

TRANSFORMACIONES, CONTINUIDADES Y RUPTURAS EN LOS ACOMPAÑAMIENTOS DE IVE/ILE DESDE LA LEGALIZACIÓN DEL ABORTO HASTA LA ACTUALIDAD. CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL INTEGRAL, HOSPITAL MIGUEL A. MISKOFF, MAIMARÁ, PROVINCIA DE JUJUY (JULIO, 2025)

TRANSFORMATIONS, CONTINUITIES AND BREAKS IN SUPPORT FOR IVE/ILE FROM THE LEGALIZATION OF ABORTION TO THE PRESENT. COUNSELING IN INTEGRAL SEXUAL HEALTH, MIGUEL A. MISKOFF HOSPITAL, MAIMARÁ, JUJUY PROVINCE (JULY, 2025)

*Marina Soledad Ariza **

*Soledad Valeria Gargiulo ***

Fecha de recepción: octubre 2025

Fecha de aceptación: noviembre 2025

Resumen

El presente trabajo pretende dar cuenta del proceso de trabajo y acompañamiento que venimos llevando adelante desde del año 2013, en la Consejería en Salud Sexual Integral, dentro del Hospital de Maimará, Quebrada de Humahuaca. En el año 2020, llevamos adelante una investigación con el objetivo problematizar los obstáculos en el acceso al derecho al aborto por parte de mujeres rurales y/o de comunidades originarias. A tal fin, buscaremos mostrar algunos de aquellos resultados identificados en esa investigación, pero también poder dar cuenta del proceso que se vino dando a partir de la sanción de la Ley de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) hasta la actualidad en la provincia de Jujuy y en particular en el área programática del Hospital de Maimará.

Palabras clave: Aborto legal - Rupturas- continuidades

Abstract

This paper aims to describe the work and support process we have been carrying out since 2013 at the Comprehensive Sexual Health Counseling Center within the Maimará Hospital, Quebrada de Humahuaca. In 2020, we conducted research to examine the obstacles to accessing the right to abortion for rural women and/or women from Indigenous communities. To this end, we will present some of the findings identified in that research, as well as describe the process that has unfolded since the enactment of the Voluntary Interruption of Pregnancy (IVE) Law to the present day in the province of Jujuy, and particularly within the catchment area of the Maimará Hospital.

Keywords: Legal abortion - Ruptures – Continuities

* Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de Jujuy. Diplomada en Género, sociedad y políticas, FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Argentina). Integrante de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, provincia de Jujuy. Correo electrónico: arizamarinasoledad@gmail.com

** Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Integrante de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, provincia de Jujuy. Correo electrónico: gargiulosoledadvaleria@gmail.com

Introducción

El presente trabajo pretende dar cuenta del proceso de trabajo y acompañamiento que venimos llevando adelante desde del año 2013, en la Consejería en Salud Sexual Integral, dentro del Hospital de Maimará, Quebrada de Humahuaca. En el año 2020, llevamos adelante una investigación con el objetivo problematizar los obstáculos en el acceso al derecho al aborto por parte de mujeres rurales y/o de comunidades originarias. A tal fin, buscaremos mostrar algunos de aquellos resultados identificados en esa investigación, pero también poder dar cuenta del proceso que se vino dando a partir de la sanción de la Ley de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) hasta la actualidad en la provincia de Jujuy y en particular en el área programática del Hospital de Maimará.

La consejería del Hospital de Maimará se conforma en el año 2013 y surge como parte de una red de 23 consejerías en ILE (Interrupción Legal del Embarazo) que comenzaron a funcionar dentro del sistema de salud pública de Jujuy, bajo la órbita del programa de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Provincia. Es importante destacar que hasta el año 2019, esta red de consejerías, tuvo un funcionamiento activo, con sistematicidad de reuniones y articulaciones, reflexiones y acompañamientos colectivos para los equipos. Sin embargo, a partir de la aprobación de la ley se dio un proceso de desarticulación de esta red. Desde el programa provincial la estrategia solo se centró en convocar y organizar al equipo médico para la garantía de los abortos de segundo trimestre medicalizando la práctica. En consecuencia, se han reducido drásticamente los equipos garantes con abordajes integrales a en toda la provincia, entre los cuales se encuentra la Consejería del Hospital de Maimará como único equipo garantista en toda la Quebrada de Humahuaca y la Puna.

Por lo tanto, con este trabajo intentamos traer a la mesa de debate y de reflexión, la importancia de discutir ¿Qué especificidades aparecen en el acceso al derecho por parte de nuestra población específicamente personas gestantes de comunidades rurales y de pueblos originarios, históricamente racializados y vulnerados? Y por otro lado planteamos, que no basta dar a conocer los números de IVE/ILE realizadas a nivel provincial, sino se logra poner en tensión de qué forma se están dando esos acompañamientos para hablar de la garantía del derecho al aborto seguro.

Historiando nuestros acompañamientos...

La consejería del Hospital de Maimará se conforma en el año 2013 y surge como parte de una red de consejerías en ILE que comenzaron a funcionar dentro del sistema de salud pública de Jujuy, bajo la órbita del programa de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Provincia. La conformación de dicha red se inscribe como parte de una decisión política del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de salud de la Nación. Jujuy contaba en ese entonces con una de las tasas más altas de muertes de mujeres por abortos inseguros en todo el país. En un inicio se conformaron solo cuatro equipos de consejería a nivel provincial, y con el paso de los años llegaron a instituirse cerca de 23 dispositivos de consejería en ILE distribuidos a lo largo y a lo ancho de la provincia, cuatro de ellas ubicadas en hospitales y puestos de salud de la Quebrada de Humahuaca.

Es importante destacar que hasta el año 2019, esta red de consejerías, referenciadas e impulsadas por el Programa Provincial de Maternidad e Infancia, tuvo un funcionamiento activo, con sistematicidad de reuniones y articulaciones, referencias y contra referencias, debates, reflexiones, acompañamientos y construcción de saberes colectivos. También nos permitía situarnos en el escenario provincial, en las tensiones que se construían alrededor de la práctica y recrear estrategias comunes para abordajes respetuosos y de calidad, y aún más para el cuidado de los equipos.

Cabe destacar que esta red fue posible gracias a la fuerte articulación entre activismo feminista y sistema de salud (Anzorena, 2023) sosteniendo que en muchas ocasiones las feministas integramos los equipos de salud pulsando desde adentro por ampliar los márgenes de acceso al derecho sin abandonar las calles ni las construcciones colectivas en los territorios.

Entendemos por abordaje integral, al proceso de atención que recupera las determinaciones sociales en la salud de lxs sujetxs, a partir de una escucha diferencial, interdisciplinaria, atento a la singularidad de la persona, situada en un contexto específico que permita que la práctica se inscriba en un marco de acompañamiento cuidado, con información fehaciente y de calidad. Así también, supone acompañar en todo el proceso de interrupción del embarazo, lo que implica: la consejería pre, durante el procedimiento propiamente dicho, y brindar acompañamiento post que permita la elección de un MAC (método anticonceptivo) que se ajuste a las necesidades de la persona.

En una provincia cargada de hostilidad, persecución, represión, donde las instituciones son espejo de prácticas coloniales, hegemónicas y patriarcales, esa red de consejerías fue trinchera para pensarnos con otrxs, para cargar de nuevos sentidos una práctica que,

si bien aún no era legal, desde la valoración por causales logramos instituirla con fuerza dentro del sistema de salud, sacándola paulatinamente del lugar de clandestinidad.

Creemos que este compromiso colectivo, incentivado y acompañando desde el Programa Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable, cimentó las bases para la reducción de las muertes por abortos en Jujuy, generando condiciones para que, una vez sancionada la ley, se pudiese amplificar a lo largo y a lo ancho de la provincia, las estrategias que habíamos construidos en los distintos territorios.

Sin embargo, a partir de la aprobación de la ley se dio un proceso de desarticulación de esta red. Desde el programa provincial se dejó de impulsar el fortalecimiento colectivo de los equipos, y la estrategia se centró en convocar y organizar al equipo médico para la garantía de los abortos de segundo trimestre. Podemos decir que poco a poco se fue medicalizando la práctica. El abordaje integral se desdibujó, perdiendo capacidad de respuestas enmarcadas en las determinaciones sociales de las personas. Los espacios colectivos de encuentro, reflexión análisis y supervisión de casos, se perdieron. En consecuencia, se han reducido alarmantemente los equipos garantes con abordajes integrales en toda la provincia. Lo que existe a nivel provincial en su mayoría, son profesionales individuales, que gestionan la entrega de medicación, o derivan a otros dispositivos de consejería. En consecuencia, nos encontramos con equipos y profesionales sobrecargados, usuarixs y personas gestantes deambulando por distintos dispositivos, sorteando diversos andamiajes burocráticos, y con intervenciones fragmentadas y poco cuidadas.

En la actualidad el dispositivo de Consejería en Salud Sexual Integral del Hospital de Maimará, es el único equipo garantista prácticamente en toda la Quebrada de Humahuaca y la Puna, cuando en un inicio contábamos con cinco consejerías con un perfil interdisciplinario en la región. Frente a este estado de situación, nos encontramos acompañando en el acceso al derecho a personas gestantes de toda la Quebrada de Humahuaca, de la Puna, como así también a personas de diferentes puntos de la provincia. Teniendo en cuenta las enormes distancias que existen en el territorio de Jujuy sumado a los pocos servicios de transporte y al costo económico para afrontarlo, esta dimensión geográfica se convierte en una de las principales barreras para el acceso al derecho.

El escenario político actual es sumamente preocupante en cuanto a derechos, en general, y, en particular, a derechos sexuales reproductivos y no reproductivos. A nivel nacional se viene implementando un desfinanciamiento y desguace del sistema de salud y de las políticas sanitarias que se traduce en un vaciamiento absoluto de insumos y medicación para la garantía de las IVE y acceso a MAC. Por su parte, en Jujuy desde

hace 10 años transitamos un proceso creciente de criminalización, persecución y disciplinamiento de la clase trabajadora en general y particularmente de las organizaciones sociales. Esto se tradujo en la desarticulación de los acompañamientos intersectoriales con organizaciones feministas como Red Socorrista.

Por lo tanto, nuestra intención es traer a la mesa de debate y de reflexión, la urgencia de discutir ¿Qué especificidades aparecen en el acceso al derecho por parte de la población del área programática del Hospital de Maimará, específicamente personas gestantes de comunidades rurales y de pueblos originarios?

Por otro lado, ¿qué sucede y cómo son los acompañamientos que se encuentran detrás de los números de IVE/ILE que se difunden a nivel provincial?

En ese sentido, queremos compartir algunas reflexiones de la investigación que llevamos adelante en el año 2020 sobre acceso al aborto para mujeres rurales y comunidades originarias del área de cobertura del hospital de Maimará en el marco de las Becas Salud Investiga. Fuimos identificando diversas barreras en el acceso a partir de interpelar y tensionar nuestras intervenciones sanitarias.

Nuestro trabajo se centró en poder identificar las barreras en el acceso al derecho al aborto por parte de un sector social que se encuentra atravesado por múltiples desigualdades en el área programática de nuestro Hospital, como son las mujeres rurales y/o pertenecientes a pueblos originarios. Las barreras de orden ecológicas se intersectan con las otras barreras financieras y organizacionales, anudándose a desigualdades estructurales (genero, clase, etnia, ruralidad, etc.) que condicionan el acceso al derecho a la salud en general y al aborto en particular. Las mujeres de este grupo social que acceden al derecho, lo hacen atravesado una suerte de dificultades y vulneraciones, que algunas veces logran sortearse con el apoyo de efectores/as garantistas dentro del sistema de salud. Si bien se subrayan los esfuerzos y voluntades personales (que pueden hacer que una persona que se atienda se sienta cómoda y acompañada), entendemos que un abordaje integral va a necesitar de construcciones colectivas y de criterios consensuados para la atención. Esto requiere de un proceso de trabajo largo y difícil porque plantea tensiones que expresan distintas miradas y significaciones que muchas veces se traducen en prejuicios o ideas estereotipadas. Estos estereotipos construidos socialmente, como por ejemplo el mandato de la maternidad, pueden convertirse en obstáculos que se manifiestan en prácticas que vulneran los derechos de las mujeres en general y de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos en particular. El modelo medico hegémónico abona a esta concepción dominante de la sexualidad que la subsume a lo biológico y reproductivo y que no la toma en su complejidad como parte de un proceso social, vital e histórico. En este sentido, no

recupera ni legitima otros saberes y prácticas a los que subalterniza y con los cuales coexiste y transacciona. Tal es así, que, en algunas oportunidades, la medicina tradicional (Menéndez, 1984) es la alternativa que las mujeres buscan o a la que recurren cuando son expulsadas por el sistema de salud al ser tratadas como objeto y no sujeto de intervención. Por ejemplo, cuando no se les brinda la opción de que sean ellas quienes elijan con qué modalidad de interrupción o método anticonceptivo se sienten más cómodas o cuál se ajusta mejor a sus necesidades.

Muchos de los obstáculos relevados a través de las narrativas de las usuarias dan cuenta de que el modelo de atención imperante en el sistema de salud organiza sus servicios en relación con la disponibilidad de recursos humanos, metas y objetivos sanitarios, en vez de hacerlo en función de las necesidades de las usuarias, la comunidad, los territorios y sus particularidades. Las mujeres rurales y/o pertenecientes a pueblos originarios y más aún las de nacionalidad boliviana, emergen como un Otro, con una subjetividad que se funda desde la exclusión y dentro de trayectorias fragmentadas, es decir, como un sujeto que no coincide con la idea de sujeto de intervención que tienen las instituciones. Entre lo que la institución espera y lo que llega se produce una distancia que a veces puede ser transitable y otras se produce un vacío, que lo torna irreconocible y ajeno. Esa ajenidad que desconcierta y paraliza, genera temor y en ciertas circunstancias rechazo, por eso las instituciones, frente a un “sujeto inesperado”, dejan de contener, escuchar y fundamentalmente de cuidar. Así, quien debe ser cuidado y alojado, produce muchas veces una acción inversa que se sintetiza en cuidarse de quienes deben cuidarlo. (Carballeda, A, 2008). Como se demuestra en los relatos de nuestro estudio, desde las instituciones se ponen en marcha complejos mecanismos de deshumanización y cosificación de las mujeres que institucionalizan determinados mitos sobre “lo que las mujeres son y deben ser”. Se logra así legitimar limitaciones de orden legal, social, cultural, sanitarias, para el ejercicio de la soberanía corporal sin riesgos.

Si bien hoy nos encontramos en un contexto de legalidad del aborto, continúa existiendo un “estatus criminal de la práctica” que está presente y opera, con mayor o menor eficacia, en la construcción de sentidos que las mujeres dan a sus experiencias de aborto. La misma se anuda e intersecta con otros organizadores de sentido (la clase social, edad, etnia, religión, la región geopolítica) que intervienen a la hora significar la decisión de abortar. Tomando a Tájer y Fernández (2006), en la posibilidad de construcción de soberanía y autonomía corporal y sexual de las mujeres, intervienen las representaciones y autorepresentaciones de género que circulan y se van construyendo sobre la sexualidad, la maternidad, el aborto y los derechos, entre otros.

Sin embargo, las instituciones no son monolíticas. Existen pujas de diferentes sectores y espacios. Pareciera que cada lugar dentro de las instituciones construye, elabora y ratifica un sujeto de intervención que es diferente, propio de cada microespacio y ajeno a los otros (Carballeda, 2008). Así como existen representaciones de género hegemónicas y eficaces en su impacto en la subjetividad funcionales a las maquinarias de disciplinamiento y control de los cuerpos de las mujeres, también existen otros espacios, grietas, donde se construyen otras representaciones de género que habilitan discursos y prácticas que también impactan en las subjetividades y en las formas de transitar las propias experiencias. El dispositivo de Consejería de algún modo, viene a dar cuenta de la institucionalización de otras narrativas y sentidos. En las voces de las mujeres entrevistadas aparece un repertorio discursivo en torno a lo legítimo de la decisión de abortar a partir del propio deseo atravesado por las condiciones materiales y simbólicas de vida. La posibilidad de enunciar, de poner en palabras donde hay posibilidad de escucha, funciona como factor de apertura a la resignificación y al reconocimiento, así como de ruptura con los pactos de silencio, generalmente implícitos que encubren la violencia contra las mujeres (Femenías, 2008).

Los resultados y análisis que surgen de esta investigación cualitativa visibilizando las determinaciones sociales en el proceso de salud enfermedad atención cuidado, aportan información valiosa que puede contribuir en la construcción de un modelo de atención y dispositivos diferentes que habiliten intervenciones flexibles y respetuosas de la singularidad de las personas, para que el esfuerzo no quede del lado de lxs usuarixs, empujadas a un derrotero de búsquedas para resolver su demanda.

Consideraciones finales

Nuestro análisis permite dimensionar la urgencia de amplificar los abordajes y los acompañamientos pensados en el marco de la atención integral. Lo cual requiere más equipos de consejería en los distintos puntos de la provincia con capacidad para dar respuesta real para el cumplimiento del ejercicio del derecho al aborto.

Esto implica que los equipos de salud cuenten con formación, respaldo, y sean parte de un colectivo de salud que construye estrategias acordes al derecho para garantizar el acceso integral a la interrupción del embarazo. Aquí también queremos traer al debate, que la provincia viene implementando sistemas de contratación hiper precarizada para equipos de salud (itinerantes, contratos covid, etc). En consecuencia, nos encontramos no solo con profesionales sobre exigidos y mal remunerados, sino que la misma modalidad de contratación les impide hacer pie en los distintos territorios y generar estrategias situadas imprescindibles para el abordaje integral.

A partir de estas reflexiones y la historización sobre el surgimiento de la red de consejerías en Jujuy, nos permitimos abrir el debate a fin de poder pensar que características asumen los acompañamientos a los abortos en este marco de repliegue de los equipos integrales y de medicalización de la práctica. En ese sentido, nos atrevemos a arriesgar que los números están escondiendo una serie de vulneraciones tanto para las personas usuarias como para lxs efectoxs de salud que están garantizando. La provincia ofrece un recurso con alrededor de 42 consejerías en IVE/ILE. Sin embargo, quienes estamos trabajando en el territorio sabemos, que más de la mitad no se encuentran dando respuesta y que en el mejor de los casos derivan a las restantes consejerías para que realicen el procedimiento. Esto nos enfrenta a situaciones de sobrecarga para pocos efectores, y situaciones de frustración, angustia y dilación de las personas usuarias que vienen rebotando por diferentes lugares. Consideramos que las personas responsables de la gestión de la aplicación de la ley, pivotan entre las resistencias del personal de salud de muchos hospitales y servicios que se niegan a cumplir con la práctica, la exigencia de activistas y el resto los equipos garantistas, y en menor medida de lxs usuarias, porque se resisten a hacer público los servicios de salud que efectivamente realizan y acompañan abortos (Anzorena, 2023). De acuerdo a la ley todos los servicios de salud y hospitales “deberían hacerlo” y, sin embargo, claramente esto no sucede dejando en evidencia que no se han puesto en marcha los mecanismos para el cumplimiento efectivo de la ley como la plantea la Política Pública.

Con este análisis no pretendemos desconocer la importancia de que exista la ley y el derecho y que, pese a todas las resistencias políticas, siga en vigencia. Lo que intentamos hacer foco y poner en tensión, es que si pretendemos contribuir al ejercicio pleno de derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, se requiere revisar la forma en que desde el sistema de salud provincial estamos llevando adelante los acompañamientos para que la cantidad de abortos realizados en la provincia no sea solo un número, sino que refleje un verdadero compromiso con la construcción de la autonomía sexual y corporal de mujeres y personas gestantes.

Bibliografía

- Anzorena, C. El derecho al aborto legal, seguro y gratuito en Argentina: obstáculos y desafíos de la política en acto, a 18 meses de su implementación (2021-2022). *Salud Colectiva*. 2023;19:e4613. doi: 10.18294/sc.2023.4613.
- Ballesteros, M. S. (2014). Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en Argentina a partir de datos secundarios. Documentos de jóvenes investigadores N°41. Buenos Aires: IIGG, UBA.
- Ballesteros, M. S. y Freidin, B. (2015). Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: El caso de la Encuesta Nacional de factores de Riesgo 2009. *Salud colectiva*, 11, 523-535.
- Ballesteros, M. S. y Freidin, B. (2019). Desigualdades sociales en la realización de distintas modalidades de actividad física en Argentina. *Educación Física y Ciencia*, 21 (1): e067. En:http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.10119/pr.10119.pdf
- Brehil, J (2003). Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Lugar Editorial, Buenos aires
- Cabrera, P. (2011). Violencias Interseccionales. Debates Feministas y Marcos Teóricos en el tema de Pobreza y Violencia contra las Mujeres en Latinoamérica. Producida por Central AmericaWomen's Network (CAWN)
- Carballeda, A. (2008). La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. Edición N° 48 - verano 2008. Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Recuperado de <http://www.margen.org/suscri/margen48/carbal.html>
- Exposito Molina, C. (2012). ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. Grupo de Investigación Multiculturalismo y Género Universidad de Barcelona.
- Femenías, María Luisa (2008) Violencia contra las mujeres: Urdimbres que marcan la trama. En Aponte- Sánchez, Élida y Femenías, María Luisa. Articulaciones sobre violencia contra las mujeres (pp. 13-49). La Plata: Edulp. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10915/35346>
- Fernández, A.M. y Tajar, D. (2005). Los abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres. En Entre el Derecho y la Necesidad: Realidades y Coyunturas del Aborto. Editorial Paidos.
- Fernández (2009) Fernández, Ana María (2009). Las lógicas sexuales. Amor, política y violencias. Buenos Aires: Nueva Visión

- Menéndez, E. (1984) El Modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, I.N.A.H. (México)
- Ministerio de Salud de Jujuy. (2013). Perfil de Salud de la Provincia de Jujuy.
- Ministerio de Salud de Jujuy, (2019). Programa Provincial Salud Sexual y Procreación Responsable Área Maternidad e infancia. Reporte de reunión mensual.
- OMS (2007). La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. ¿Por qué existe y cómo podemos cambiarla?. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Septiembre 2007. Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género presentado por Gita Sen y Piroska Ostlin
- Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Actualización 2022. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud Argentina, 2022.
- Santos, B. S. (2010). La hora de l@s invisibles. En I. León, (Coord.), SumakKawsay / Buen vivir y cambios civilizatorios (pp. 13-27). Quito, Ecuador: FEDAEPS.
- Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En Género y Salud. Las Políticas en acción. Lugar Editorial.