

**Desafíos de la Ley IVE en los equipos de salud:
la interdisciplinariedad y la integralidad en APS
frente al nuevo marco de la Ley 27.610**

Dra. Sonia Laura Alvarez Cardenas ¹

Lic. Maria Libertad Binderman ²

Dra. Antonella Catanzaro ³

Dra. M. Soledad Gonzalez⁴

Resumen

Las autoras somos trabajadoras del CeSAC 37 que abordan la temática IVE/ILE, previa y posteriormente a la aprobación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en CABA. Este trabajo se centra en uno de los aspectos que forman parte de los “desafíos de la ley IVE para los equipos de salud”.

Desde el CeSAC 37 de CABA, previo a la ley 27.610 de enero de 2021 se trabajaba interdisciplinariamente en consultorios compartidos entre medicina Gral., Trabajo social y psicología en la atención de las situaciones de Interrupciones legales del embarazo basados en la garantía de acceso al derecho. El proceso de trabajo de lxs profesionales

¹ Médica, ELACM-Cuba, 2007. Especialización en Medicina general y/o Familiar, 2016. Magíster en Salud Colectiva, UFBA-Brasil, 2014, Equipo IVE/ILE del CeSAC 37, CABA.-
slac.alvarez17@gmail.com

²Licenciada en Trabajo Social; UNLAM; 2010 - Post. Especialización Docente de Nivel Superior en Salud Sexual Integral; Cohorte 2014: Inst. J.V Gonzalez, Equipo IVE/ILE del CeSAC 37, CABA

. - libertadbinderman@gmail.com

³ Medica UBA 2013, Especialización en Medicina general y/o Familiar 2016 (Ospecon, CABA), Equipo IVE/ILE del CeSAC 37, CABA.

⁴ Medica UBA 2010, Especialización en Medicina general y/o Familiar 2014(Prim Angel Bo, Hurlingham), Equipo IVE/ILE del CeSAC 37, CABA.- solgonzalez83@hotmail.com

estaba focalizado a la confección del informe pertinente dejando asentada las diversas dimensiones de la causal salud integral según el marco jurídico vigente hasta ese momento, en especial el Fallo F.A.L / Medida Autosatisfactiva de la Corte Suprema de Justicia de la Nación del año 2012.

A partir de la sanción de la ley 27.610 pudimos observar una disminución de solicitudes de ILE en especial con la nueva figura IVE hasta las 14 semanas.

Este trabajo es una reflexión sobre las modificaciones de nuestras propias prácticas de salud como equipo IVE/ILE luego de aprobada la ley a partir de algunos interrogantes como:

-¿Cuál es el rol del equipo IVE/ILE? ¿Hay cambios en la forma de intervenir? ¿Cuál debería ser el Eje de las consejerías IVE/ILE?

-¿La IVE debe ser considerada una práctica médica de rutina?

Este debate y reflexión del propio equipo busca establecer acuerdos internos en los cuales prime la atención integral de la persona y de calidad de esta.

Cuando introducimos el concepto de calidad, introducimos las variables que consideramos como obstaculizadoras y facilitadoras de esta, como tiempo disponible, cantidad de trabajadores de la salud para garantizar el acceso, etc.

Para el lector de la ponencia, este trabajo resultará de interés en la medida que se cuestiona el proceso de trabajo de los equipos interdisciplinarios con relación al abordaje de lxs consultantes IVE/ILE.

Palabras clave:Equipo interdisciplinario – Consejerías – IVE/ILE –Salud integral - Cuidado a la salud–Derechos humanos

**Desafíos de la Ley IVE en los equipos de salud:
la interdisciplinariedad y la integralidad en APS
frente al nuevo marco de la Ley 27.610**

Introducción

A partir de la aprobación de la Ley de interrupción voluntaria del embarazo en enero del año 2021 los equipos que venían trabajando en la temática se encontraron con nuevos marcos dentro de los cuales actuar y con ello un repensar de sus prácticas garantizando el aborto como derecho humano.

Con anterioridad a enero del año 2021, solo podían acceder a un aborto legal aquellas personas con capacidad de gestar que estuvieran encuadradas dentro del art. 1 o 2 del art. 86 del código penal de la Nación Argentina que dice:

El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible:

- 1.º 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;
- 2.º 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.

Esta realidad implicaba que desde el Ministerio de Salud de CABA se dispusiera de un protocolo a ser aplicado por hospitales y Centros de salud que determinaba cómo proceder ante personas con capacidad gestante que deseaban interrumpir su embarazo y que encuadraran dentro de las excepciones. Uno de los puntos de dicho protocolo era la elaboración de un informe interdisciplinario.

Para poder precisar nuestro trabajo en relación con IVE/ILE, es necesario contextualizar muy brevemente la historia del centro de salud en el que trabajamos. En el CeSAC 37, antiguamente conocido como “El resero”, solo se realizaban controles de salud escolar del área. Pero en octubre del año 2018 se tomó la decisión ministerial de reubicarlo en

un edificio nuevo y convertirlo en un CeSAC. Se incorporaron nuevas disciplinas y con ello nuevas tareas. En el nuevo establecimiento, comenzamos a trabajar en diferentes temáticas, una de ellas, Salud sexual e ILE. Al inicio, el equipo de salud que participó en forma directa del armado y ejecución de los dispositivos fueron: trabajo social, psicología y medicina general. No contábamos con ecografista, la cual se incorporó a principios de 2019, como así tampoco con administración y enfermería de manera articulada.

Apenas comenzamos a trabajar, nos capacitamos a través de diversos cursos y el pedido concreto al Programa de Salud Sexual de CABA que nos permitiera despejar dudas respecto a la Ley y competencias. Empezamos a participar en el comité de Salud Sexual del Hospital Santojanni, área del cual somos dependientes. Dicho espacio se conformó en el 2015, pionero dentro del área metropolitana. El comité se reúne una vez al mes, donde participan diferentes profesionales de todos los CeSACs del área e incluido el hospital. Este comité nos permite nutrirnos de las experiencias de nuestras/os colegas y compañeras/os y generar red entre los diferentes CeSACs y/con el hospital. Allí se generan flujogramas dentro del área, derivaciones oportunas, participación de diferentes servicios y acuerdos entre todos los participantes.

En el CeSACs propiamente dicho, el recorrido fue modificándose en estos pocos más de tres años. Al comienzo por parte de los administrativos, había temor en la temática. Se solía contactar en el momento, cuando había situación de ILE, a trabajo social o al servicio de enfermería. Allí las compañeras, una vez que hubo ecografista, le brindaban un turno para ecografía y/o para el equipo ILE según el caso. No teníamos agenda programada de ILE, y al atender por demanda espontánea se dificultaba el abordaje de la temática en forma interdisciplinaria. Luego se conformaron agendas conjuntas, donde se brindó un mayor tiempo de escucha para la persona gestante. Siempre se priorizo trabajar en duplas interdisciplinarias. En marzo de 2020 debido a la pandemia el equipo de salud se dividió en dos cohortes, sin embargo se mantuvo el trabajo en duplas y se intentaba resolver en el mismo día para comodidad de lxs pacientes.

En gestas menores de 12 semanas se le proporcionaba la medicación en el CeSAC (centro de acción y salud comunitaria) con elaboración de informe firmado por lxs profesionales y lxs pacientes. En caso de violación alcanzaba una declaración jurada. En todos los casos se le sumaba el consentimiento de la práctica. De esta manera, desde los

equipos el eje estaba puesto muchas veces en el acceso a la práctica a sabiendas que el aborto era la mayor causa de muerte materna según las estadísticas oficiales de nuestro país. El tiempo profesional era destinado, en gran parte, a justificar la práctica

En las gestas mayores a 12 semanas o cuando había falla en el tratamiento o la persona gestante tenía alguna patología de base o alguna contraindicación para realizar el tratamiento en forma ambulatoria, se realizaba una derivación al hospital de referencia, previo aviso a los profesionales tratantes. La persona se acercaba con un horario y un día asignado. Desde el Hospital se exigía un informe que no diera lugar a dudas sobre la excepción de la causal, lo cual implicaba informes minuciosos que se llevaban considerable tiempo profesional.

Luego de aprobada la ley, esta última metodología se mantiene para personas que estén con una gesta mayor a las 14 semanas.

Para finalizar, queremos mencionar que el equipo se plantea como garantizar el cuidado de la salud que permita que la persona lleve adelante la decisión sobre su cuerpo en materia sexual y reproductiva, de manera autónoma. Para ello se realizan en el mismo marco de la consulta IVE/ILE consejerías de métodos anticonceptivos (MAC), dando por resultado que un porcentaje de mujeres, aun así, luego de la interrupción eligen no utilizar ningún MAC.

Dentro de este proceso de cambio que continuamos transitando, a nivel de leyes y prácticas, la reflexión del equipo de salud que continúa trabajando en IVE/ILE resulta de utilidad para poder sacar conclusiones que nos permitan arribar a nuevas prácticas, repensar las actuales y/o mejorar las existentes a partir de una mirada colectiva e integral, en momentos en que la nueva Ley nos habilita a repensar(nos) en nuestro rol dentro del equipo y a modo de acompañar el proceso de acceso a la salud integral de las personas gestantes que deseen acceso a IVE.

Marco referencial o estado del arte

Dada que la Ley 27.610 de IVE fue aprobada hace tan solo un año, no hay muchos trabajos previos en relación con experiencias de los equipos de salud actuantes dentro del nuevo marco legal en nuestro país. Por ejemplo, al utilizar en el buscador científico

Siendo las palabras claves interdisciplina e Interrupción voluntaria del embarazo aparecen cero resultados. Lo mismo sucede al cruzar interrupción voluntaria del embarazo y equipos de salud, aparece un resultado titulado "*Proceso de aprobación e implementación de la "Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 Semanas con Consentimiento Informado en el marco de lo dispuesto en el Artículo 119° del Código Penal". Para atender casos de aborto por causal salud o terapéutico en el Perú*" (Aspilcueta-Gho & Irma Ramos Chavez), es decir, un protocolo estandarizado.

Al colocar solamente la frase Interrupción voluntaria del embarazo aparecen 108 resultados de los cuales muy pocos tienen relación con la temática estudiada.

Hay artículos que abordan la percepción y/o experiencia de las mujeres que transitan por un aborto (Danet, 2020; Martínez-Mendez et al, 2021; Parra, 2021) O bien sobre percepciones de la comunidad ante la despenalización del aborto (Perez et al 2018).

Hay un artículo que da cuenta del proceso político y legal de la aprobación de la Ley N°21.030 sobre interrupción voluntaria del embarazo en tres causales en Chile desde un enfoque de derechos humanos (Dides-Castillo y Fernandez, 2018).

Encontramos 4 artículos que toman de alguna manera la experiencia de los equipos de salud, uno de Uruguay, dos de Chile y uno de Colombia. Esta último trata sobre las actitudes, conocimientos y sentimientos de los internos que trabajan en IVE, si bien plantea que el mayor sentimiento es de tristeza se cuestiona con relación a resultados de otros trabajos (Martínez-Sánchez, 2019)

El artículo de Uruguay analiza las estrategias desarrolladas por los centros de salud para implementar la ley de interrupción voluntaria del embarazo en los servicios públicos del primer nivel de atención en Montevideo expresando la existencia de dificultades institucionales y barreras asociadas a profesionales objetores. Resulta interesante que menciona que la ley establece que la segunda consulta de la persona que solicita IVE, debe ser con un equipo multidisciplinario integrado por profesionales de ginecología, trabajo social y psicología.(Lopez- Gomez et al, 2017)

Por otro lado, los artículos de Chile tratan sobre cómo se construye la causal violación en IVE según la ley vigente en ese país. El artículo de Muñoz y colaboradores describe

el dilema del equipo de salud al verse obligado a determinar si el relato de la paciente es o no plausible al tiempo que deben asumir el acompañamiento psicoterapéutico de la paciente. (Munoz et al, 2021) en tanto que el artículo de Caro-Miranda siendo una reflexión sobre la causal violación en IVE claramente plantea un juicio moral que defiende la vida del feto, alertando a la comunidad médica a considerar la dignidad del feto (Caro-Miranda, 2019).

Es interesante como el autor, hombre, destaca la importancia de procurar una amplitud de visiones en este tema al tiempo que deja claramente marcada su visión fuertemente moralista.

Marco conceptual

Para comenzar, partimos de la base de que en el mundo hay una relación de desigualdad profunda en la calidad de vida de las mujeres con relación a la de los varones, tanto a nivel económico, político, social y cultural. Ello se debe a la estructura patriarcal en la que se ha consolidado el sistema social imperante y eso nos obliga a luchar organizadamente para obtener mejoras y acceso a derechos. Por ello no es casual que se deban realizar acuerdos internacionales y elaborar instrumentos acordes para garantizar, por lo menos en la letra, la salud en general y la salud sexual en particular de las mujeres por parte de los Estados. Así, fue necesario mencionar la salud sexual de las mujeres como un acápite aparte en la consagración de derechos humanos, porque se incorporó gracias a la presión ejercida por los movimientos de mujeres del mundo.

Los **derechos humanos**, como bien explica la autora Marisa Aisenberg, son “garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y grupos contra las acciones que pretendan interferir o menoscabar sus libertades fundamentales y la dignidad humana”(Aizemberg M. ; año 2013 “La Salud un derecho humano”; Revista Salud Reflexiones; Pág. 48) El derecho a la salud como derecho humano (Art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 1948) implica tanto el derecho de acceso a los servicios de salud y asistencia médica como el derechos a otras condiciones esenciales y determinantes de la salud, entre ellas la salud sexual y reproductiva.(“Observación general sobre el derecho a la salud del comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas”; 2000)

Ya en la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995) se deja establecido en el Art. 14 que “los derechos de las mujeres son derechos humanos” y en el art. 17 se reconoce y reafirma el derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad.

Como parte de los avances relacionados a la consagración de los derechos humanos, tomaremos la declaración de Alma-Ata como la que nos permite acercarnos a un concepto de **salud de manera integral**. La misma define que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades es un derecho humano fundamental, y que el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización requiere la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector de la salud.” (La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los 70. La conferencia fue organizada por la OMS/OPS y UNICEF, y patrocinado por la entonces URSS):

Esta definición da cuenta de los intentos de desplazar al modelo médico hegemónico por uno que tome en cuenta a la salud no desde la enfermedad-cura, sino desde la prevención, la información y el involucramiento de agentes de la comunidad. Desde este cambio paradigmático se fomenta un cambio cultural en donde las personas del barrio sean parte de las decisiones con respecto a las políticas de salud desde la unidad sanitaria más cercana.

Pensar nuestro trabajo en salud desde la óptica del cuidado nos permite reflexionar sobre la propia práctica en salud.

El origen del cuidado desde un punto de vista de las ciencias sociales podemos vincularlo al ámbito doméstico y sobre todo a cargo de las mujeres, como tarea femenina impuesta por una división social y sexual hegemónica de reproducción social.

En el ámbito de la salud la noción de cuidado que se inicia como práctica dentro del tratamiento médico o de rehabilitación va tomando otros tintes de la mano del campo de la salud colectiva.

En salud colectiva la noción de cuidado toma una mayor relevancia a la hora de intentar dar cuenta de la complejidad que busca la atención integral a la salud. No pensando en niveles de atención, ni procedimientos técnicos, más bien aquello que sucede en la interrelación de personas. El acto de cuidar como una acción integral que produce efectos positivos en los usuarios a la salud tanto como en los profesionales y las instituciones.

Lo interesante en salud colectiva es que más allá de la teoría sobre el cuidado como principio rector de la integralidad toma el desafío de encontrar la práctica de cuidado desde lo tecnológico, siguiendo a Emerson Merhy como tecnologías blandas (Merhy, 1997).

En referencia a esto el trabajo en salud más que productor de bienes o valores de uso es un recurso de las y para las personas en busca de su realización como sujeto.

Entonces cuidar es participar de la construcción, siempre socialmente compartida, de los proyectos de lxs sujetxs y en ese proceso se producen nuevos horizontes para nuevos encuentros posibles (Ayres, 2002)

Por otro lado, desde las teorías feministas la noción de cuidado viene siendo utilizada desde una perspectiva crítica que cuestiona las lógicas en que el cuidado ha sido conceptualizado. Resignificando un cuidado desde una práctica política a la hora de acompañar a mujeres o personas con capacidad de gestar en procesos como el aborto. (Burton & Trinidad, 2021)

Es por esto que decidimos abordar el “cuidar” como una relación intersubjetiva que se desarrolla en un tiempo continuo, donde además, del saber profesional y las tecnologías necesarias se abre espacio para la negociación y la inclusión del saber, de los deseos y las necesidades del otro (Pinheiro & Mattos, 2008).

En ese sentido intentamos indagar en un cuidado a la salud que se aleje del “cuidado tutelar” un cuidado como práctica donde circule el conocimiento y los diversos saberes.

Desde una postura crítica a la lectura biomédica que entendemos totaliza, unifica la experiencia de aquellas personas con capacidad de gestar que transitan por un aborto nos preguntamos por otras posibles lecturas de esas experiencias, que entendemos como singulares, particulares y únicas.

La ruptura con el modelo médico hegemónico implica convertir a los sujetos pasivos en activos, donde la decisión de la persona acerca de las alternativas de tratamiento sobre el propio cuerpo la tome la persona, con toda la información proporcionada por los profesionales de la salud. En este sentido, el asesoramiento, orientación y acceso a la información son elementos vitales.

Continuando en esta línea, definimos consejería como un espacio de encuentro entre los profesionales del equipo de salud y las personas usuarias, que tiene como objetivo principal, fortalecer su autonomía para la toma de decisiones sobre su propia salud, de manera lo más informada posible.

El equipo de salud se encuentra, en la mayoría de los casos, frente a personas que necesitan tomar decisiones sobre un aspecto íntimo, delicado y complejo de la propia vida, como es la sexualidad. Cuando la usuaria o el usuario se acercan a la consejería varios aspectos de su vida están en juego, como sus relaciones sentimentales y familiares, su proyecto de vida y el grado de autonomía que puedan tener para disponer de su cuerpo en el marco de las relaciones desiguales entre los géneros.(PNSSyPR, 2015)

Los deseos, inquietudes y temores que siente son tenidos en cuenta, sus saberes y creencias son considerados material de trabajo, y las condiciones de vida, que se traducen en posibilidades o limitaciones, accesos o barreras, son ineludiblemente un elemento que evaluar. (PNSSyPR, 2015)

En este sentido, si pensamos en un abordaje completo, surge el concepto de interdisciplina, que como expresa en un artículo Alfredo Juan Manuel Carballeda “se enfrenta a la complejidad que traen las nuevas demandas hacia los servicios de salud, en tanto la expresión de una serie de cuestiones que en muchos casos superan los marcos de conocimiento de cada campo de saber que conforman los equipos de salud.”(Carballeda)

Esta perspectiva tiene congruencia con la llamada “Medicina Social”, la cual es una corriente de pensamiento que surge en Latinoamérica durante la década de 1970 y que analiza el fenómeno salud-enfermedad dentro del contexto económico, político e ideológico de la sociedad dejando a un lado las perspectivas netamente biologicistas

(perspectiva utilizada desde el modelo médico hegemónico). A partir de esta visión, en palabras de la Dra. Victoria Mazzeo, “se sostuvo que la **salud** de la población no es independiente de la organización social y se identificó a la familia como la institución donde, en forma directa o como mediadora, operan algunos de los principales determinantes de la morbilidad y la mortalidad en los diferentes grupos etarios (...)” Este cambio de paradigma sirvió de apertura para una nueva forma de actuación social en el ámbito de la salud, ya no desde el mero hecho de proporcionar desde la unidad hospitalaria recursos (medicación, dinero para viajes, etc.) u orientación sino desde un abordaje integral donde se tiene en cuenta tanto a la persona como a su familia y el contexto en el que se hallan. Esta perspectiva parece materializarse en materia de derecho a la salud en el Art. 20 de la Constitución actual de la Ciudad de Buenos Aires que dice:

“Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. El gasto público en salud es una inversión social prioritaria. Se aseguran a través del área estatal de salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad. Se entiende por gratuidad en el área estatal que las personas quedan eximidas de cualquier forma de pago directo. Rige la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades. De igual modo se procede con otras jurisdicciones”.

De acuerdo con lo planteado por el Dr. Escudero José Carlos, en Argentina y de manera marcada en Latinoamérica existe la inequidad en el acceso a la salud quienes tienen dinero, poder o conocimiento, pueden intentar y muchas veces obtener procedimientos ofrecidos cada vez con más abundancia por la industria de la salud, a diferencia de los más necesitados que tienen un acceso dificultoso a una medicina colectiva que además es ineficiente.

En cuanto a los derechos reproductivos y sexuales y en relación con nuestro concepto de salud integral, en Argentina se sancionó la ley N° 25.673 en el año 2002 con la creación del programa Nacional de salud sexual y procreación responsable.

Dicha ley importa el cumplimiento de los derechos consagrados en Tratados Internacionales, con rango constitucional, reconocido por la reforma de la Carta Magna de 1994, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros.

La misma ley intenta que todos los individuos tengan acceso, no solo a la información, si no que tengan la posibilidad de disponer de los diferentes métodos que otorga el estado con un pleno goce de su salud sexual, con responsabilidad y cuidado de los otros y de sí mismo. Que pueda elegir libremente y planificar su deseo de reproducción. Esta ley más allá que incluya a todos, es un derecho que intenta dar un respaldo a las mujeres y niños/niñas y adolescentes.

Continuando con la garantía de derecho, en estos años de lucha y con el fallo F.A.L(marzo 2012) se le brindo a las personas con capacidad de gestar un nuevo marco legal, donde la corte suprema de justicia dictamino que no es necesario judicializar los casos de aborto no punible(artículo 86 del código penal inc. 2), la interpretación de este es que toda embarazada que solicite dicha práctica junto con el profesional de salud son los que determina la interrupción y no un magistrado. El estado tiene la obligación de garantizar de manera rápida, accesible y seguro. Esto dio lineamientos en cuanto a políticas públicas y a su vez la corte suprema ordeno a todo el territorio nacional y provincial a implementar protocolos para concretar la atención de abortos no punibles. El fallo F.A.L fue un antes y un después en la práctica de ILE, se fue ganando terreno en la materia y se generó una jurisprudencia. Con el correr de estos años en el congreso se intentó varias veces trabajar la ley para poder sancionar, fue en el enero 2021 donde finalmente se sancionó la ley tan peleada en las calles por el colectivo de mujeres. La ley 27.610 acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo con obligatoriedad de brindar cobertura legal y gratuita tanto en el sistema público como privado.

Método

Este trabajo se enmarca dentro de las ciencias sociales. Entendemos que en las ciencias sociales aquello que es investigado no es separado del proceso de investigación, siendo

así la producción de conocimiento da cuenta de los valores de lxs investigadores y del grupo investigado.

Lxs propixs investigadorxs no solo estamos implicadxs en este proceso de investigación además asumimos una postura crítica, manifestamos que nuestra mirada está contextualizada individual, social, cultural e históricamente.

Como técnica de investigación realizamos un grupo focal buscando recolectar datos de las interacciones del grupo.

Entendemos que los grupos focales pueden tener dos orientaciones la primera aquella que busca confirmar una hipótesis y evaluación de una teoría.

La segunda con una orientación para las aplicaciones prácticas, es decir, la utilización de los resultados en contextos particulares.

Nuestro trabajo se centra en esta segunda orientación, ya que nuestro interés es que a partir de la auto reflexión de las participantes podamos evaluar nuestra experiencia, identificar nuevas ideas que nos permitan transformar nuestra prácticas. En esa dirección y siguiendo las investigaciones comunitarias realizamos el proceso de análisis cualitativo concomitantemente a la producción de conocimiento en vistas a la acción.

Del grupo focal participamos representantes de las diversas disciplinas que conforman el equipo de salud IVE/ILE del Cesac 37. Se discutió en base a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el rol del equipo IVE/ILE?
- ¿Cuáles fueron los cambios en la forma de intervenir en los equipos IVE/ILE después de aprobada la Ley?
- ¿Cuál debería ser el Eje de las consejerías IVE/ILE?
- ¿La IVE debe ser considerada una práctica médica de rutina?

El debate fue grabado previa aprobación de las participantes.

Resultados

Se recogieron los siguientes datos en base a las respuestas:

Rol del equipo IVE/ILE

-Se reorganizó el equipo de salud y el repensar del rol profesional dentro del equipo para brindar otras herramientas desde un abordaje biopsicosocial además del procedimiento médico

Cambios en la forma de intervenir en los equipos IVE/ILE después de aprobada la Ley

-Nuevo abordaje de la consejería/intervención IVE/ILE

-Se realizó un flujograma, donde adquirió más preponderancia administración y enfermería. Se comenzó a utilizar un cuaderno donde estos últimos, anotan los datos de las personas consultan de manera telefónica para interrumpir la gesta y, un responsable por día se comunica con el paciente para georreferenciar, estimar edad gestacional, proporcionar turno para ecografía en los casos en que no cuente con la misma y/o turno para equipo IVE/ILE.

- Interdisciplinariedad como estructura de trabajo. El equipo se comenzó a replantear si la atención debía continuar siendo en duplas. Por un tiempo, meses, algunos equipos pasaron a funcionar multidisciplinariamente pero el surgir de situaciones de violencia de género y otras problemáticas sociales y psicológicas se decidió reconstituir dichos equipos, aunque no tuvimos espacios adecuados para sacar conclusiones de lo actuado.

Eje de las consejerías IVE/ILE

-Posicionarse de manera profesional ante el sujeto evaluando su subjetividad sin invadir su decisión, promoviendo la autonomía. La consejería se orienta a la singularidad de la situación de la o el consultante y se habilita una construcción conjunta de saberes entre el profesional y la persona usuaria

La IVE como práctica médica de rutina

Al entender a la salud como integral, podemos ver como se encuentra atravesada por la esfera bio-psico-social. Resulta así, de suma importancia la valoración interdisciplinaria, permitiendo ampliar el enfoque y la escucha, contemplar la subjetividad de la persona y su contexto social, haciendo más enriquecedor el encuentro. Por lo tanto, la práctica de rutina no debe ser sólo médica.

Conclusión

El principal desafío como trabajadoras de la salud, la mayoría mujeres, es como realizar un cuidado a la salud que permita acompañar a las mujeres en sus decisiones y procesos de abortar sin que esto suponga una intervención.

Entendemos que las consejerías son espacios donde la mujeres y personas con capacidad de gestar puedan decidir de manera autónoma sobre interrumpir o no un embarazo. Desde nuestro lugar como trabajadoras de salud ofrecemos información “científica” sobre cómo realizar un aborto seguro.

El desafío es que las consejerías se transformen en un espacio donde lxs diversos conocimientos circulen de manera más horizontal y así podamos comprender mejor aquellas mujeres que no continúan con los cuidados a la salud post aborto, que no desean un método anticonceptivo post aborto y aquellas mujeres que atraviesan nuevamente un aborto.

Desde una perspectiva de género, las consejerías interdisciplinarias IVE/ILe son un espacio donde se pueden pesquisar, abordar y dar respuesta a las diferentes violencias que puede estar atravesando una mujer, incluyendo las inseguridades de interrumpir por motivos religiosos, económicos, etc. El abordaje integral e interdisciplinario posibilita la atención de la salud en las diversas situaciones de vulnerabilidad social, psicológica y/o biomédica.

Bibliografía

[1] Aizemberg M. ; “La Salud un derecho humano”; Revista Salud Reflexiones; Pag. 48; año 2013

[2] (Observacion general sobre el derecho a la salud del comité de Derechos Economicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas)

Ayres Carvalho Mesquita, José Ricardo de, y 2003 "Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones." Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 20, n. 2, 2002, pp.0. Redalyc, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12020206>

Burton, Julia y Trinidad Peralta, Guillermina 2021 “Un aborto feminista es un aborto cuidado. Prácticas de cuidado en el socorrismo patagónico” en Revista Estudios Feministas [online]. 2021, v. 29, n. 2 [Accedido 28 Marzo 2022] , e70809. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n270809>>. Epub 22 Set 2021. ISSN 1806-9584. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n270809>.

Carballeda, Alfredo: La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud.

Caro-Miranda, José Javier. Reflexiones “contractuales” acerca de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en Chile. Acta bioeth., Santiago , v. 25, n. 2, p. 215-224, dic. 2019 . Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2019000200215&lng=es&nrm=iso>. accedido en 29 marzo 2022. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2019000200215>.

Danet Danet, Alina “Experiencias emocionales en la interrupción voluntaria del embarazo”. Gaceta Sanitaria [online]. v. 35, n. 4 [Accedido 29 Marzo 2022] , pp. 361-373. Disponible en: <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.006>>. ISSN 0213-9111. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.006>.

DIDES-CASTILLO, Claudia y FERNANDEZ, Constanza. Aborto en Chile: avances en derechos humanos. *Rev. Bioética y Derecho* [online]. 2018, n.43 [citado 2022-03-30], pp.61-76. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872018000200006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1886-5887.

LOPEZ-GOMEZ, Alejandra et al. Servicios legales de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay. Estrategias de los servicios públicos del primer nivel de atención. *Salud pública Méx* [online]. 2017, vol.59, n.5 [citado 2022-03-30], pp.577-582. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000500577&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634. <https://doi.org/10.21149/7937>.

Martinez-Mendez, Crisanto; Veytia-Lopez, Marcela; Marquez-Mendoza, Octavio y Feito-Grande, Lydia. Traducción y validación de la “escala de actitud ante el aborto” de Rose Mary J. Crock. *Dilemas contemp. educ. política valores* [online]. 2020, vol.8, n.spe5 [citado 2022-03-29], 00010. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902020000800010&lng=es&nrm=iso>. Epub 28-Ene-2021. ISSN 2007-7890. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2485>.

Martinez-Sanchez, Juliana et al . Actitudes, conocimientos y prácticas de internos de medicina frente a la interrupción voluntaria del embarazo en Medellín, Colombia. *Revista médica Risaralda, Pereira* , v. 25, n. 2, p. 149-156, Dec. 2019 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672019000200149&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Mar. 2022.

Merhy EE. 1997. “Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde” In:Merhy EE, Onocko R,(organizadores). *Agir em saúde: um desafio para o público*. (San Pablo: Hucitec, Buenos Aires: Lugar Editorial)

Munoz, Pablo et al . Dilemas clínicos en la constitución de la tercera causal de la interrupción voluntaria del embarazo. *Rev. méd. Chile, Santiago* , v. 149, n. 5, p. 758-764, mayo 2021 . Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021000500758&lng=es&nrm=iso>. accedido en 29 marzo 2022. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000500758>.

Parra Rodriguez, Laura. “Es gratis, pero es demasiada volteadera”. Percepciones sobre la espera en mujeres que abortaron durante el segundo y tercer trimestre de gestación en Colombia. *Antipod. Rev. Antropol. Arqueol.* [online]. 2021, n.42 [cited 2022-03-29],

pp.107-131. Available from:
<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-54072021000100107&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1900-5407.
<https://doi.org/10.7440/antipoda42.2021.05>.

Pérez, Beatriz, Sagner-Tapia, Johanna y Elgueta, Herman E. “Despenalización del aborto en Chile: una aproximación mixta desde la percepción del aborto en población comunitaria.” *Gaceta Sanitaria* [online]. v. 34, n. 5 [Accedido 29 Marzo 2022] , pp. 485-492. Disponible en: <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.11.004>>. ISSN 0213-9111.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.11.004>.

Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de 2006. “Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano” in Pinheiro R, Mattos, R (comps.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (Rio de Janeiro:CEPESC/UERS ABRASCO)

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva: propuesta de diseño, organización e implementación (Documento de trabajo). Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Junio 2015.