



CONSEJERÍAS EN IVE/ILE

Experiencias de implementación
en la Ciudad de Buenos Aires

Karina Cammarota
Guadalupe Cortez Fernandez
Carolina del Valle
Romina Hemadi
Viviana Mazur

SEPTIEMBRE 2022

Sobre las autoras:

Karina Cammarota es psicóloga, integrante de REDAAS, se desempeña en el Equipo de la Consejería del Centro de Salud n° 34 del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Guadalupe Cortez Fernandez es trabajadora social, se desempeña en el Equipo de la Consejería del Centro de salud n° 34, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Carolina del Valle, es trabajadora social, se desempeña en el Equipo de la Consejería del Centro de salud n° 7.

Romina Hemadi es psicóloga, se desempeña en el Equipo de la Consejería del Hospital DF Santojanni.

Viviana Mazur es médica generalista, integrante del grupo promotor de REDAAS, Referente de acceso a IVE/ILE GCBA.

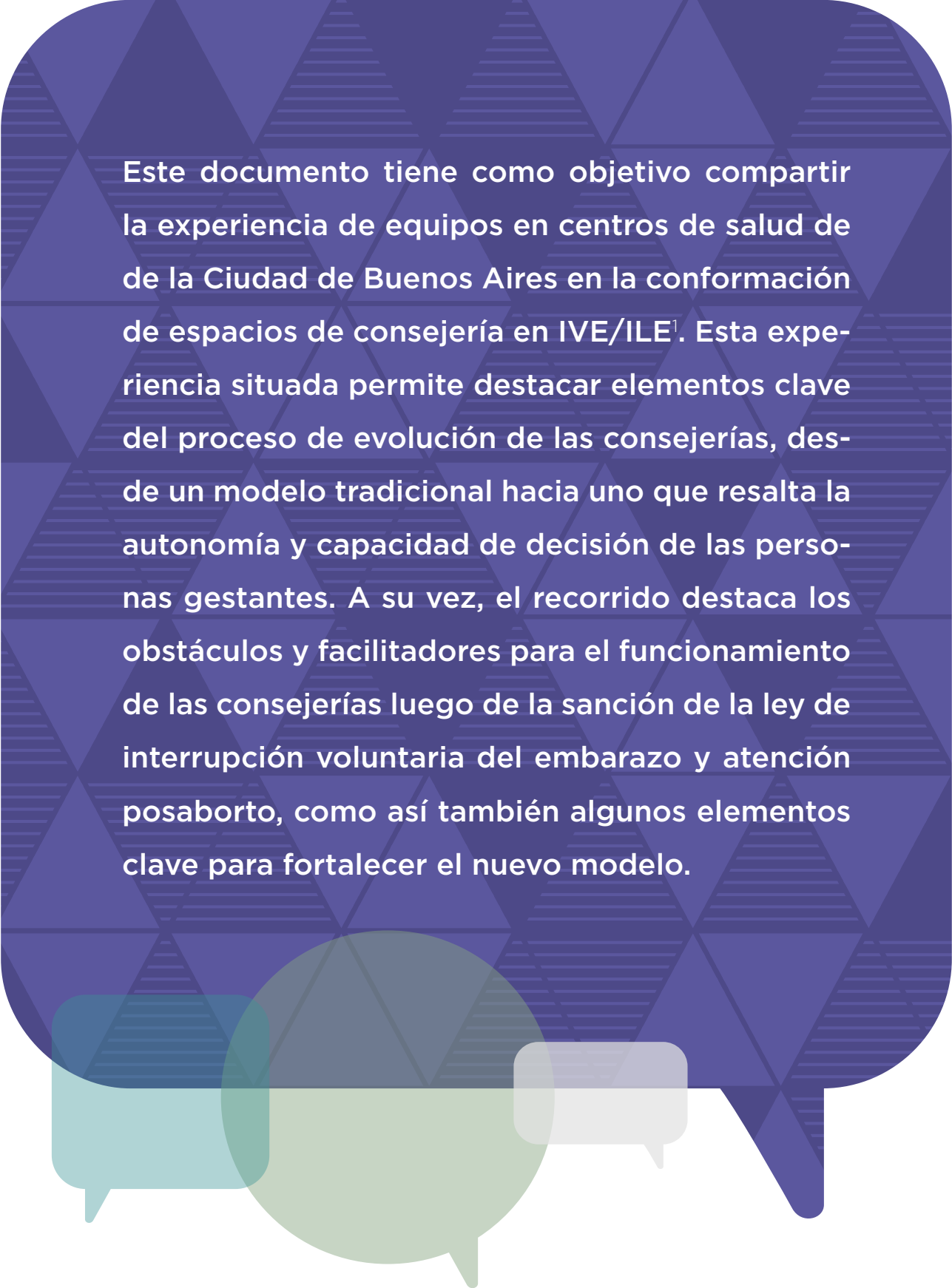
Agradecemos los comentarios y revisión de Silvina Ramos y Mariana Romero a este documento.

CEDES: www.cedes.org

ELA: www.ela.org.ar

REDAAS: www.redaas.org.ar

Sugerencia de cita: Cammarota, K. Cortez Fernandez, G. del Valle, C. Hemadi, R. Mazur V. Consejerías en IVE/ILE: experiencias de implementación en la Ciudad de Buenos Aires. REDAAS. Buenos Aires, Septiembre 2022.



Este documento tiene como objetivo compartir la experiencia de equipos en centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires en la conformación de espacios de consejería en IVE/ILE¹. Esta experiencia situada permite destacar elementos clave del proceso de evolución de las consejerías, desde un modelo tradicional hacia uno que resalta la autonomía y capacidad de decisión de las personas gestantes. A su vez, el recorrido destaca los obstáculos y facilitadores para el funcionamiento de las consejerías luego de la sanción de la ley de interrupción voluntaria del embarazo y atención posaborto, como así también algunos elementos clave para fortalecer el nuevo modelo.

1 En el desarrollo de la presente Hoja informativa usaremos IVE haciendo referencia a la Interrupción Voluntaria de Embarazo e ILE a la Interrupción Legal de Embarazo, reguladas por la Ley 27610 en Argentina desde el año 2021.

¿Qué son las consejerías en IVE/ILE?

Las consejerías en salud sexual y reproductiva (SSR) son espacios de encuentro entre profesionales del equipo de salud y usuarias/usuarios del sistema de salud que tienen como objetivo fortalecer la autonomía de las personas para que tomen decisiones sobre su SSR de manera más consciente e informada posible.

Son un espacio en los que los y las profesionales de la salud brindan información sobre salud y derechos; acompañan la toma de decisiones acerca de temas tales como anticoncepción, embarazo, parto o interrupción del embarazo, entre otros de la salud sexual y reproductiva; promueven la conversación y reflexión con las personas usuarias y favorecen procesos en los que las personas se asumen como sujetos de derecho en relación a las prácticas de SSR (Ministerio de Salud, 2018).

Las consejerías en IVE/ILE son un tipo particular dentro de las consejerías en SSR. Se trata de estrategias sanitarias de atención antes, durante y después del aborto, que pueden llevarse a cabo en los distintos niveles del sistema de salud. Si bien las consejerías de ILE comenzaron como una estrategia de reducción de daños, fueron cambiando de carácter a lo largo del proceso que culminó con la Ley de interrupción voluntaria del embarazo y atención posaborto (Ley 27.610). Hoy en día, las consejerías de IVE/ILE son entendidas como un modelo de atención que concibe a las personas como sujetos deseantes, históricos, autónomos y con capacidades para tomar sus propias decisiones.

Las consejerías están inscritas en un campo dinámico en el que diferentes actores sociales (del campo de la medicina, las ciencias humanas, los colectivos de mujeres, las organizaciones sociales) han producido y producen transformaciones situadas. Se las concibe como un espacio que implica lo local y territorial a partir de la perspectiva de una *clínica ampliada* que propone un “más allá” de los paradigmas biologicistas y fragmentados que piensan un sujeto específicamente individual, a-histórico y a-social (de Sousa Campos, 2009). Proponen una visión de un campo de intervención complejo y multidimensional que se ha ido construyendo no solo respecto de las ofertas de los sistemas de salud sino de las demandas de los diversos colectivos sobre la temática.

En nuestra experiencia como equipo de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, trabajar en el primer nivel de atención en salud es una oportunidad para el cuidado de la salud desde una acción de cercanía, más estrechamente vinculada en los territorios donde transcurre la vida de las personas, y desde el reconocimiento de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de las personas gestantes quienes se acercan a estos espacios de atención.



Del modelo tradicional de atención al modelo de la consejería

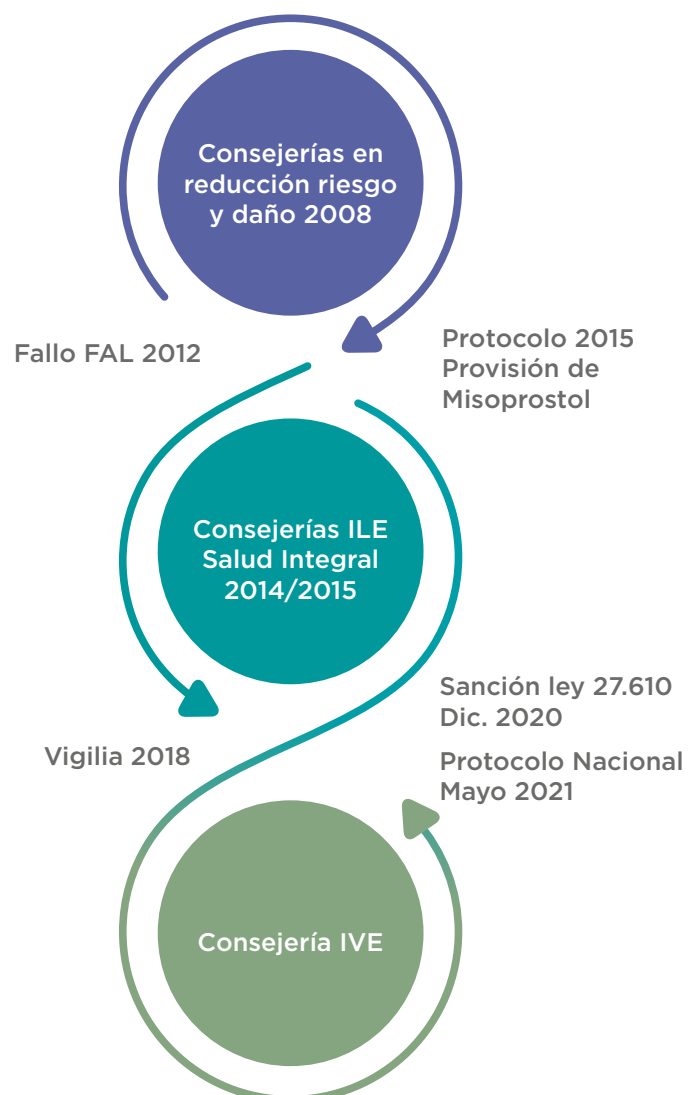
Los modelos de atención en salud responden a una serie de elementos ideológicos, políticos, culturales y tecno-científicos que implican modos de hacer. El modo de hacer responde, explícita o implícitamente, a una concepción de sujeto, a un modo de entender el proceso de salud y su cuidado y a la forma en que se construyen los saberes y se aprenden las prácticas. **Situamos como eje transversal e histórico de las consejerías la posibilidad de brindar información de calidad y acompañar a las personas gestantes en su decisión.**

Recuperando la historicidad de las estrategias desarrolladas (**Figura 1**), ubicamos un primer momento en el cual las consejerías en reducción de riesgo y daño abrieron la escucha de situaciones hasta aquel momento invisibilizadas. Posteriormente, el pasaje de las consejerías en reducción de riesgo y daño a las consejerías en ILE permitió la progresión hacia modelos más integrales en materia de prácticas de cuidado, de escucha, de acceso y de ejercicio de derechos de las personas gestantes. Esto nos lleva a plantearnos los cambios que se han ido produciendo en la noción de *riesgo*² en la conceptualización de las consejerías.

En la epidemiología tradicional, el *riesgo* se refiere a una probabilidad estimada de que algo suceda (o deje de suceder) dentro de

Figura 1

Recorrido histórico de las consejerías IVE/ILE



2 El paradigma del riesgo ha sido cuestionado desde la epidemiología crítica, en la perspectiva de la salud colectiva. Almeida Filho (2000) propone los modelos de fragilización como una conceptualización superadora de los factores de riesgo recuperando el carácter socio histórico del proceso de salud enfermedad cuidado. Ayres (2006) trabaja el concepto de vulnerabilidad para visibilizar las mediaciones entre los sujetos y sus contextos sociales. Ésta se manifiesta en tres dimensiones de análisis: individual, social y programática. La primera, referida al modo de vida, a la posibilidad de acceso y comprensión e incorporación de informaciones y pautas de cuidado; la segunda en interrelación con la primera refiere a las condiciones materiales, culturales, políticas en las que esas informaciones, prácticas toman significado y son plausibles de desarrollar; por último la dimensión programática incorpora la evaluación de lo institucional e interinstitucional.

cierta población expuesta a factores específicos de peligro (o de protección), comparada con una población de referencia. En general, los trabajos epidemiológicos consideran la existencia de distintos tipos de indicadores, y de acuerdo a ellos será el rango de contingencia al que se enfrentan las personas, basados en sus características. La interpretación de las variables muchas veces no toma en cuenta las dinámicas psicosociales concretas en la vida de cada persona gestante en particular, y entonces la categoría abstracta de *riesgo* se convierte en una práctica de intervención que no toma la voz de quienes acuden a un espacio de salud. Se pierde así la perspectiva sobre la complejidad. El riesgo epidemiológico implícito en las prácticas sociales del aborto, concebido desde los potenciales daños relacionados con la salud y la vida de las personas gestantes, implica una reducción de la situación de aborto a las condiciones en que se concreta el acto médico.

Pero, ¿quién establece la relevancia de los diferentes riesgos para cada persona gestante que enfrenta una situación de aborto? Podemos preguntarnos si nuestras intervenciones habilitan a las personas gestantes a reconocer y desplegar sus saberes pertinentes, oportunos y susceptibles de ser reelaborados y aplicados en sus propios contextos vitales.

A la noción de *riesgo* se ha contrapuesto la de vulnerabilidad que desde la perspectiva de la epidemiología crítica contempla al sujeto, la historia y el territorio reemplazando la tríada lugar-persona-tiempo. Pasamos de la idea del *riesgo* a la idea de *vulnerabilidades*. En esta nueva concepción, el eje pasa a estar en quienes consultan, desplazando la centralidad de los saberes de los y las profesionales de la salud, que era la base de los modelos sanitarios tradicionales.

Los espacios de consejería habilitan el cuidado de dimensiones que exceden el marco de la enfermedad: el equipo de salud se encuentra frente a las personas gestantes en un contexto específico. Se trata de una decisión que es expresada a los equipos desde la posibilidad de ubicar un malestar o padecimiento subjetivo³ ligado a la situación que se encuentran atravesando, y no a una enfermedad. El espacio ofrecido por los y las profesionales representa una ventana de oportunidad para que las personas gestantes en situación de embarazos no intencionales se vinculen con los servicios de salud para un acompañamiento de sus trayectorias sexuales y reproductivas.

3 El concepto de sufrimiento psíquico y su distinción de la patología mental permite ubicar dos cuestiones específicas de los problemas atinentes a la salud mental. "Por un lado, evita considerar los conflictos que devienen de la vida cotidiana y de las interrelaciones sociales, en términos de patologías. Las condiciones concretas en que se generan los padecimientos le otorgan a éstos un carácter procesual e histórico que no queda expresado en las clasificaciones mórbidas; y cuya utilización, muchas veces, conduce a una patologización de las situaciones cotidianas. Asimismo, la emergencia del sufrimiento psíquico no conduce necesariamente a la enfermedad (...). Por otro lado, el sufrimiento permite incorporar la dimensión subjetiva del padecimiento, dimensión sin duda ausente en la nosografía clásica". (Augsburger; A. 2004)

¿Cómo funcionamos?

El espacio se generó en el marco de las ventanas de oportunidad que la institución ofrecía. Se armó en el primer nivel de atención en el año 2015, cuando se configuró un equipo interdisciplinario con dos tocoginecólogas, una de las cuales es ecografista, una trabajadora social y una psicóloga. En su conformación las experiencias previas de los y las profesionales en el segundo nivel y en un contexto institucional favorable (tanto hacia el interior de la propia institución como la articulación y acompañamiento del segundo nivel de atención) fueron clave.

En nuestra práctica propusimos, y actualmente sostenemos, al menos dos espacios de encuentro, con posibilidad de posteriores encuentros según las demandas y necesidades de quienes nos consultan. En general, en los encuentros hay dos profesionales de diferentes especialidades que realizan la entrevista de forma conjunta. El equipo definió días y horarios específicos para la demanda espontánea de quienes necesitan consultar, lo cual define en la institución un interlocutor de referencia al cual dirigirse.

Cuando las personas gestantes se acercan a la consejería, varios aspectos de su vida están en juego: sus relaciones sentimentales y familiares, sus vulnerabilidades, su proyecto de vida y su autonomía para disponer de su cuerpo en el marco de relaciones desiguales entre los géneros.

1

Primer encuentro

El primer encuentro tiene como objetivos fundamentales informar y acompañar a la persona gestante en su decisión, y al mismo tiempo, viabilizar el acceso a la práctica, en general al aborto medicamentoso ambulatorio.

Se establece un espacio de escucha, en el campo de una clínica ampliada⁴, desde los deseos, los temores y saberes de las personas gestantes que consultan. En esa entrevista se busca visibilizar y co-construir con quien consulta las condiciones en las que esa decisión se expresa en torno a tres ejes:

- **Redes en salud:** referencia con efectores y profesionales, derivaciones acompañadas, trayectoria de atención en salud, especialmente sexual y reproductiva, acceso y utilización de métodos anticonceptivos. Evaluación de cobertura, cercanía, acceso y uso de los sistemas de salud.

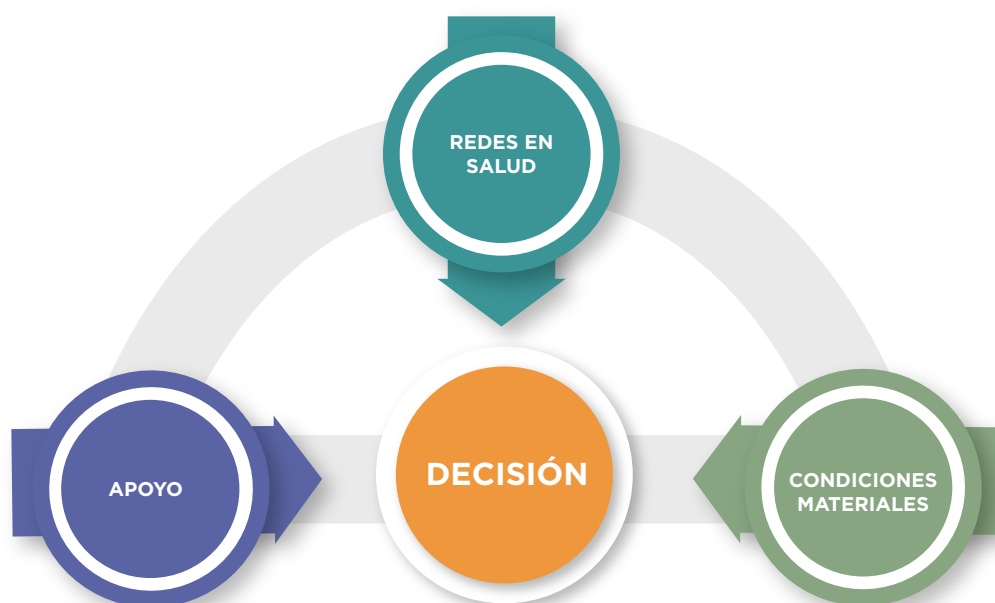
4 La clínica ampliada o clínica del sujeto es aquella desarrollada por un equipo multidisciplinar en la comunidad y centrada en el sujeto, que amplía su objeto de trabajo, los objetivos, los espacios y los actores involucrados. Supone una complejización del modelo de atención y sus acciones ofertadas (de Sousa Campos, G., 2009)

- **Apoyo:** red de contención socio familiar respecto de la decisión, acceso a información y recursos simbólicos. Condiciones emocionales para realizar el procedimiento. Valoración de situaciones en torno a las desigualdades de género, en especial de las violencias en cualquier modalidad.
- **Condiciones materiales:** lugar apropiado para realizar la práctica de manera ambulatoria, acceso a recursos materiales, accesibilidad a efector de referencia para atención por urgencia, valoración de situaciones de vulnerabilidad social.

Si se trata de un embarazo mayor a 14 semanas, junto con la persona gestante se evalúan los riesgos emocionales, sociales y de salud en juego acorde al modelo de causales, y según el caso, las modalidades de contención necesarias. La articulación con el segundo nivel de atención resulta clave para una derivación asistida.

2 Segundo encuentro

Durante este encuentro se busca conocer el estado de salud tras el procedimiento. Se realiza el control ecográfico. Asimismo, se da espacio para compartir la vivencia para ayudar a elaborar los posibles aspectos negativos -si los hubiera- y para trabajar elementos relacionados con la salud sexual, reproductiva y no reproductiva. Se brinda información para la elección, el acceso y la provisión de métodos anticonceptivos, basadas en las preferencias y necesidades subjetivas de quien consulta. A su vez, se facilita la posibilidad de referenciarse con un espacio de cuidado de su salud. En ocasiones, se pactan nuevos encuentros a solicitud de las personas gestantes, en los que en general se trabajan otros aspectos de las trayectorias sexuales y reproductivas.



5 El centro de salud donde se desempeña este equipo está conformado por dos médicas tocoginecólogas, una psicóloga y una trabajadora social.

¿Por qué un equipo interdisciplinario?

Desde nuestra experiencia, planteamos la necesidad de propiciar el armado *in situ* de un equipo interdisciplinario para abordar cualquier temática que incluya el acceso a derechos y confronte sentidos sociales muchas veces cristalizados, como pueden ser en este caso, los roles y las relaciones de género, la maternidad, los embarazos y los cuidados sexuales y reproductivos de las personas gestantes. El equipo permite alojar la demanda de quienes consultan, marcando una mirada ampliada de salud que no suma saberes como capas superpuestas sino que los integra. El momento de la entrevista funciona como lugar de encuentro entre diversas disciplinas⁵ que permiten dar cuenta y abordar sinérgicamente la complejidad de la demanda. A su vez, la existencia de un equipo de estas características brinda apoyo a quienes lo conforman dentro del propio equipo y también en la institución.

Trabajar en el marco de un equipo interdisciplinario nos ha permitido identificar aspectos que facilitan u obstaculizan la posibilidad de garantizar la práctica de IVE/ILE.

Cuadro 1

Obstáculos y facilitadores para garantizar la práctica de IVE/ILE

Facilitadores	Obstáculos
Sostenemos la estrategia de conformación de equipos interdisciplinarios como facilitadores de líneas de visibilidad y acción, tanto respecto de la persona que consulta como del equipo situado en la institución, entendido como campo donde se juegan los sentidos y alcances de la salud.	Respecto de las interrupciones, la bibliografía de estudios realizados con profesionales marca dificultades en la conformación de equipos de trabajo, y en algunos efectores, escaso reconocimiento y apoyo institucional. Se asocian al estigma, las sensaciones/percepciones que muchos/as profesionales sienten frente a sus colegas.
El equipo facilita la percepción e inclusión de las dimensiones sociales, psíquicas e históricas de las personas gestantes como elementos estructurales en el modo de configurar las prácticas de atención.	Cuando las intervenciones son sostenidas desde las voluntades y los compromisos meramente individuales, se produce una sobrecarga de los y las profesionales.
La articulación y el trabajo con equipos del segundo nivel de atención es necesaria para el acompañamiento de la decisión de quien consulta a lo largo de los diversos momentos del proceso (Contar con guardias amigables, poder derivar por falla del procedimiento, y/o edad gestacional. poder derivar para la realización de AMEU si quien consulta lo solicitara)	La falta de articulación con equipos y efectores del segundo nivel representa para los equipos del primer nivel una disminución de la calidad de atención y de las estrategias que fueran necesarias más allá de la provisión de misoprostol.

¿Y qué nos sucedió como equipo de trabajo a partir de la sanción de la Ley 27.610⁶?

A partir de la sanción de la ley de IVE y posaborto, nos planteamos preguntas para repensar el dispositivo de las consejerías: ¿Qué profesionales participamos de la entrevista? ¿Hacia dónde orientamos el encuentro? Estas preguntas surgían del hecho de que una parte importante del primer encuentro se focalizaba en la co-construcción con las personas gestantes de sus razones para interrumpir su embarazo. Luego de la sanción de la ley de IVE, el modelo de causales no es el único modelo vigente respecto de la interrupción de embarazo.

Con la sanción de la Ley 27.610, el equipo logra ubicarse más allá de las exigencias en torno a la certificación de las causales, propio de la perspectiva del riesgo que se sostenía en modelos de intervención precedentes. Ahora el eje pasa a estar centrado en la voluntad de la decisión, la cual es condición no solo necesaria sino suficiente para el acceso a la práctica, aunque sin abandonar la mirada sobre las causales que aplican -según la ley- a embarazos de 15 semanas de gestación inclusive y más.

Al cabo de un tiempo de implementación de la nueva ley, percibimos cambios en el dispositivo de consejerías, cambios vinculados tanto a la oferta como a la demanda que sistematizamos en el **cuadro 2**.

Cuadro 2

Cambios en la oferta y la demanda de servicios de aborto a partir de la ley 27.610

Oferta	Demanda
<ul style="list-style-type: none">● Inclusión de la práctica de IVE/ILE en el plan médico obligatorio de obras sociales y prepagas.● Apertura de nuevas consejerías en distintos distritos de la Provincia de Buenos Aires● Fortalecimiento de los equipos y consejerías IVE/ILE de CABA.	<ul style="list-style-type: none">● Consultas en edades gestacionales tempranas, entre la 4° y 5° semana.● Vivencia de las personas gestantes de la posibilidad expresar su voluntad en un efector de salud en tanto derecho a decidir sobre sus cuerpos.

6 Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y Atención Posaborto.

Recomendaciones a las y los profesionales para fortalecer las consejerías

- **Apuesta y revalorización de saberes situados desde una perspectiva de salud ampliada**, teniendo en cuenta las experiencias y trayectorias de las personas que nos consultan. ¿Cómo llegan las personas gestantes? ¿Quién o quienes las acompañan? ¿Dónde viven? ¿Cómo abordan y han abordado la atención de las cuestiones sexuales y reproductivas a lo largo de su vida?
- Trabajar con otros/as: **conformación de equipos interdisciplinarios con articulación de distintos niveles de atención**, como modo de abordaje frente a situaciones complejas y que implican discursos en disputa. Actualmente más allá de la sanción de la ley 27610, y el marco de legalidad y certidumbre que dio a las instituciones y profesionales, aun circulan sentidos morales y religiosos asociados a la gestación y al aborto. Poder trabajar sobre los obstáculos que se producen en torno a esta práctica, visibilizando el trabajo de los equipos impacta positivamente en la calidad de atención.
- **Pensar el trabajo interdisciplinario como un espacio integrado de saberes y no como una serie de entrevistas** que funcionan a modo interrogatorio o validación, que la persona gestante debe atravesar para acceder a un derecho. En este sentido, las que los y las profesionales intervinientes trabajan integradamente en el modo de abordaje de cada situación específica planteada por cada una de las personas gestantes que consulta.
- Apertura desde un espacio de encuentro: **pasar de la hegemonía de la idea de intervención profesional a la idea de encuentro** que conlleva una escucha activa y un acompañamiento empático de las trayectorias de las personas gestantes respecto de su salud sexual y reproductiva.
- **Escucha activa de las condiciones en que se expresa la decisión de quien consulta**. No se trata de un modo específico a ser aplicado a todas las personas gestantes, sino de alojar una serie de decisiones en juego. El eje deja de ser dominio del “acto médico” para pasar a ser determinado por quienes nos consultan. ¿Cuándo va a realizar el procedimiento? ¿Cuál será la vía que se elegirá para la colocación del misoprostol? ¿Es posible para todas las personas gestantes realizar abortos en su domicilio? ¿Qué método anticonceptivo elegirá posterior al evento de IVE O ILE?

Claves para la atención en las consejerías de salud sexual

En las consejerías de salud sexual integral se abordan diferentes cuestiones que incluyen la anticoncepción, la prevención de infecciones de transmisión genital, las prácticas para el ejercicio de una sexualidad libre, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, las relaciones de género, las situaciones de violencia, o el asesoramiento sobre todas las alternativas posibles en relación a la confirmación de un embarazo (ILE/IVE) y, en los casos en que los hubiera, los riesgos para la salud relacionados con dichas opciones.

Algunas claves específicas para el momento de la atención son las siguientes:

- **Adoptar una actitud amplia y plural**

En los espacios de consejerías, es importante adoptar una actitud abierta, que no dé por sentado, por ejemplo, la heterosexualidad de la/el paciente. Es necesario prestar especial atención a las desigualdades de género que dejan en mayor vulnerabilidad a las mujeres, a las personas con identidades de género y orientaciones sexuales disidentes y a las personas con discapacidad. También es importante no dar por sentado que las relaciones sexuales son consentidas ni que los métodos anticonceptivos son negociados o son elegidos de manera libre por las personas gestantes. También se debe tener en cuenta realizar preguntas por posibles situaciones de abuso y/o violencia sexual.

- **Realizar preguntas abiertas**

El desarrollo de la entrevista y el intercambio que se produzca en ese momento es sumamente importante, ya que permite construir un vínculo de acompañamiento entre el equipo de salud y quienes realizan la consulta. Durante la entrevista es importante realizar preguntas abiertas que faciliten que la persona se exprese libremente y construya la demanda con sus propias palabras. Es fundamental en esta instancia retomar el mundo de referencia de las personas que están consultando, para evitar intervenciones que partan de los prejuicios y preconceptos que tenemos desde el equipo de salud. Esto es posible a partir de preguntas amplias que permitan conocer por qué motivo la persona se acerca, sus saberes, temores y trayectorias en torno a su salud sexual reproductiva.

- **Ejercer una escucha atenta**

Ejercer una escucha activa y atenta durante la entrevista nos permite registrar las demandas de la persona y las cuestiones que, como equipo de salud, consideramos pertinente abordar, como así también evaluar cómo ordenar y jerarquizar estas demandas, teniendo siempre presente la persona misma considera como necesidad y no solo nuestra apreciación profesional.

En una consejería de IVE/ILE es indispensable tener en cuenta cómo está atravesando ese momento la persona para saber cómo acompañar. Algunas personas atraviesan el proceso de toma de decisión con seguridad, otras con confianza en donde están consultando, otras con angustias, otras con culpas, otras con preocupación por sus hijas/es, y otras miles de formas que no conocemos porque depende de cada persona. El desafío es descubrirlo en esa entrevista, a través de escuchar lo que las personas relatan.

Tener una escucha activa y atenta, y llevar adelante la consejería teniendo en cuenta el mundo de representaciones y las condiciones de vida de la persona que consulta, entre otras cosas, tiene como resultado garantizar una atención integral respecto a la IVE/ILE, porque en ella no solo se aborda el acceso a un procedimiento médico, sino que también se construye un espacio de atención-cuidado para las personas.

- **Construir las intervenciones de manera flexible y dinámica a partir de la situación específica de la/el paciente**

La información obtenida a partir de las preguntas amplias y la escucha atenta nos va a permitir decidir cuál es la mejor forma de comunicar la explicación del procedimiento (realización de test de embarazo y/o ecografía, consentimiento informado y entrega de Misoprostol si se realiza de manera ambulatoria o derivación articulada con el efector o servicio correspondiente). La información que la persona brinda es valiosa; y, a partir de re-preguntas que realice el equipo de salud, nos permitirá conocer qué prácticas de cuidado la persona tiene y cuál es su conocimiento y trayectoria de uso o no de métodos anticonceptivos. Se puede detectar también si la persona está atravesando situaciones de violencia donde no pueda negociar el uso del preservativo u otro MAC, no preste consentimiento en las relaciones sexuales, situaciones de violencia, de discriminación, o cualquier otra práctica que vulnere sus derechos.

A modo de cierre

Estas ideas serían intervenciones modestas, no pretendidamente universales. Por eso es necesario retomar lo local, lo común entre, dentro y hacia afuera de cada comunidad, revalorizando y poniendo en acción intervenciones en cada uno de nuestros lugares de trabajo, en cada provincia o ciudad, en cada barrio. La localización es perspectiva, juego entre texto y contexto, frente y dorso, delantero y trasero. Sin universalidad, sin absolutos.

En condiciones concretas de la vida podríamos pensar nuestras acciones “junto a” las personas gestantes que se acercan, nos interpelan y nos consultan, cada día.

Referencias bibliográficas

- Almeida Filho, N.** (2000) La epidemiología del modo de vida. En: La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial, P. 157-176.
- Augsburger, A.** (2004) La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedade*; Vol. 16.
- Ayres, J; Clazans, G; Filho, H; Franca-Junior I.** (2006) O Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde. En: Akerman, M; Junior, MD; Carvalho YM (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. Hucitec Ed, Fiocruz Ed, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Cammarota, K. y Teodori, C.** (2017) Conocimientos, creencias y actitudes de los profesionales* de la salud de los servicios de obstetricia de hospitales generales de la CABA, respecto del modelo de causales para la realización de abortos no punibles, *Revista Isalud*, 56.
- de Sousa Campos, G.** (2009) Método Paidea: análisis y cogestión de colectivos, 1º ed., Lugar Editorial, Buenos Aires
- Drovetta, R.** (2018) Profesionales de la salud y el estigma del aborto en Argentina. El caso de la Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir. Conicet digital
- Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo** (2021). Disponible en: <https://www.boletin-oficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>
- López Gómez, A. y Couto, M.** (2017). Profesionales de la salud, resistencia y el cambio en la atención a mujeres que deciden abortar en Uruguay. *Descentrada Revista Interdisciplinaria de feminismo y género (UNLP)*
- López Gómez A.** (2015) Posibilidades y resistencias a la incorporación del enfoque de derechos en las prácticas de las/os profesionales de la salud. En: *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. Buenos Aires: CEDES. (Repositorio)
- Ministerio de Salud. Dirección de Salud Sexual y reproductiva** (2018) Consejerías en salud sexual y reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo. Buenos Aires.
- Szulik, D. y Zamberlin, N.** (2020). La legalidad oculta: Percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. Rio de Janeiro

REDAAS es una red de profesionales de la salud y el derecho vinculados con servicios de salud pública y comunitaria de la Argentina. Nuestro compromiso es acompañar y atender a las mujeres en situaciones de aborto legal, entendiéndolo como parte de nuestro deber profesional, ético y jurídico. Nuestro objetivo es promover la implementación de la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y Atención Posaborto, remover barreras institucionales y políticas para el acceso al aborto y construir una comunidad para compartir información, intercambiar experiencias y ofrecer un espacio de solidaridad, apoyo y sostén político.

Esta red comenzó a articularse en 2011 como iniciativa del Área de Salud, Economía y Sociedad del CEDES -Centro de Estudios de Estado y Sociedad- y se institucionalizó bajo el nombre de REDAAS en 2014, en una construcción conjunta con ELA -Equipo Latinoamericano de Justicia y Género-.

www.redaas.org.ar

info@redaas.org.ar

FB: @RedaasArg

TW: @Redaas_Arg

IG: @Redaas_Arg

