

CONVERSACIONES

La trama de la implementación de la IVE en la provincia

Alicia Soldevila (*), Andrea Torrano (**), y Cecilia Johnson (***)

A cuarenta años del regreso de la democracia en nuestro país, la demanda por el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) se inscribe en otras luchas sociales presentes, con diferente intensidad y de distintas maneras, a lo largo del periodo. Una demanda sostenida de forma continua por los movimientos feministas. Esta entrevista colectiva hace foco en uno de sus hitos -la sanción de la Ley 27.610 en Argentina- y en un territorio -la provincia de Córdoba-. A poco más de dos años de aprobada la ley, desde “Cuadernos de Coyuntura” (CDC) invitamos a referentes con distintas trayectorias y experiencias que, desde la práctica y en contextos diversos, sostienen la implementación de la IVE en el territorio provincial, para que nos compartieran sus reflexiones acerca de lo que se logró en ese ámbito y lo que falta.

Alicia Soldevila: Nos gustaría que pudieran resumir en un breve comentario su formación, trabajo y/o militancia.

Betiana Olearo Barrera: Soy médica generalista y coordinadora de la Comisión de Salud Sexual Integral, a cargo del programa homónimo, en la Municipalidad de Córdoba, una comisión interdisciplinaria que funciona desde 2019. También docente de la Universidad Católica e integrante de la comisión directiva de Católicas por el Derecho a Decidir.

Sofía Menoyo: Soy Licenciada en Artes, activista feminista e integrante de la organización Socorristas en Red. Trabajo como docente en la Facultad de Artes (FA) de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) y acompaño a personas en sus procesos de aborto. Integro el espacio de comunidad feminista El Telar; el Área de Feminismos, Género y Sexualidades del Centro de Investigaciones de la Facultad de Filosofía y Humanidades (FFyH) de la UNC . Vivo en la ciudad de Río Ceballos.

Luisina Bogino: Soy médica ginecóloga obstetra, vivo y trabajo en la localidad de Villa Las Rosas, en Traslasierra. También ejerzo en el Hospital de Mina Clavero -donde soy jefa del Servicio de Ginecología- y en los consultorios inclusivos de Mina Clavero y Villa Dolores.

Santiago Merlo: Soy Licenciado en Comunicación Social, docente, educador

sanitario y activista trans. Presido la Asociación Civil La Casita Trans. También soy especialista en Educación Sexual Integral, trabajo en toda la provincia con la Unión de Educadores de Córdoba (UEPC). Integro también la Unidad Central de Políticas de Género de la Universidad Nacional de Córdoba. Comparto con Luisina el trabajo en los consultorios inclusivos municipales de Villa Dolores y Mina Clavero y soy impulsor de la Red de Paternidades Trans Argentina.

Quiero destacar también otras dos cosas: que ahora soy Santiago, pero que no siempre me llamé de esta manera, sino que cambié mi nombre en 2017. Y que soy papá de dos hijos: de Lola -por el sistema de adopción por convocatoria pública-, una niña de 11 años; y de Vicente, por fertilización asistida. También soy un varón que ha cursado abortos a lo largo de su vida. En ese sentido, considero también que la paternidad será deseada o no será.

Alicia Soldevila: ¿Cómo evalúan el escenario en Córdoba, luego de la aprobación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y habiendo transcurrido dos años de implementación?

Luisina Bogino: A partir de que se aprobó y se reglamentó, apareció con más fuerza el tema del aborto, sobre todo en el primer trimestre de embarazo. Llevábamos haciendo un trabajo de hormiga desde hacía muchos años, tratando de sensibilizar a les profesionales de la zona de Traslasierra -donde trabajo-, a

través de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE)¹ -porque también fue un avance cuando se nos permitió en los hospitales provinciales comenzar con las ILE-. Antes de eso ayudábamos como podíamos a las mujeres, les pasábamos misoprostol² o Oxaprost³ si contábamos con esos insumos. Si teníamos afinidad y cercanía con las redes feministas -como la organización de Socorristas en Red y algunas otras-, podíamos facilitar la medicación. Después ocurrió que el Tribunal Superior de Justicia no dio lugar a un planteo del Portal de Belén y se nos permitió avanzar con las ILE. Eso fue aliviador para quienes estábamos trabajando, pues se fueron salteando obstáculos burocráticos. Recién estábamos pudiendo hablar de aborto entre les profesionales, porque antes nos caracterizaban como “aborteras” o “aborteros” si garantizábamos el acceso, en los dispensarios y en los centros de salud. Después, cuando se aprobó la ley de IVE y se dio lugar a su reglamentación, fuimos avanzando en la región a través de capacitaciones -tanto de IVE como de ILE- en el nivel de atención primaria, en conexión con el Hospital de Villa Dolores, aunque no sin dificultades, porque allí establecieron parámetros muy particulares, como que iban a ser objetores en el caso de personas menores de 14 años, cuestiones que están incluso fuera del marco legal que establece la objeción de conciencia. De todas maneras, se mejoró mucho en Traslasierra en lo que respecta a la interrupción voluntaria en el primer trimestre de embarazo. Capacitamos en muchos centros de atención primaria, a muchos profesionales que antes no sabían

¹ La interrupción legal del embarazo (ILE) hace referencia al derecho al aborto en las siguientes situaciones: a) si el embarazo es producto de una violación; b) si está en peligro la vida o la salud de la persona gestante.

² El misoprostol es uno de los medicamentos que se puede usar para interrumpir el embarazo. Por su utilidad para realizar abortos seguros, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera una “medicina esencial” para la salud de las mujeres.

³ Oxaprost es el nombre comercial en Argentina de un medicamento que contiene misoprostol.

cómo hacerlo y ahora, ya con otros compañeros, están formando equipos de acompañamiento integral. De a poco avanzamos, articulando con espacios como la Red de Profesionales por el Derecho de Decidir -de la cual también soy parte-, con fundaciones de Córdoba, trayendo materiales y capacitaciones.

Ahora en Córdoba el desafío es avanzar en la práctica con la interrupción en el segundo trimestre y con las interrupciones legales cuando son embarazos avanzados. En esta región hay un solo hospital que las garantiza -en Mina Clavero- y es de baja complejidad. Allí hay un inconveniente todavía, porque somos pocos profesionales: soy la única que no soy objetora en el Hospital de Mina Clavero, el resto de mi equipo sí lo es, me acompaña una partera que tampoco puede dar medicación y se autoestablece ciertos límites, aunque de a poco vamos avanzando y nos ayuda mucho. Pero también las ILE y los embarazos de segundos trimestres en hospitales de más complejidad -como en Villa Dolores o en Córdoba capital- siguen siendo un gran desafío. Primero, porque hay mucho desconocimiento por parte de los profesionales del manejo en sí, les ha costado mucho quitarse ciertos vicios que tenían con la medicación, respecto a cómo la utilizaban; y cuando les comentamos, con materiales que sirvan como evidencia científica, ellas y ellos hacen lo que quieren, muchas veces ocurre que se recae en el criterio individual del profesional.

Pero, reitero, se ha progresado mucho en lo relativo a la interrupción en el primer trimestre de embarazo, y ahora incluso contamos con la medicación combinada de mifepristona⁴ y misoprostol. Están iniciando una compra grande en el Estado y

⁴ La mifepristona es un compuesto cuyo principal uso es, en combinación con el misoprostol, la interrupción del embarazo. Al igual que el misoprostol, figura en la “Lista de medicamentos esenciales” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 2005. El uso de mifepristona y misoprostol combinado para la interrupción del embarazo es, según la evidencia consolidada de más de una década, uno de los procedimientos más seguros y eficaces para esa práctica. La OMS lo ha confirmado nuevamente en el documento “Directrices sobre la atención para el aborto” de reciente publicación (2022). Allí considera a estos medicamentos como esenciales para proveer servicios de

habrá una mayor distribución de esa medicación, para que no solamente quede circunscrita a situaciones especiales, sino para la mayoría de los casos. Eso acaban de notificarnos y estamos muy contentes, porque la efectividad del tratamiento combinado es mayor con respecto al tratamiento con misoprostol solo.

Y otra de las dificultades es la utilización de la aspiración manual endouterina (AMEU)⁵, porque solamente está presente en las instituciones de segundo nivel de atención, y todavía cuesta que llegue a las del primer nivel. De igual modo, estuvimos haciendo capacitaciones para que se pudiera garantizar en el primer nivel.

Betiana Olearo Barrera: coincido con el análisis de Luisina respecto a los desafíos actuales. Las dificultades están vinculadas a las resoluciones en el segundo trimestre de embarazo, en Córdoba capital nos sucede igual que en el resto de la provincia. Esta posibilidad de acercar la mejor tecnología posible para la salud de las poblaciones tiene que ver con que la mifepristona está llegando hace poco, y tiene una eficacia muy buena, además de que -un dato no menor- genera menos síntomas secundarios, incluyendo la cuestión del dolor, a la cual muchas veces los equipos de salud no acompañamos como se debería. Por eso, para nosotras significa un antes y un después contar con mifepristona.

El otro tema está vinculado a la práctica ambulatoria de la aspiración manual endouterina. No solo en Córdoba, sino en toda Argentina, seguimos usando el legrado como práctica estandarizada, pese a que sabemos que conlleva más días

salud de calidad. Cuando se utiliza el régimen combinado de mifepristona + misoprostol, se logra el aborto completo en aproximadamente 98% de los casos.

⁵ La aspiración manual endouterina (AMEU) es uno de las técnicas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para llevar a cabo una interrupción legal del embarazo o evacuación uterina por aborto incompleto o aborto diferido. Es un procedimiento ambulatorio, rápido y seguro.

de internación y pone en riesgo la salud de nuestras poblaciones -pues tiene muchas más complicaciones-, además de que requiere de otras intervenciones -como la de un anestesista-, lo que dificulta el proceso y muchas veces es atravesado con dolor por parte de las poblaciones que acompañamos.

Y a estos desafíos le sumo, también, el de socializar y comunicar más y mejor el contenido de la ley, pues sigue siendo deficiente por parte de los tres Estados -municipal, provincial y nacional. Si bien hay herramientas puestas al alcance de la población, que han demostrado funcionar -como ha sido el 0800 de Salud Sexual⁶ del Ministerio de Salud, al cual las usuarias y usuarios pueden consultar dónde acceder a una práctica para interrupción voluntaria o legal del embarazo, además del Programa Integral de Salud Sexual-, todavía en barrios de Córdoba muy cercanos a hospitales grandes existe un importante porcentaje de la población que llega tarde a la consulta porque desconoce la ley. Aunque nos parezca extraño, todavía hay gran desconocimiento con respecto a la normativa, que si sucede en Córdoba capital presumimos que en otros lugares puede estar pasando aún más.

En Córdoba, donde venimos haciendo acompañamientos de interrupciones legales del embarazo desde hace casi veinte años, ocurrió que falleció una mujer por un aborto inseguro, a partir de lo cual un equipo de salud empezó a problematizar el tema y, desde 2006, comenzamos a debatirlo con las y los actores

⁶ El servicio de atención 0800 Salud Sexual (0800-222-3444) es un espacio de consulta tanto para la población como para los equipos de salud sobre salud sexual y salud reproductiva. Tiene como objetivo brindar atención personalizada y oportuna para facilitar el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva en todo el país. La línea brinda información, entre otras cuestiones, sobre: derechos sexuales, derechos reproductivos y marco legal vigente; anticoncepción; interrupción del embarazo (IVE- ILE); prevención del embarazo no intencional en la adolescencia; obligaciones del sistema público de salud, de las obras sociales nacionales y provinciales y de las prepagas; derechos de las personas LGTTIBQ; derechos de las personas con discapacidad; violencia sexual; violencia obstétrica; atención posaborto; VPH; disfunciones sexuales; fertilización médicamente asistida. La línea funciona en todo el país y la llamada es confidencial.

municipales, organizando capacitaciones y encuentros, lo cual resultó clave para reflexionar sobre nuestras prácticas. Y así se empezó a formar una red, integrada al principio por 10 o 15 profesionales de los diferentes equipos, que en la actualidad cuenta con profesionales de 100 centros de salud en el municipio, más las direcciones de especialidades médicas y los hospitales. Así se empezó a formar ese tejido y en 2018, a partir del enorme debate ocurrido en el Congreso de la Nación por la ley de IVE, se sumaron muchos más profesionales, pese a que no fue aprobada en esa oportunidad. Finalmente, cuando se aprobó y reglamentó -a principios de 2021- ya teníamos un piso armado de trabajo en red y no nos tomó desprevenidas. Según lo hacen saber los compañeros y las compañeras, fue muy importante que el Estado acompañara con esta normativa, porque quienes estaban indecises o en una zona gris de no saber qué hacer, finalmente a partir de la legalización terminaron asumiendo que es un problema de salud pública. Actualmente hay profesionales en todos los barrios de Córdoba acompañando esta red, así que para nosotres fue importantísimo que el Estado avanzara con esta política sanitaria.

Y un dato que nos parece importante, a partir de la sanción de la ley, fue el aumento de la consulta que pudimos constatar en los ámbitos de salud pública, cercano a 30-35%, lo cual no implicó que las personas salieran a abortar más, sino que ocurrió lo que estábamos advirtiendo desde antes: que necesitábamos que esa población saliera de la clandestinidad y se redireccionara al sistema de salud pública.

Sofia Menoyo: acuerdo con lo que plantea Betiana respecto a que cuando se aprueba la ley ya teníamos un piso trabajado, contábamos con mayor

despenalización social; ya veníamos con mucho activismo y pensando cómo acompañar, pese a no contar con la ley. Por supuesto, la ley fue clave, no solamente acompañando a los profesionales, sino también en lo referido a la despenalización social que implicó -e implica- para las personas tomar conciencia de un derecho. Ese es uno de los puntos que, en este desafío de seguir difundiendo la ley, resta profundizar; poner en práctica la ley es algo muy difícil, lo sabemos, pues tenemos normativas que todavía no sirven para garantizarnos derechos. Esta ha sido muy apropiada por el activismo y eso se nota, porque a dos años de su sanción se está implementando mucho más rápido que otras.

En términos de lo que es necesario profundizar, es un desafío seguir difundiéndola, en relación al prejuicio existente respecto a hacerse un aborto, pero también -y sobre todo- respecto al aborto como un riesgo. Hay que trabajar mucho con los profesionales, pero también sobre el sentido común de la población, porque aún existe una idea de que es mucho más riesgoso hacerse un aborto que continuar con un embarazo, pues eso es lo que se les dice a las personas cuando van a una consulta: “El aborto es un riesgo, hay que pensarlo bien”.

También lo enlazo con otro problema, que mencionó Luisina y resulta clave: desde el activismo hay un conocimiento acumulado sobre el aborto, sobre cómo se usa la medicación, sobre un montón de cosas, que nos falta permear al resto de la sociedad. Lo estamos haciendo, porque de hecho nuestras mejores aliadas somos nosotras mismas, las activistas feministas. Hay que ser conscientes de que hay un bagaje que nosotres tenemos y debemos transmitir. Y esto lo digo, por ejemplo, para la práctica de AMEU, que sabemos que es segura y cuidada y que por sus características puede estar en atención primaria, no necesita un segundo nivel en

salud para poder realizarse. Eso es algo que tenemos que seguir discutiendo. Porque, por ejemplo, en Sierras Chicas nos pasa que a mujeres en segundos trimestres de embarazo las hacen ir a los hospitales -en nuestro caso, al de Unquillo-; las pibas tienen que ir en ayunas a las seis de la mañana, esperar mucho tiempo para que les hagan un electrocardiograma y otros análisis para completar un prequirúrgico, que realmente no hacen falta para la práctica de AMEU. Y que implican que, a veces, tengan que volver varias veces al hospital. Apropiémonos del conocimiento que tenemos como acompañantes, pues quienes estamos en la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto sabemos mucho sobre el tema, sabemos perfectamente que se puede abortar con medicación con 12, 13 y hasta 14 semanas de embarazo. Como decía Luisina, tenemos ya acceso al combo de misoprostol y mifepristona y eso nos garantiza un tratamiento de primera calidad, que puede ser usado antes de las seis semanas de gestación, con 98% de efectividad y que, como explicaba Betiana, además implica menos dolor y que el proceso sea más rápido. Entonces, si ya sabemos que está ingresando la mifepristona, tenemos que empezar a descartar la idea de que el aborto con medicamentos solo puede ser hasta la semana 11,9. Vuelvo a insistir en seguir permeando al ámbito de la salud pública todo ese conocimiento que tenemos desde el activismo.

Santiago Merlo: Me encanta escuchar a mis compañeras, porque muchas veces parece que no avanzamos y, sin embargo, en el día a día tenemos pequeños y silenciosos triunfos. La pregunta era cómo percibimos y evaluamos el escenario en Córdoba. Yo estoy en Córdoba Capital, pero por mi trabajo me muevo en toda la provincia y hablando particularmente de personas trans, trans masculinidades o

personas con capacidad de gestar, -que no es lo mismo en ninguno de los casos-, hay un problema en relación con el lenguaje que nos imposibilita el acceso. Esa generalidad que menciona la ley como “personas capaces de gestar” deja por fuera las particularidades de nuestra población. En ese sentido, ¿cómo hacemos para superar los obstáculos, para que haya una atención médica transinclusiva en materia de aborto particularmente? Porque aunque hayan pasado ya 10 años de la Ley de Identidad de Género⁷ la población trans no accede a la salud integral. En primer lugar, tenemos que ubicarnos en el interior del interior, en la ruralidad y también en Córdoba Capital, donde las experiencias de los llamados consultorios “inclusivos”, “amigables” o “para la diversidad” tienen ya 8 o 10 años. Básicamente, cuando uno busca las maneras de llegar a que se garantice un aborto para interrumpir un embarazo, vuelve a buscar alrededor de esos espacios de salud inclusiva, en los cuales no tenés que explicar quién sos o qué dice tu documento, porque esa situación nos sigue dejando por fuera, pues aunque la ley exista, la estigmatización, la violencia, los mitos en relación a las personas trans, la marginación, todavía están presentes. Básicamente hay una expectativa en relación a la construcción de la masculinidad que inserta una bisagra y está vinculada a lo generacional: si vemos a personas trans adultas -yo estoy rondando los 50 años, por ejemplo, y ya no tengo capacidad de gestar aunque lo deseara-, podemos advertir las diferencias abismales que existen con generaciones de personas trans en edad de adolescencia y juventud, entre quienes desear un

⁷ El 9 de mayo de 2012 el Senado Nacional aprobó la Ley 26.743 que permite a las personas registrarse en su DNI con su nombre, foto e identidad de género. También garantiza el acceso a los tratamientos de salud a toda persona que requiera modificar su cuerpo de acuerdo con el género autopercebido. La ley entiende la identidad de género autopercebida como “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales”.

embarazo ya no hace tanto ruido como hacía en otras generaciones. Es muy importante esta bisagra, para poder construir masculinidades más libres, menos hegemónicas, porque todes caemos en la trampa en la construcción de nuestra feminidad-masculinidad: cómo es una mujer, cómo es un varón y qué se espera de eso.

Las consultas que nos van llegando, pese a que trabajo en el Estado, siguen siendo a partir de contactos entre activistas: “Mira, fulanito de tal está cursando un embarazo y lo quiere interrumpir”, entonces ahí trabajamos con las Socorristas en Red, o con Profesionales por el Derecho a Decidir, o con algune médique conoche que puede no estar en ninguna de esas redes pero que lo garantiza en el lugar en que trabaja, o que nos dice: “Mira, venite el miércoles o jueves a buscar lo que es necesario y te voy guiando”.

Básicamente, a diferencia de mis compañeras cuando se referían a los acompañamientos puntuales que realizan, mi tarea es acercarlos al sistema de salud y ver dónde están esos profesionales amorosos, inclusivos, a los cuales pueda decirles: “Miren, está yendo un varón trans, por favor, no importa lo que diga su documento, es un varón, se llama Pablo, etc.” Porque también han ido varones o masculinidades trans a una consulta por un aborto y no mencionan esa identidad de género, prefieren sacarse el problema de encima, atravesar el procedimiento y eso nos deja a nosotres sin margen para poder sistematizar datos que nos ayuden a ser acompañamientos más eficaces, que estén a la altura de las circunstancias. Entonces, cuando llegan y ven una cara medio rara, dicen: “No, mejor le digo cualquier nombre, no digo más nada, paso este mal momento y chau”, pero cuando aparece en el DNI el nombre -supongamos mi nombre, que es Santiago- y manifiesto que estoy porque quiero interrumpir mi embarazo, vuelvo a

encontrarme con la misma violencia, estigmatización, discriminación, que me expulsa de una consulta ginecológica obstétrica. Porque cuando me ven con este aspecto, yo que sigo necesitando ir al consultorio de un ginecólogo o ginecóloga, dejan la puerta abierta pensando que estás acompañando a alguna de las chicas que están en la sala de espera, o empiezan a aparentar que se pierden en la computadora . Y aunque sean profesionales, nos ha tocado varias veces que en la consulta terminan preguntándote: “Y, ¿cómo andamos de la próstata?”. Lo mismo con las obras sociales: llegar al contexto de la consulta, sacar el turno, sigue siendo un embudo administrativo, aunque tengamos la disposición y lo sepamos hacer, volvemos a encontrarnos con un sistema que no se actualizó, donde no puedo sumarle la nomenclatura X o E, o donde una persona impostora tiene este apellido y este DNI, entonces no me deja cargar mis nuevos datos. Y empieza así una situación compleja: nos ha pasado de estar con varones trans que están cursando embarazos, incluso deseados, a quienes nadie les preguntó si estaban en esa condición y procedían a hacerles prácticas de rayos X, o una ecografía transvaginal, poniendo en riesgo incluso aquella decisión de proseguir el embarazo.

Así que, por el momento, si bien están dadas las condiciones en general para acceder a una interrupción voluntaria del embarazo, tal acceso lo siguen garantizando los espacios inclusivos, las organizaciones que nos acompañan o las que creamos para estar a la par. Y eso también nos recuerda -en esto que mencionaba respecto a los cambios generacionales- cuando en otros tiempos seguíamos un circuito clandestino para acceder a las hormonas, para modificar nuestros cuerpos; hoy también existe un circuito clandestino para acceder al misoprostol, cuando no quiero ir a explicarle a alguien que soy un varón trans,

para que no me haga las preguntas que no quiero contestar, o porque me trata como si fuese una mujer CIS.

Las consultas que nos han llegado a nuestro espacio han sido de la Maternidad Provincial, con embarazos avanzados que no pudieron atenderse a tiempo; es decir, estamos llegando tarde. O provenientes del mismo Polo de la Mujer, con compañeres que han sido incluso rescatades de redes de trata, en dos oportunidades con embarazos avanzados, con los cuales se pierde el contacto porque desde el mismo Polo los envían a otros lugares. Entonces, se nos hace muy difícil hoy, si no estamos dentro de la capital o una ciudad grande que tenga algún espacio de socorristas, poder acceder a una interrupción del embarazo.

Y termino con una pregunta, para nosotres: en el momento de mencionar a las masculinidades trans, ¿sabemos qué son las masculinidades trans? ¿cómo poder nombrar esto que a veces se nos endilga acerca de “la rebelión contra el género como destino”? La educación sexual integral nos hace falta, seguimos en un gris que nos lleva a situaciones de gestación no deseada y, una vez que ya se cursan, incluso algunos compañeres dicen: “No quiero seguir, pero tengo que recurrir al mismo lugar donde ya me corrieron, donde ya tuve que pelear para que me dejaran hacerme una mastectomía o una modificación corporal y ahora le voy a decir que quiero abortar”. Lugares en que la experiencia anterior fue: “Bueno, ahora que sos trans, no vaya a ser cosa que después quieras tener familia”. Entonces, parte de las dificultades tienen que ver con que las páginas web, los folletos informativos, todos los documentos, nos desconocen a las personas trans como sujetos de derechos y acceso al aborto; hasta el momento no podemos hablar ni siquiera de gestión menstrual, pues la copa o las toallitas son para mujeres CIS. En términos generales, la ley existe pero la vuelvo a comparar con la

Ley de Identidad de Género, que tenemos que militar todos los días para que se garantice.

Alicia Soldevila: han estado hablando mucho de las y los sujetos, pero ¿quiénes acceden actualmente al aborto? Y, en una perspectiva de pensar las múltiples desigualdades, ¿cómo se puede plantear una política que efectivamente piense de manera interseccional esta cuestión?

Sofía Menoyo: En nuestro territorio la interseccionalidad está fuertemente vinculada a lo geográfico, a lo lejos y periférico del centro geográfico en el cual se garantizan algunos derechos. Porque no es lo mismo vivir en un barrio de Río Ceballos que en Saldán. La lejanía, la falta de transporte público, la imposibilidad de moverse son cuestiones que trascienden lo económico. Quiero decir, que no se resuelven sólo desde lo económico, porque no alcanza con darle el dinero a la persona para que viaje 8 horas para acceder a su derecho. Y es algo que sucede también en barrios alejados de la ciudad capital, donde si el centro de salud tiene profesionales amigables se garantiza el acceso a la salud, sino tiene que peregrinar para, con suerte, conseguir respuesta. Por eso pienso que la accesibilidad tiene que ver con una cuestión geográfica, que por momentos eso es mucho más fuerte que la cuestión de clase.

También debemos seguir discutiendo la idea de que tenemos que encontrar el profesional “amigable”, una categoría que además hemos contribuido a construir, pese a que aún nos cuesta pedir a una persona que se acerque al sistema de salud sabiendo que puede ser maltratada allí.

Si tengo que pensar en qué estrategias darnos para un mayor acceso, las

cuestiones geográficas y territoriales tienen mucho que ver. Vinculo esto con un obstáculo existente, por lo menos para las zonas alejadas de Córdoba capital, relacionado a la lógica de las derivaciones. En Sierras Chicas tenemos un problema en ese sentido, porque tenemos el hospital de Unquillo, al que deriva Río Ceballos, pero ya desde Salsipuedes, Jesús María e incluso más al norte tienen que derivar a Córdoba, con toda la complejidad que implica para cualquier persona movilizarse desde La Granja hasta Córdoba capital, aunque tenga vehículo propio; sin mencionar, además, que en Jesús María hay un hospital público que debería garantizarlo y no lo está haciendo. Por eso digo que hay muchos obstáculos en lo geográfico que operan con mucha fuerza, sin desconocer, por supuesto, todo lo otro que implica la interseccionalidad de desigualdades que atraviesa a cada persona.

Luisina Bogino: la interseccionalidad se advierte en que aborta cualquier persona que llega hasta el centro de salud, de edades diversas. En nuestra región, en las zonas rurales más alejadas están naturalizados el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad y el abuso. De allí provienen las personas que llegan con los embarazos más avanzados, y eso está vinculado al acceso a la información; o sea, no es la misma situación la de una persona que vive en Villa Las Rosas, que es feriante, que tiene un contexto sociocultural que le permite llegar a tener esa información y que puede acercarse hasta un centro de salud, que la situación de otras personas para las cuales hablar de interrupción voluntaria del embarazo es algo extraño, ya que desconocen que es posible y legal. Los embarazos de segundo trimestre son muchos, y llegan por primera vez ya avanzados. ¿Por qué se llega a eso si existe una ley que permite interrumpirlos antes?. Bueno,

evidentemente hay algo que está fallando, y es la circulación de la información; sacarnos el estigma social del aborto, el miedo del cual ya hablamos, la falta de acceso a educación sexual integral en las escuelas -¡qué difícil es hablar de aborto allí, o del acceso a la salud sexual reproductiva y no reproductiva!-. Cuando la persona llega a la consulta para interrumpir un embarazo le preguntamos si ha obtenido información en la escuela y la mayoría nos responde que no, no hay un fortalecimiento de esa política de Estado.

Como estrategia, pienso en las redes, porque hay muchos lugares en los cuales no hay centros de salud que garanticen el acceso a una IVE, pero sin embargo siempre hay algún llamado del director de un centro de salud o de alguna médica del equipo, que se contactan y así las demandas llegan de alguna manera. Eso es el resultado de muchos años de trabajo, desde estos activismos. Hay que seguir insistiendo: hacer redes con las escuelas, con los docentes, con los centros de estudiantes, con adolescentes y jóvenes, con el movimiento campesino, con organizaciones que se adentran en lugares donde es difícil acceder. Hay que fortalecerlas y ver qué estrategias pueden implementarse para que la información circule de manera más concreta. Es poca la información existente de buena calidad. Si vemos las cartillas que tienen las Socorristas en Red, o la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, son hermosas, con detalles y claridad, pero a ellas solo acceden quienes llaman o se acercan; a nivel ministerial el acceso a la información acerca de la interrupción voluntaria del embarazo es muy pobre.

Betiana Olearo Barrera: hace más de diez años que venimos sistematizando información y, en todo ese tiempo, las personas que hemos acompañado han sido siempre mujeres. Lo señalo porque me quedo reflexionando sobre lo que decía

Santiago, respecto a por qué las personas trans no acceden al sistema de salud.

Otra cuestión que me interesa comentar es que en cada centro de salud tenemos barrios a cargo. Y actualmente, 50% de las personas que vienen a una consulta para una interrupción voluntaria del embarazo no son de nuestros barrios, sino de otros lugares. Lo menciono porque las mismas usuarias muchas veces dicen que prefieren no atenderse en su barrio y quieren ir a otros centros de salud, porque en su barrio ya las conoce el equipo de salud. Hay un porcentaje también (12 a 15%) de las personas que acompañamos que cuentan con obra social, pero no logran resolverlo allí; tienen que atravesar diferentes tipos de burocracias para acceder una medicación, o dar cuenta de, o presentar estudios, cuestiones que se terminan convirtiendo en un obstáculo, por lo cual finalmente eso lo terminamos resolviendo también desde la salud pública, no sólo en términos de atención de calidad sino también con la medicación que provee el Estado. Hoy la mifepristona todavía no se encuentra en venta en las farmacias y es un fármaco del listado de esenciales de la Organización Mundial de la Salud que tenemos disponible en salud pública como tecnología de resolución de calidad y de muy buena eficacia.

La mayoría de las mujeres que acompañamos ya han sido madres. Acerca de la reconsulta que recibimos -por esto que tanto se debatió en el Congreso Nacional en 2018, acerca de si la interrupción de embarazo se iba a usar como un método anticonceptivo-, podemos dar cuenta de que en realidad la tasa de reincidencia de abortos previos (espontáneos y provocados) no es alta, es menor al 15% la proporción de personas que ya tuvieron un aborto previo. Y esto se vincula a que, en países que ya tenían experiencia vasta con la legalización, ésta posibilita que mejoren los parámetros en cobertura de métodos anticonceptivos, porque la persona que termina de resolver su interrupción voluntaria o legal finalmente se

va con un método, que es algo que también hemos ido mejorando los últimos años, pues hubo provisión por parte del Estado, sobre todo de los implantes. La persona llegaba al consultorio y, particularmente en pandemia -un contexto en el que en un encuentro teníamos que resolver todo-, se iba con la pastilla para hacer la interrupción, con nuestro número telefónico para hacer el seguimiento, con el implante colocado, lo cual nos permitió asegurar una protección para no quedar embarazadas por tres o por cinco años.

En nuestro caso, con respecto al tema de los embarazos más avanzados, no tenemos un porcentaje elevado, no sabemos si es porque se pueden redireccionar de manera directa al segundo nivel de atención y a nosotras nos llegan solo los del primer trimestre.

Me quedo pensando lo que comentó Santiago, respecto a que su trabajo tenía que ser acercar a la población trans al sistema de salud. En eso todavía seguimos fallando, tenemos que darnos esos tiempos para pensar y seguir mejorando las articulaciones. Y también agrego que desde el sistema de salud tenemos una deuda con el trabajo comunitario en lo local, seguir trabajando con los colegios, con los jardines, reforzar y acompañar la aplicación de la ESI. Hace poco leí un trabajo que habían hecho con alumnos secundarios y no nos hemos movido del resultado del 2018, que implicaba 40% de aplicación de la ley de ESI en nuestro territorio, y hoy se mantiene igual. También es nuestra responsabilidad, desde nuestros lugares de trabajo, fortalecer, acompañar y trabajar en terreno, en esos ámbitos comunitarios y colectivos, porque ahí encontraremos muchas de las respuestas que necesitamos.

Santiago Merlo: en el contexto más duro de la pandemia acompañé a seis varones

trans a interrumpir y dos de ellos, posteriormente, eligieron ligar trompas. En algunos de los casos acompañados por sus madres, pues asistimos a la primera generación de niñez y adolescencia trans acompañada por sus familias, y fueron experiencias muy ricas. Es para destacar también cuando se puede trabajar con la familia, un aporte concreto que realiza la ESI.

Coincido, además, con la necesidad de articular y profesionalizarnos, más aún quienes estamos en organizaciones o instituciones que recibimos las primeras demandas. En nuestro caso, en La Casita Trans, contamos en contexto de pandemia con tesis de la Facultad de Ciencias Sociales de la UNC, que hicieron un relevamiento muy interesante. Para nuestra organización, poder contar con trabajadores sociales -hoy profesionales que nos siguen acompañando-, que estuvieron atendiendo cuál era el contexto de cada persona y sus redes afectivas, para darnos pautas al resto del equipo -que también estamos en las mismas situaciones de vulnerabilidad, como personas trans, que aquellos que acompañamos- ha sido valioso.

Por otro lado, todas las organizaciones hemos tenido una demanda que nos excedió en tiempos de pandemia. Veníamos pensando que el acompañamiento a personas trans estaba vinculado a que pudieran modificar sus datos registrales, pero luego empezamos con otras situaciones -las alimentarias, por ejemplo- y aparecieron así dos circunstancias concretas que llevaron a embarazos no deseados: primero, el ejercicio libre de la sexualidad sin haber tenido información sobre hormonización y anticoncepción, cómo eso en cada organismo no es lo mismo, además del tiempo que lleves en tratamiento, o si has hecho o no alguna modificación corporal. Y por otro lado, también tuvimos un hecho muy duro, vinculado a un abuso correctivo de la identidad de un compañero. Entonces,

estamos pensando si accedemos o no a un aborto, pero no podemos trabajar en la prevención, estamos llegando tarde. Por eso necesitamos capacitarnos, de manera breve y concreta, para que quienes somos agentes comunitarios sepamos cómo actuar en estas situaciones. Porque aunque sabemos que existen las Socorristas, las y los trabajadores de la Red de Profesionales y de otros espacios, cuando trabajas con población trans, a veces las situaciones te pueden llegar a los dos de la mañana cuando te expulsaron del hogar, cuando no te garantizaron la hormona que hace un mes que no te ponés, entonces estás atravesando situaciones de mucha ansiedad y depresión, con una salud mental frágil.

Sofía comentó algo sobre los espacios “inclusivos” o “amigables”, que ojalá no existieran con ese nombre, pero cuando hay una banderita de la diversidad, una banderita trans, es muy importante para saber que al menos allí no vamos a tener que explicar el ABC: qué es género, qué es sexo, qué es expresión de género, qué es orientación sexual, al menos todo eso ya no lo tengo que explicar y puedo pasar al siguiente nivel. Por eso subrayo la importancia de que la comunicación nombre a las personas trans, que quien responda una consulta telefónica en lugar de pedir hablar con la paciente sepa cómo usar otros genéricos, porque el uso de una letra o, de a, o de una e nos expulsa, es muy difícil que volvamos a una segunda entrevista. También hay que insistir en campañas de salud sexual y reproductiva que se dirijan específicamente a jóvenes trans. A veces nos hemos encontrado con situaciones en que los servicios ginecológicos obstétricos, históricamente pensados y nombrados para personas CIS, suelen ser expulsivos para nosotres, porque hay mujeres que no se sienten cómodas con personas trans en un mismo contexto. Por eso, hasta ahora las consultas han sido siempre protegidas y con muchos cuidados. Tengo mucha esperanza, por supuesto, que

esto lo vamos a modificar, porque ya tenemos la ley, pero nos hacen falta capacitaciones, materiales y tener estas posibilidades de conocernos y articular, para tener una sociedad más justa, más libre, más amorosa y que nuestros proyectos de vida puedan ser conscientes y acompañados.

Cecilia Johnson: nos preguntábamos también, pensando en Córdoba y sus particularidades, ¿quiénes serían las aliadas que nos encontramos desde los activismos? ¿y qué sujetos aparecen todavía como obstaculizadores? Y también sería interesante saber, en clave de pensar un escenario más esperanzador, ¿quiénes han ido cambiando de posición?

Betiana Olearo Barrera: algo que nos enseñó la experiencia, en lo que respecta a ampliar la red de profesionales vinculada a la interrupción voluntaria, fue romper nuestros propios prejuicios. Aprendimos que con la mayoría de las y los profesionales se puede dialogar. Nosotras siempre mencionamos el ejemplo de una compañera ginecóloga que hasta 2018 había presentado su objeción de conciencia por escrito en nuestra dirección y después de la ley presentó la desobjeción. Y a lo largo de estos años, desde 2018, se fueron sumando muchas ginecólogas y ginecólogos, pues la mayoría de las médicas que veníamos acompañando éramos de familia o generalistas, que es lo que sucede en todo el país. Y recuerdo ahora algo que menciona Aníbal Faúndes en su libro “El drama del aborto”, respecto a que en la gran mayoría de las situaciones las personas no nos oponemos 100% a algo. Empezar a desarmar esos discursos -más aún cuando a las y los médicos la academia nos forma de manera hegemónica y tardamos años en desaprender nuestras prácticas-, ha sido el camino que hemos ido

desandando, para tratar de sumar a más personas. Y realmente nos damos cuenta de que la mayoría de ellas no son objetoras en su totalidad, hay matices por los cuales el agua se va filtrando, y desde ese lugar hemos ido sumando.

Luisina Bogino: realmente es una deuda pendiente de la universidad que las y los profesionales en formación puedan hablar del tema y de la ley. Me pasó que, en el hospital donde trabajo, se sumaron varias profesionales jóvenes y son todas objetoras. Yo no podía creerlo, porque pensaba que esa posición solamente se daba en profesionales de mayor trayectoria. Es cierto lo que plantea Betiana respecto a que nadie es totalmente objetor, pero a mí me pasa en la práctica que son pocos los que puedo sumar, incluso en causas de violación. También en esta zona hay profesionales que no hacían la interrupción voluntaria del embarazo porque tenían miedo de quedar catalogados de “aborteros”, sobre todo en el sector privado. Esto ha cambiado bastante y va mejorando.

Con respecto a quienes obstaculizan, hay mucho desconocimiento de la ley por parte del Poder Judicial, por ejemplo. De hecho, estamos planteando hacer capacitaciones con otros organismos en el propio Poder Judicial, porque quien supuestamente tiene que estar al tanto de todo, en concreto no conoce la ley. Siento que aún falta mucho por recorrer, pero que también hay mucha gente aliada.

Sofia Menoyo: para ampliar esas redes de alianzas es importante generar diálogos. Me considero inscripta en un feminismo del reconocimiento y la reivindicación, reconozco los trayectos y recorridos que nos hemos venido dando: la estrategia de ubicar la discusión del aborto como parte de la salud pública fue

parte del triunfo; y allí surge otra arista, vinculada a cómo le discutimos el sistema de salud -público y privado- a la hegemonía médica, cómo humanizamos la salud. No tendríamos que tener profesionales “amigables”, sino que todo el sistema tendría que serlo, y hacia allí vamos, pero hay que seguirlo discutiendo, y para eso hay que generar diálogos y escuchas imprescindibles. Me reconozco en esos diálogos y aprendizajes; tenía 23 años, era militante de la campaña y decía que estaba a favor del aborto y que acompañaba a todas las que abortaran, pero que nunca iba a abortar porque si era tan irresponsable de no haber usado un método anticonceptivo, entonces tenía que bancármela. Y hoy me pregunto asombrada por qué pensaba eso. Después aprendí, que los sistemas de anticoncepción no son totalmente eficaces, que por más que fuera la más responsable tomando las pastillas podía quedar embarazada y tener un embarazo no deseado. Que la decisión de abortar atraviesa otras cosas además del uso o no de anticonceptivos. Cada persona va aprendiendo en el diálogo y en el encuentro con otras esa multiplicidad de aristas, esa interseccionalidad, diversidad y complejidad existente, que acompaña la decisión de abortar o continuar con un embarazo en cada persona.

El sistema judicial está siendo ahora nuestro principal enemigo, el más nefasto, y tenemos que revisar nuestra estrategia. Y nuestra principal alianza es con quienes usan la ley . Tenemos que sostener una militancia que implique que la gente se apropie de la ley y la demande en todos lados, por todas partes, como estamos haciendo con la ESI, que estudiantes se apropien de la ley y la demanden. Esa es una estrategia potente, que implica el ejercicio de construir personas que demanden derechos y puedan salir a discutirlos.

Santiago Merlo: ¿con quiénes podemos aliarnos? Los centros de estudiantes, pensando en todo aquello que nos aporta ese tipo de organización; porque a través de estudiantes solos o solas, aun con la voluntad de docentes, es difícil el acceso a una escuela para hacer una actividad -aunque sea extracurricular-. Los espacios de formación docente también son aliados, pues están recibiendo demandas y tenemos muchos en el interior provincial. Y también las universidades. A veces, aquellas organizaciones que somos independientes -hablando de lo político partidario- estamos imposibilitadas de acceder a recursos que se reparten discrecionalmente -por ejemplo, los materiales de folletería-, y corremos con cierta desventajas, pero también con la ventaja de las redes amorosas, autogestivas, que siguen sosteniendo lo colectivo.

Hay que insistir en trabajar en o con las masculinidades y asumir que somos contradictorios también. Y en esto me pongo autorreferencial, porque la llegada de mi hijo Vicente me ha puesto patas para arriba, sinceramente. Yo aborté en los noventa, en aquellos tiempos en que cursaba la Escuela de Ciencias de la Información de la UNC, tenía toda la información respecto a cómo cuidarme y me las sabía todas. Sin embargo, en mi construcción identitaria de la masculinidad, en momentos en que no existía la Ley de Identidad de Género, todo me decía que un varón no podía quedar embarazado. Yo sabía que quería ser papá, pero todavía la sociedad me planteaba que no, que tenía que ser mamá, porque eso era lo que traía mi mapa corporal. En ese tiempo, si yo hubiese tenido otra información seguramente podría haber evitado cursar un aborto clandestino por el cual estuve dos semanas desangrándome; casi pierdo la vida, me tuve que ir a otra provincia porque acá no conocía a nadie, venía del interior y no podía volver allí a buscar las respuestas. Y hoy puedo decir que estoy vivo de milagro. Pero actualmente, con

todas estas herramientas, tenemos que lograr que se den la mano todas estas leyes que han ampliado derechos, que nos garantizan la existencia, para llenar los vacíos que aún tenemos, porque completarlos será lo que al fin y al cabo nos dará mejores condiciones materiales de vida.

(*) Trabajadora social, docente en la Facultad de Ciencias Sociales (FCS) de la Universidad Nacional de Córdoba e integrante del Comité Editorial de “Cuadernos de Coyuntura” (CDC)

() Filósofa, docente de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS) de la Universidad Nacional de Córdoba e investigadora de CONICET. Integrante del Comité Editorial de “Cuadernos de Coyuntura” (CDC).**

(*) Docente de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS) de la Universidad Nacional de Córdoba, investigadora de CONICET e integrante del Comité Editorial de “Cuadernos de Coyuntura” (CDC).**