagonistas de este libro, preciosamente ficcionado, al contar sus historias y las de su relación con las socorristas, al mostrar lo que hay para aprender al resto de la comunidad.

Y aquí estamos en un proceso de amorosas, virtuosas, transformadoras y efectivas interacciones, mostrándoles a todxs que así, juntxs, somos invencibles.

Esta relación vino para quedarse y para hacernos mejores.

Por un mundo feminista donde los equipos de salud y las socorristas estemos juntxs para cuidar la salud y los derechos de todxs.

Gabriela Luchetti LGMLDN

Impresión: Mundo Gráfico Srl.
Encuadernación: Encuadernación Latinoamérica
(Zeballos 885, Avellaneda)