



*Sinergias*

Cuadernos del Área Género, Sociedad y Políticas  
FLACSO - Argentina

[www.prigepp.org](http://www.prigepp.org)  
[www.catunescomujer.org](http://www.catunescomujer.org)



# Derechos sexuales y (no) reproductivos

**Políticas públicas y subjetividades alrededor de la  
Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo (ILE/IVE)  
en Argentina.**

Cuadernos del Área Género,  
Sociedad y Políticas  
FLACSO - Argentina  
[www.prigepp.org](http://www.prigepp.org)  
[www.catunescomujer.org](http://www.catunescomujer.org)

Directora del Área: Gloria Bonder.  
Coordinación editorial: PJ DiPietro.  
Asistente de edición: Marisa  
Guadalupe Hernandez

Serie de Tesis de Maestría  
Vol. 13  
Mayo, 2025



Foto: 'Evening Muses' by Natalia Drepina

Serie de Tesis de Maestría - Vol. 13 – Mayo, 2025

Esta publicación forma parte de la serie Sinergias – Cuadernos del Área Género, Sociedad y Políticas de FLACSO Argentina. Directora del Área: Gloria Bonder. Coordinación editorial: PJ DiPietro. Asistente de edición: Marisa Guadalupe Hernandez

Para citar utilizar la siguiente referencia bibliográfica: Área Género Sociedad y Políticas. (comp.). (2025). Derechos sexuales y (no) reproductivos. Ediciones Sinergias. Cuadernos del Área Género, Sociedad y Políticas – FLACSO. Argentina, Serie de Tesis de Maestría. Vol. 13. [en línea] Edita: Área Género, Sociedad y Políticas – FLACSO, Argentina. Mayo, 2025. Buenos Aires, Argentina.

Edita: Área Género, Sociedad y Políticas – FLACSO, Argentina, mayo, 2025 Buenos Aires, Argentina



# Derechos sexuales y (no) reproductivos

**Políticas públicas y subjetividades alrededor de la Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo (ILE/IVE) en Argentina.**

Cuadernos del Área Género,  
Sociedad y Políticas  
FLACSO - Argentina  
[www.prigepp.org](http://www.prigepp.org)  
[www.catunescomujer.org](http://www.catunescomujer.org)

Directora del Área: Gloria Bonder  
Coordinación editorial: PJ DiPietro.  
Asistente de edición: Marisa  
Hernandez

Serie de Tesis de Maestría  
Vol. 13  
Mayo, 2025

# Índice

<b>Prólogo</b>	
<i>Por Cora Fernández Anderson</i>	5
<b>Interrupción legal del embarazo y subjetividad. Un estudio acerca de las experiencias de mujeres en un dispositivo de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2017-2020)</b>	
<i>Por Mariana Kielmanovich</i>	
<b>Introducción</b>	8
<b>Reflexiones finales</b>	28
<b>Referencias bibliográficas</b>	30
<b>Educación Sexual Integral: abordaje e implementación de los derechos (no) reproductivos y el derecho al aborto y su impacto en la ciudadanía de los adolescentes del Gran San Miguel de Tucumán (2018-2023)</b>	
<i>Por Larisa Gabriela Moris</i>	
<b>Introducción</b>	34
1) <b>Justificación de la importancia del problema</b>	37
2) <b>Formulación del problema de investigación, objetivos y anticipaciones hipotéticas</b>	38
3) <b>Consideraciones metodológicas</b>	39
4) <b>Las escuelas: criterios de selección y breve caracterización</b>	40
5) <b>Reporte, análisis e interpretación de datos. Entrevistas a estudiantes.</b>	42
<b>Conclusiones</b>	53
<b>Cuestiones emergentes</b>	56
<b>Referencias bibliográficas</b>	57

# Prólogo

Por Cora Fernández Anderson<sup>1</sup>

En 1994, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de las Naciones Unidas llevada a cabo en El Cairo, 179 países afirmaron su compromiso con la salud reproductiva, declarándola un derecho humano por primera vez en la historia. Con este paso, se puso fin a décadas de políticas reproductivas motivadas por el deseo de frenar el aumento de la población que justificaron medidas coercitivas como las esterilizaciones forzadas. En su lugar, esta declaración decide colocar el empoderamiento de las mujeres en el centro de las políticas de población apoyando la autonomía corporal a la hora de la elección de métodos anticonceptivos, condenando la circuncisión femenina y toda forma de violencia contra la mujer, y alentando a los países a implementar programas de educación sexual integral. A pesar de varias limitaciones, como ser la ausencia de los derechos sexuales y la posición tímida acerca del aborto, la Declaración de El Cairo trajo consigo un cambio innegable de paradigma alimentando reformas que constituyeron importantes avances en las políticas públicas de salud reproductiva de un gran número de naciones alrededor del mundo. Hoy, a 30 años de esta Declaración, nos encontramos en un momento de retroceso de los derechos reproductivos tanto a nivel mundial como nacional. Si el ascenso de las políticas neoliberales, durante los años 90, había dificultado la implementación de las políticas recomendadas en El Cairo, el surgimiento de la extrema derecha en los últimos diez años se ha constituido hoy en un obstáculo aún mayor. Hoy se ha roto el consenso de El Cairo alrededor de la necesidad de centrar los derechos de las mujeres en las políticas públicas poblacionales.

Desde los EE.UU., la administración Trump avanza en sus ataques contra los derechos sexuales y reproductivos. La pérdida del derecho al aborto legal a partir del fallo de la Corte Suprema de 2022 ha sido solo el comienzo. Desde su asunción en enero de este año, el presidente ha decretado que la identidad de género debe coincidir con el sexo asignado al nacer y ha desfinanciado programas de diversidad, igualdad e inclusión. Sus medidas no han afectado solamente a la ciudadanía estadounidense, sino que también han erosionado el acceso a la salud reproductiva en varias regiones del mundo. El desmantelamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ha eliminado el financiamiento de miles de programas de derechos sexuales y reproductivos activos en el Sur Global con graves consecuencias para asegurar el acceso a anticonceptivos y continuar la reducción de la mortalidad materna.

---

<sup>1</sup> Profesora Asociada de Ciencia Política, Mount Holyoke College.

En una línea similar, a nivel nacional, en la Argentina, el gobierno de Javier Milei ha consolidado un ataque frontal a toda política de género. Ha cerrado el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad y desfinanciado el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (ENIA). Ha desfinanciado la provisión de misoprostol en los hospitales públicos, y ha atacado la Educación Sexual Integral (ESI) eliminando contenidos, desfinanciando los programas y reemplazándolos por talleres a cargo de organizaciones cercanas a la iglesia católica. En este contexto de erosión de derechos sexuales y reproductivos, los trabajos que se incluyen en este dossier constituyen una contribución importantísima para confrontar este ataque y afirmar la relevancia de estos derechos.

En “Interrupción legal del embarazo y subjetividad. Un estudio acerca de las experiencias de mujeres en un dispositivo de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2017-2020),” Mariana Kielmamovich analiza la aplicación del protocolo de ILE antes de la legalización del aborto en el país en diciembre de 2020. A través de entrevistas en profundidad, el artículo profundiza en el sentir de las mujeres en cada etapa del proceso, desde la noticia del embarazo, las razones por las que deciden abortar, la experiencia del aborto en sí y el después de la interrupción. La contribución principal de este trabajo es la de proveer un análisis profundo sobre el funcionamiento de las consejerías pre y post aborto antes de la legalización a fin de intentar expandir el acceso al aborto a pesar de las restricciones legales existentes en ese periodo. Estas consejerías, junto al trabajo de organizaciones como las de los Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, y las Socorristas, constituyeron experiencias importantísimas ya que prepararon el camino para la ampliación de derechos que llegaría con la legalización. A su vez, a partir de centrar las experiencias de quienes utilizaron estos servicios, el trabajo reconoce que las consejerías respondieron a políticas públicas difusas e imprecisas que, al no estar planificadas correctamente, tuvieron un nivel reducido de institucionalización y un alcance limitado y desigual. El artículo finaliza incluyendo una serie de recomendaciones que mantienen su relevancia en esta etapa en la que el aborto seguro y gratuito está garantizado. La autora hace énfasis especialmente en la necesidad de una campaña de comunicación sobre los alcances de la ley, así como también el ofrecer una multiplicidad de opciones a quienes necesiten un aborto y no cuenten con las condiciones físicas, materiales o subjetivas para llevar a cabo el proceso en su domicilio. Finalmente, el artículo resalta la importancia de la capacitación en cuestiones de género al personal de salud.

En “Educación Sexual Integral: abordaje e implementación de los derechos (no) reproductivos y el derecho al aborto y su impacto en la ciudadanía de lxs adolescentes del Gran San Miguel de Tucumán (2018-2023),” Larisa Gabriela Moris analiza la implementación de la ESI en las escuelas, con particular énfasis en el tema de aborto y el significado que los estudiantes le atribuyen a los derechos reproductivos. A través de entrevistas estructuradas a adolescentes en tres escuelas secundarias públicas de Tucumán, el trabajo

destaca cómo los contenidos principales que reciben los estudiantes se centran alrededor de los métodos anticonceptivos mientras que el aborto, la sexualidad y el placer, constituyen parte del currículo nulo, destacando la necesidad de reforzar estos temas particularmente en un contexto de crecimiento de las narrativas antiderechos. Por otro lado, un hallazgo sumamente positivo ha sido que el 86% de los estudiantes consideran que la ESI es un derecho, y el 85% identificaron a los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Sin embargo, gran parte de ellos considera que estos derechos no son respetados y no tienen claridad sobre cómo pueden exigirlos. Este trabajo constituye una gran contribución a la hora de evaluar la ESI y ofrece importantes conclusiones sobre las cuales redefinir objetivos y ajustar contenidos para lograr un real empoderamiento de los adolescentes.

Ambas investigaciones nos ofrecen importantes recomendaciones a la hora de diseñar políticas de salud reproductiva a partir de la escucha de quienes están en el centro de estas políticas: las personas que necesitan un aborto y adolescentes que reciben los talleres de ESI. Es a partir de esta escucha y de centrar a estos sujetos y sus experiencias que podremos avanzar en políticas públicas más justas e inclusivas. En este contexto de erosión de los derechos sexuales y reproductivos, ambos trabajos nos invitan a continuar las investigaciones y el diseño de políticas públicas que afirmen nuestra autonomía corporal y profundicen el acceso al aborto y la educación sexual integral.

# Interrupción legal del embarazo y subjetividad. Un estudio acerca de las experiencias de mujeres en un dispositivo de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2017-2020)

Por Mariana Kielmanovich

## Introducción

Durante el periodo previo a la promulgación de la Ley 27.610 (2020) de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), el Código Penal de la Nación era el instrumento con el que se regulaba jurídicamente el aborto. El mismo tipificaba al aborto como un delito contra la vida y la persona, pero también preveía, en su artículo 86, supuestos en los que estaba permitido. Los supuestos de aborto no punible o causales de aborto legal, como se los denominaba desde una reinterpretación en clave de derechos, eran tres: cuando el embarazo constituía un peligro para la vida de la mujer embarazada, cuando representaba un peligro para su salud, o cuando aquel era producto de violencia sexual.

Si bien estos permisos estaban consagrados desde 1921, la posibilidad de acceder a una interrupción legal del embarazo en los términos previstos en el Código Penal fue prácticamente nula. A pesar de contar con un marco jurídico que permitía el aborto en determinadas circunstancias, la prohibición

de la práctica se instauró como una norma informal (Fernández Vázquez, 2017). Este escenario prohibicionista contribuyó a la criminalización de las mujeres que realizaban un aborto, a su estigmatización por subvertir el mandato de la maternidad obligatoria (Fernández Vázquez, 2017) y al engrosamiento de la cantidad de abortos inseguros, con los consecuentes efectos sobre la salud y la vida de las mujeres.

En el transcurso de las dos primeras décadas del siglo veintiuno, no obstante, comenzaron a delinarse modos de respuesta frente a esta problemática ya no desde la perspectiva penalista sino desde el campo de la salud pública. Sin embargo, las estrategias sanitarias se organizaron en su mayoría de modo informal y poco sistemático debido a la ausencia de una política pública clara y unificada por parte del Estado para atender esta problemática. Las mismas se dividieron en las consejerías pre y post aborto, por un lado, y la interrupción legal del embarazo (ILE), por otro.

El presente artículo, que se desprende de una tesis de Maestría de propia autoría (Kielmanovich, 2022), busca describir la experiencia subjetiva de las mujeres que accedieron a una ILE. Este universo de mujeres accedió a la ILE en el dispositivo *ad hoc* del Centro de Salud considerado<sup>2</sup> del sistema público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), donde la autora se desempeña como psicóloga. La investigación abarcó desde el año 2017, cuando comienza a funcionar el dispositivo, hasta fines de 2020, cuando se sanciona la Ley de IVE. Se circunscribe, por tanto, a un periodo caracterizado por una política pública difusa y desigual en la materia.

La experiencia subjetiva, o experiencia de los hechos tal como se perciben (Barbera e Inciarte, 2012), constituye un proceso situado en una trama de relaciones intersubjetivas, variable, construido y reconstruido histórica y socialmente, que articula una diversidad de dimensiones cognitivas, normativo-valorativas y emotivas (Grimberg, 2002). Desde estas premisas, describir la experiencia subjetiva de quienes realizaron una ILE precisa dar cuenta de los conocimientos, significados, y sentimientos de las mujeres ya que los mismos están implicados a lo largo de todo el proceso. Así también es clave dar cuenta de sus pareceres en torno a los factores institucionales y los condicionantes socio subjetivos que intervinieron en sus experiencias subjetivas.

Para ello, se propone un recorrido que se inicia con la noticia del embarazo, atendiendo a los significados que adquirió el mismo para las mujeres dentro de este estudio, a los sentimientos que suscitó en ellas y al impacto que a nivel subjetivo les produjo este evento. En segundo lugar, se abordan los significados que el aborto revistió para las mujeres, la información que

---

2 Por razones de confidencialidad, el dispositivo de Salud que se aborda se ha anonimizado.

tenían en relación al marco legal, sus posibilidades de resignificar al aborto como ILE, sus conocimientos y sentimientos desplegados en relación al procedimiento antes, durante y después de realizarlo, así como las razones que las llevaron a tomar esta decisión. Luego, se describe la conformación y función de la red de apoyo en el marco de la experiencia de ILE para, finalmente, dar cuenta de cómo fue ponderada la atención brindada por el sistema de salud y por el dispositivo y los factores institucionales que la condicionaron o facilitaron.

## **1. Una revisión de la ¿política pública? Sobre aborto**

### **1.1. Las consejerías pre y post aborto. Una estrategia para la reducción de riesgos y daños en aborto inseguro.**

Tras casi un siglo de prohibicionismo y criminalización, a principio de los años 2000 comienzan a organizarse las consejerías pre y post aborto, las cuales se configuraron como primeras iniciativas sanitarias para dar respuesta a la problemática del aborto. Las mismas surgieron a manos de profesionales de la salud, como prácticas no regladas, realizadas de forma aislada, sin que existiera regulación estatal (Fernández Vázquez, 2017), en un contexto de disponibilidad de misoprostol en la región, medicamento que, si bien fue diseñado para el tratamiento de úlceras gástricas, comenzó a ser popularizado entre las mujeres por sus efectos abortivos y su posibilidad de autoadministración. Tomando como modelo la experiencia de un centro sanitario de Uruguay<sup>3</sup>, las consejerías pre y post aborto buscaban reducir la morbimortalidad asociada al aborto inseguro, brindando asesoramiento profesional previo a la decisión de practicarse el aborto y atención post procedimiento.

En efecto, el aborto inseguro, al que la Organización Mundial de la Salud (2012) define como todo procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria y/o en un ámbito en que no se cumplen los mínimos criterios médicos, constituye

---

3 El modelo de reducción de daños y riesgos comienza a gestarse en Uruguay en el año 2001, a través de un grupo de profesionales de la medicina del Centro Hospitalario Pereyra Rossell quienes elaboran la "Estrategia Sanitaria de Reducción de Daños", con el objetivo de reducir la morbimortalidad asociada a abortos inseguros. (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

un problema de salud pública. Entre las complicaciones del aborto inseguro se incluyen la hemorragia, la septicemia, la peritonitis y el traumatismo del cuello del útero y los órganos abdominales. Alrededor del 20% al 30 % de los abortos inseguros provocan infecciones del aparato reproductor, y entre el 20 % y el 40 % de estas acaban en una infección del tracto genital superior. Se estima que una de cada cuatro mujeres sometidas a un aborto inseguro probablemente desarrolle una incapacidad temporal o permanente que requiera atención médica (Organización Mundial de la Salud, 2012).

En el país, el aborto inseguro representó desde 1980 la primera causa individual de mortalidad "materna"<sup>4</sup>, habiéndose cobrado la vida de 3030 mujeres desde el retorno de la democracia (CEDES et al., 2018). Quienes generalmente sufrían las consecuencias de los abortos inseguros eran las mujeres pobres, debido a que recurrían con frecuencia a prácticas riesgosas, como la autocolocación de sondas o tallos de perejil, prácticas de personas no idóneas, o a la ingesta/aplicación de diferentes sustancias (Zamberlin, 2007).

Con el objetivo de reducir la morbimortalidad asociada al aborto inseguro, las consejerías se erigieron como dispositivos donde se brindaba información acerca del uso correcto del misoprostol, al tiempo que se desalentaban prácticas riesgosas, y se proveía atención post aborto. Sustentadas en el deber de confidencialidad de los profesionales de la salud, el principio de autonomía de los pacientes y el derecho de éstos a recibir información confiable con respecto a su salud<sup>5</sup>, las consejerías proporcionaban información clara, oportuna y veraz sobre cómo reducir los riesgos de un aborto, mas no proveían el acceso al misoprostol ni procedían de acuerdo al modelo de causales. En este sentido, las consejerías constituyeron una respuesta sanitaria valiosa para la reducción de la morbimortalidad por aborto inseguro, pero no garantizaron la interrupción legal del embarazo (Fernández Vázquez, 2017).

A través de los años, el dispositivo de consejería pre y post aborto cobró mayor visibilidad. No obstante, continuó respondiendo a la iniciativa de profesionales de la salud, quienes contribuyeron a la construcción de políticas públicas desde abajo. Desde una mirada crítica, puede afirmarse que las consejerías de reducción de riesgos y daños en aborto respondieron

---

4 Al respecto del concepto de mortalidad "materna", cabe aclarar que este constituye un indicador epidemiológico utilizado para referirse a la muerte de una mujer durante el período de embarazo y hasta 42 días después del parto, a raíz de causas relacionadas con el estado de gravidez o agravadas por la gestación. A pesar del uso establecido de este concepto, es de señalar cómo a través del mismo se reproduce la equivalencia mujer=madre.

---

5 Los mencionados son tres de los principios contenidos en la Ley 26.529 (2009) sobre Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado.

a *políticas públicas difusas*, políticas imprecisas, que no fueron planificadas y que se caracterizaron por un nivel reducido de institucionalización (Fernández Vázquez, 2017).

## 1.2. El acceso (desigual) a la ILE

La segunda década del siglo XXI representó una bisagra que marcó la progresiva implementación de la ILE según el modelo de causales previsto en el Código Penal.

El derecho a la ILE fue consagrado como tal en el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, que el Ministerio de Salud de la Nación elaboró en 2015. El Protocolo reconocía oficialmente el derecho a interrumpir un embarazo según el marco legal vigente, a partir de reinterpretar los supuestos esgrimidos en el Código Penal, contribuyendo de manera clara a brindar las herramientas y los conceptos necesarios para la certificación de las causales de acceso al aborto legal: causal riesgo a la salud integral, riesgo a la vida, y causal violencia sexual. El mismo se originó tras el Fallo F., A.L. s/Medida Autosatisfactiva, dictado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en el año 2012. A través de este Fallo se declaró la constitucionalidad del artículo 86 del Código Penal, se reconoció el acceso al aborto no punible como un derecho de las mujeres que no requería de un “permiso judicial”, y se instó al Estado, tanto nacional como provincial, a adoptar medidas para garantizar el acceso al aborto cuando este era no punible. Asimismo, el Fallo clarificó la causal violación, y estableció que la misma contemplaba a cualquier mujer, adolescente o niña, y que para acceder al aborto en estos casos era suficiente una declaración jurada en el servicio de salud.

Respecto de la causal “salud”, fue el Protocolo (2019, p. 15) el instrumento donde se explicitó que esta debía ser entendida como “el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones”, al tiempo que estableció que no se requería la constatación de una enfermedad, sino que bastaba con la potencialidad de afectación a la salud, incluyéndose al dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima.

Ni el Protocolo ni el Fallo F., A.L., surgieron de manera aislada. Los mismos se originaron en un tiempo histórico signado por la organización y movilización de mujeres y otros actores de la sociedad civil, que, en tanto sujetos sociales, pugnaron por instalar en la agenda pública la temática del derecho al aborto. Entre los factores que antecedieron a la sanción del Protocolo, es preciso destacar la confluencia de varios de ellos: la movilización de mujeres y sus

numerosos reclamos a instituciones jurídicas y sanitarias para garantizar el aborto legal según el modelo de causales; el lanzamiento en 2005 de la Campaña Nacional por el Aborto Seguro, Legal y Gratuito; la organización de las redes de socorrismo, en 2012, desde las que se brindaba información y acompañamiento a las mujeres para acceder a un aborto seguro; la experiencia acumulada en las consejerías de reducción de riesgos y daños en aborto inseguro por parte de profesionales de salud; y la conformación de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, en el año 2014, integrada por trabajadores de la salud pública que, a modo de *insider activists*, buscaban expandir el acceso a los abortos seguros y legales utilizando el aparato del Estado (McReynolds Pérez, 2017).

La elaboración del Protocolo, pensado como una guía de buenas prácticas para el acceso a la ILE, constituyó un paso fundamental en la legitimación e institucionalización de esta problemática. Sin embargo, pese a su pretensión de ser aplicado en todo el territorio argentino y de ser puesto en práctica por todas las instituciones sanitarias, no fue acompañado por una estrategia firme que promoviera su difusión y aplicación por parte de las autoridades federales (ANDHES et al., 2018). Tampoco contó con estatus de resolución ministerial sino hasta su actualización en 2019, momento en el que fue derogado por el entonces presidente Macri.

Recién en la administración del presidente Fernández, que asumió en diciembre de aquel año, el Protocolo fue oficializado y aprobado por Resolución 1 (2019 [Ministerio de Salud]), lo cual representó una oportunidad para tener una normativa oficial en cuanto a la atención de personas con derecho a ILE, para ofrecer lineamientos para una atención de alta calidad en todo el país, y para facilitar una mayor adherencia por parte de las provincias (Franco y Volij, 2020). No obstante, si bien es cierto que tras su oficialización nuevas provincias adhirieron al mismo, el grado de aplicación de este instrumento permaneció variable.

Estas vicisitudes derivaron en la configuración de un escenario nacional donde el acceso a la ILE resultó heterogéneo y desigual en función de la jurisdicción considerada. En este sentido, es posible afirmar que la legalidad del aborto por causales fue, en la práctica, una deuda no saldada en gran parte de las localidades del país, salvo contadas excepciones, encontrándose las mujeres con innumerables barreras para el acceso a este derecho. Entre ellas, cabe mencionar a la negación de atención por parte de médicos/as por considerar al aborto siempre "ilegal", el mal uso y abusos de la objeción de conciencia, y el hostigamiento en los servicios de salud (Ramón Michel y Ariza, 2018).

### 1.3. El sistema público de salud de CABA y el acceso a la ILE

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina, fue una de las pocas jurisdicciones del país donde se garantizó el acceso a la ILE de manera legal, segura y gratuita, a través de su sistema público sanitario. Si bien existen registros que en 2014 dos hospitales generales de agudos y un centro de salud brindaron atención a determinadas situaciones de aborto legal, la ILE en tanto política pública se implementó de manera sostenida en dicha jurisdicción desde el año 2017.

Para ese año, la Coordinación de Salud Sexual, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) del Ministerio de Salud de CABA comenzó a proveer misoprostol de manera sistemática a los cada vez más numerosos efectores de salud que garantizaban los abortos legales, a elaborar estadística al respecto, y a llevar adelante actividades de capacitación destinadas a trabajadores de la salud para ampliar y mejorar el acceso a la práctica (Coordinación de Salud Sexual, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), 2020).

El proceso de institucionalización de la ILE se produjo merced a la confluencia de diversos actores y fuerzas. Entre ellos cabe destacar, como fue mencionado, a profesionales de la salud del sistema público que venían implementando dispositivos de consejería de reducción de riesgos y daños y que comenzaron a organizarse para instar al Estado a dar una respuesta sistemática frente a las solicitudes de aborto legal. En este sentido, cobra especial relevancia el accionar de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir.

Los datos oficiales provistos por la Coordinación de Salud Sexual, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (2020) indicaron que durante el 2019 se resolvieron 8388 situaciones de ILE. El 84% de las ILE fueron abordadas por equipos interdisciplinarios de centros de salud, encargados de resolver las interrupciones de modo ambulatorio hasta semana 12,6 de embarazo, mediante la indicación y provisión gratuita de misoprostol para uso domiciliario. El porcentaje restante fue resuelto en hospitales, por ser necesario realizar el procedimiento en contexto de internación. Para ese año, además, la respuesta de la ILE ya estaba presente en todas las áreas programáticas del sistema de salud de CABA, lo cual demuestra la expansión de la política pública.

Pese al grado de consolidación de la política pública de ILE en la Ciudad, la misma presentó algunas inconsistencias. En primer lugar, no todos los efectores de salud cumplían con la responsabilidad de garantizar la ILE, quedando supeditada la prestación a la iniciativa de sus trabajadores. En segunda instancia, existía una heterogénea interpretación de la causal

*salud* entre los equipos (y, por tanto, un desigual acceso a la ILE en razón de esta causal), conviviendo aquellos que restringían su entendimiento a las nociones de gravedad, muerte y/o enfermedad, con quienes suscribían a una concepción de salud integral. Del mismo modo sucedía, aunque en menor medida, con la interpretación de la causal *violación*, la cual era entendida bajo la racionalidad patriarcal, invisibilizando violaciones intra pareja y otros tipos de violencias que afectan la capacidad real de poder consentir a tener relaciones sexuales o las condiciones de cuidado en que se llevan a cabo. Por último, la política pública no fue acompañada por estrategias de comunicación que difundieran este derecho entre la población, a través de cartelera, folletería o cualquier otro soporte comunicacional (Berra, 2017).

En línea con lo anterior, cabe señalar además que la CABA adhirió formalmente al Protocolo nacional recién en julio del 2020. Hasta esa fecha, contaba con un protocolo propio de ILE, sumamente restrictivo, que se encontraba suspendido judicialmente gracias a la acción de la sociedad civil, por no adecuarse a los estándares previstos en el Fallo F., A.L. (2012). La judicialización del protocolo municipal permitió que los equipos de salud de CABA pudieran garantizar durante esos años las ILE en los términos previstos por dicho instrumento. La adhesión al Protocolo nacional, sin embargo, brindó mayor seguridad jurídica en la realización de la prestación.

#### **1.4. El dispositivo de ILE del Centro de Salud considerado**

En el sistema sanitario predomina un paradigma de salud caracterizado por el biologismo, la neutralidad, el centro en la enfermedad y en lo curativo-asistencial, la ahistoricidad, el paternalismo y la concentración del saber-poder en la figura del profesional, que es denominado Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2005). Dicho modelo sostiene un discurso idealizador de la maternidad, en tanto pone el acento en la contribución que las mujeres realizan a la salud de la población, en su rol de madres y esposas, cuidadoras de la salud familiar.

Junto con este paradigma coexiste una perspectiva en salud que reconoce la incidencia de los determinantes del orden socio-cultural, económico y político en la producción y solución de los problemas de salud y enfermedad. Esta perspectiva pone en escena a las personas en tanto sujetos de derechos y no como objetos de intervención. Desde estas premisas, las mujeres son consideradas como sujetos integrales, que detentan derechos y participan activamente del autocuidado de su salud.

López Gómez y sus colegas (2003) denominan modelo tradicional al primero,

y modelo integral de atención, al segundo. Los/as autores/as establecen que la coexistencia de ambos supone algunas tensiones, entre las que mencionan:

- la convivencia entre una concepción biomédica de la salud y una concepción integral de la salud.
- la coexistencia entre un modelo focalizado en la figura de la mujer como madre y un modelo que considera a la mujer en tanto sujeto integral.
- la convivencia entre un modelo que considera a la mujer en tanto objeto de la atención, y un modelo que la considera sujeto de derechos y que promueve el empoderamiento y la construcción y ejercicio de la ciudadanía.

El dispositivo de ILE del Centro de Salud considerado forma parte del sistema público sanitario de CABA signado por estas tensiones. El dispositivo procuró organizarse bajo un modelo de atención integral. Sus antecedentes más inmediatos se remontan al año 2015, cuando, por iniciativa de la autora y otra colega psicóloga, se inauguró una consejería de reducción de riesgos y daños frente al aborto inseguro.

En 2017, con la inclusión de profesionales de la medicina al equipo y la gestión de medicación abortiva, provista por la Coordinación de Salud Sexual, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se logró consolidar un dispositivo que garantizara las interrupciones legales del embarazo en los términos establecidos por el Protocolo, no sólo proveyendo información sino también misoprostol de manera gratuita para utilizar en domicilio, a partir del entendimiento de que el aborto inseguro constituía un problema de salud pública al que el sistema de salud debía dar respuesta, así como también a partir del reconocimiento de la ILE como derecho.

Desde su inicio como dispositivo de ILE hasta fines de 2020, accedieron a la ILE 577 mujeres, de estratos socioeconómicos muy variados y cuyas edades oscilaron entre los 13 y los 44 años. Por situarse en un periodo previo a la sanción de la Ley 27.610 (2020), procedió amparándose en las causales de aborto legal establecidas en el Código Penal, para poder garantizar el acceso a una ILE en casos de violencia sexual, y/o cuando el embarazo representara un riesgo a la vida y/o a la salud integral de la mujer gestante.

Conformado por un equipo interdisciplinario de profesionales de psicología, trabajo social y medicina, el dispositivo garantizó no sólo el acceso a un método abortivo seguro, sino que también brindó un espacio de orientación y contención para las mujeres. La única instancia que no se podía brindar desde el dispositivo eran las ecografías pre y post procedimiento, que debían

realizarse en otros efectores, puesto que el Centro de Salud no contaba con dicho recurso.

## 2. La experiencia subjetiva de la ILE

### 2.1. Detrás del ideal. Embarazo y malestar psíquico.

El ideal maternal configura la subjetividad femenina moderna bajo la premisa de que la maternidad es *la* función de la mujer y que, a través de ella, encontraría su realización como adulta. Participa en él un mecanismo de endoculturación emocional, es decir, una forma de poder que orienta acerca de los sentimientos que las mujeres tienen que mostrar y vivenciar para dar sentido a esta y otras experiencias. Desde estas premisas, se espera que el embarazo sea significado como un momento de realización personal y sea vivido con una carga de emociones positivas, de alegría y felicidad (Blázquez Rodríguez y Montes Muñoz, 2010).

En las mujeres que accedieron a una ILE, estas prescripciones entraron en tensión con su propia experiencia, generando algún grado de malestar psíquico, concepto que se prefiere a los criterios médicos hegemónicos de salud y enfermedad, en tanto ubica a las mujeres como sujetos sociales activos y considera los determinantes sociales de género como condiciones de producción de su malestar (Burin, 2010).

Así, en todos los casos, la noticia del embarazo representó un fuerte impacto por resultar un evento inesperado. Tanto en aquellas mujeres que no utilizaron un método anticonceptivo como en aquellas que sí lo hicieron, estos “embarazos imprevistos, hacen a las mujeres un jaque mate a su omnipotencia, a la certeza en sus previsiones y a la fantasía de controlar el cuerpo” (Carril y López, 2010, p. 13).

La gesta que se buscaba interrumpir fue significada negativamente. A excepción de unas pocas mujeres que lo definieron como una “*vida*”, y en quienes se generó una fuerte disonancia con la decisión de aborto, el embarazo, lejos de representar una noticia feliz, fue referido como:

- un *cuerpo extraño, ajeno y hostil* (Rosenberg, 2010) que se impone a la voluntad de la mujer,

- un evento traumático,
- un hecho impredecible e inesperado, fuera del propio control,
- un castigo o pena.

En cuanto a su impacto a nivel subjetivo, el embarazo produjo alteraciones en el ánimo como ira o angustia, sensación de pérdida de integridad personal, necesidad de autocastigo, y sentimientos de frustración en torno al futuro. Las siguientes viñetas ilustran lo anterior:

*Es una pesadilla, no me siento yo, no soy la misma persona, desde que me enteré estoy deprimida, tirada en la cama, sin querer hacer nada, sin comer. (Irene, 23)*

*Antes de continuar con este embarazo, me muero. (Ana, 39)*

*Siento que mi vida está bloqueada, me siento en el abismo. (Fernanda, 32)*

*Siempre flasheé que el embarazo era hermoso, color de rosa, pero ahora me siento que no soy yo. (Andrea, 31 años)*

## 2.2. La dimensión subjetiva en la experiencia de ILE

Para las mujeres entrevistadas, el aborto resultó la única forma de poner fin al malestar psíquico que el embarazo generó. La decisión de abortar, como forma de cese a dicho padecimiento subjetivo, fue clara desde un inicio en la mayoría de los casos y desencadenó una búsqueda proactiva para encontrar una respuesta. Lo que primaba era “resolver” con premura, aún si eso suponía exponerse a prácticas riesgosas, a las que muchas recurrieron antes de consultar al dispositivo.

*Desde que me enteré, lo primero que pensé fue en resolverlo. (Julia, 28 años)*

*Este embarazo es una carga para mí, no concibo otra posibilidad que interrumpirlo (Malena, 19)*

*Estaba dispuesta a hacer cualquier cosa para terminar con este embarazo. (Agostina, 43)*

Sin embargo, el apremio por interrumpir el embarazo se observó también ya habiéndose iniciado la consulta al dispositivo de ILE. Se conjetura que el

apremio no estaría solo vinculado al “avance de las semanas de gestación, -al tiempo *running out*-, que limita la autonomía con la que las mujeres toman la decisión”, sino también a “la necesidad de resolver, de terminar aquel proceso que se inició en sus cuerpos” (Szwarc y Fernández Vázquez, 2018 p. 96). El término de urgencia subjetiva permite echar luz sobre estas ideas. Para el modelo biomédico, la urgencia remite a la aparición fortuita y repentina de un problema de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención.

Para el campo de la salud mental, la urgencia estaría dada para quien la padece por la presencia de un sufrimiento insoportable, ligado a un evento desestabilizador que repercute sorpresivamente en su subjetividad produciendo una ruptura aguda en su realidad, guarde o no correspondencia con las características de lo dramático, trágico, triste o violento. En las mujeres que consultaron al dispositivo de ILE, el embarazo fue sentido como un evento desestabilizador, que conmovió su subjetividad produciendo intenso sufrimiento y que, bajo la lógica de la prisa, reclamó con urgencia y premura al aborto como intervención que pueda poner fin a este malestar.

Una gran proporción de las mujeres que llegó al dispositivo de ILE desconocía el marco legal y la implementación del modelo de causales para el acceso a una interrupción legal, segura y, en el caso de CABA, gratuita. En efecto, la falta de información fue un obstáculo con el que refirieron haberse encontrado en su experiencia de ILE, evidenciando las falencias de la política pública sobre el tema. Estas fallas se tradujeron en el desconocimiento acerca de la existencia de equipos que garantizaban el acceso a la práctica, de los derechos que asistían a las mujeres en la materia y de las obligaciones y responsabilidades del sistema de salud.

Asimismo, los resabios de la criminalización y judicialización de los casos de aborto, ocurridas durante todo el siglo XX, sumado a una política pública inconsistente sobre ILE, llevó a que, entre las mujeres, la conceptualización del aborto como un derecho fuera prácticamente nula. Pervivió la sensación de estar haciendo algo “*ilegal*”, “*a escondidas*”, inclusive al interior mismo del sistema de salud, y el temor a ser denunciadas o maltratadas.

En este sentido, la consulta al dispositivo de ILE no fue generalmente motivada a partir del entendimiento de que este era un derecho que las asistía, sino, en el mejor de los casos, de una instancia donde se esperaba obtener algún tipo de respuesta o “*ayuda*”.

Respecto a las razones que motivaron la decisión de interrumpir el embarazo, se hallaron diferencias entre mujeres más atadas a patrones tradicionales de género, y aquellas que por su pertenencia de clase y/o por su nivel educativo, tuvieron mayores oportunidades de planificar y elegir sus proyectos de vida y de acceder a prácticas gratificantes, otras que la maternidad (Carril y López,

2010). En cuanto a las primeras, su decisión se sostenía en la consideración de que la maternidad que se derivaría de continuar adelante con la gesta no se podría llevar a cabo en condiciones “adecuadas” de acuerdo con valores tradicionales acerca de la organización familiar, la división sexual del trabajo doméstico y el cuidado, o afectaría en los mismos términos a las maternidades y prácticas de cuidado vigentes. En coincidencia con lo planteado por Amuchástegui et al. (2015), en estos casos “la finalidad del aborto es con frecuencia cumplir con el maternaje de los hijos que ya se tienen o incluso de los que se desea tener en el futuro” (p. 180).

*Este embarazo complicaría más que mi vida, la de mi hija, en la calidad de tiempo que le podría dar, que sería la nada misma. Además, no tendría con quien dejarlo, mi hija tendría que hacer de madre y no vivir lo que tiene vivir que es ser una nena. (Laura, 37)*

*No puedo por mi situación actual. Tengo tres hijos, el más chico de 8 meses, quiero cuidar a mis hijos de la mejor manera, si sigo con el embarazo, no podría hacerlo. (Rosa, 28).*

*Pienso en lo que podría pasarle a mi hijo si siguiera adelante, no me va a alcanzar para dos, ni económicamente ni para cuidarlos. (Miranda, 19)*

En cambio, para las mujeres que decidieron interrumpir la gesta en razón de que no había sido planificada ni deseada, y/o en base a la priorización de otros proyectos vinculados al desarrollo personal, laboral y profesional, el aborto apareció asociado al ejercicio de un acto de libertad a decidir por sus propias vidas (Carril y López, 2010).

*No quiero tenerlo, fue un accidente, no es algo deseado ni planificado, sería traumático seguir adelante. Tengo otros proyectos en mi vida que ahora priorizo: estudio, milito. (Fernanda, 26)*

*Finalmente logré libertad, logré trabajar free lance, logré mi crecimiento profesional y esto es una bomba que lo truncaría todo. (Mariana, 35)*

Entre algunas de las mujeres del primer grupo, se plantearon sentimientos disonantes en cuanto a la decisión, vinculados usualmente con valores conservadores y creencias religiosas que contradicen a las posibilidades con las que contaban para afrontar la continuidad de una gesta y/o crianza. En este punto, las mujeres resolvieron por la interrupción, anteponiendo un juicio más pragmático que moral mas no por ello libre de culpa o estigma.

*Estoy segura de la decisión de interrumpir, pero me duele. Soy creyente; siento que estoy matando una vida, pero no estoy bien emocionalmente, no puedo tener un hijo así, me llevo mal con mi pareja. (Luciana, 19)*

Las mujeres que sufrieron violencia sexual generalmente no invocaron la causal *violación* como argumento. Se considera que ello responde a la

inadecuación entre la experiencia de violencia vivida y el guión prestablecido, o imagen en bloque, acerca de qué es socialmente legitimado como violación. Ese guión obtura la posibilidad de comprender como tal la propia experiencia de violación o promueve que las mujeres callen a riesgo de no ser creídas o, incluso, de ser responsabilizadas y estigmatizadas (Hercovich, 1993). La consulta al dispositivo de ILE permitió, en la mayoría de los casos, desnaturalizar y resignificar como tal la violencia acontecida. En algunas mujeres, la ILE se inscribió como un intento de poner fin a la relación.

En cuanto al procedimiento en sí, gran parte de las mujeres tenía conocimiento acerca del misoprostol como método abortivo. Algunas manifestaron temor en cuanto a la seguridad del mismo y reparos en relación con el uso domiciliario de la medicación, llegando a expresar que el sistema sanitario las “descuidaba” o “abandonaba” por este motivo. Tras ser despejadas estas inquietudes en la primera consulta, la mayoría adhirió al procedimiento ambulatorio. Unas pocas mujeres, sin embargo, debieron ser derivadas a hospitales para realizar la ILE en contexto de internación por no sentirse en condiciones de autoadministrarse la medicación, mientras que otras optaron por resolver en el ámbito privado una práctica de Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU).

Durante la aplicación del misoprostol, muchas mujeres refirieron haber experimentado fuertes dolores, acompañados usualmente por uno o más de los efectos secundarios esperados. En algunos pocos casos, las dudas respecto de si el procedimiento marchaba de acuerdo con lo esperado, o a si este efectivamente funcionó, y los temores en torno a una posible afectación de la propia salud y vida, no pudieron esperar a la consulta de control con el equipo y necesitaron ser evacuados y aliviados en lo inmediato, ya sea a través de la consulta a una guardia o profesional contratado para tal fin, o a través del seguimiento de una socorrista<sup>6</sup>. Tras la constatación de que el procedimiento fue efectivo y/o la obtención del alta médica, el sentimiento que sobrevino con más frecuencia fue el de alivio. Luego de la ILE muchas mujeres recobraron la sensación de bienestar e integridad personal, la cual había sido afectada tras la noticia del embarazo no deseado. Asimismo, en algunos casos, la posibilidad de haber podido decidir ante un embarazo no deseado, de tomar “las riendas de la propia vida”, contribuyó al autocuidado, al fortalecimiento de su autonomía, a la reafirmación subjetiva, y al agenciamiento y transformación de los mandatos genéricos (Bonder, 1999).

---

6 La red de socorristas surgió en Argentina en el año 2010, para brindar información y acompañamiento para abortar de modo seguro. Integrada por más de cuarenta colectivas feministas de diferentes localidades del país, organizó su activismo inspirado en el “Socorro Rosa”, grupo conformado por feministas italianas que en la década del ‘70, realizaban junto a médicos del Partido Comunista, abortos de manera gratuita en el sótano de una casa.

*Lo que yo tenía era un problema, y me lo quería sacar. Cuando vi la expulsión, sentí un alivio. (Sofía, 23)*

*Ya volví a ser yo. (Lucía, 21)*

*Me replanteé mucho en ese tiempo preocuparme mucho más en mí. Antes era... siempre fui bastante de estar pendiente de las otras personas, de ayudar a las otras personas y quizás no era de pensar tanto en mí... o poner en prioridad a otras personas antes que a mí. Y con todo esto, como la estaba pasando tan mal, y estaba viviendo algo tan fuerte en mi vida, me concentré en mí y me di cuenta que la primera persona por la que debo preocuparme es por mí. (Juana, 24)*

### 2.3. Las redes de apoyo

Las mujeres del círculo íntimo de las consultantes fueron quienes estuvieron presentes con mayor frecuencia a lo largo del proceso de ILE. Amigas, primas, hermanas, madres, acompañaron a las mujeres en diversas etapas, tanto en casos donde la pareja ocasional o estable se encontraba ausente, como incluso en aquellos donde también éste brindaba su apoyo y acompañamiento.

En líneas generales, las mujeres cercanas fueron convocadas desde el momento inicial, participadas de la noticia del embarazo no deseado y, sobre todo, interpeladas en busca de ayuda para poder interrumpirlo. En efecto, tras la confirmación del embarazo y ante la desinformación acerca de dónde concurrir para concretar su decisión, las mujeres acudieron a sus congéneres, que a su vez contactaron con otras para dar con un dato certero. Se activaban así cadenas femeninas informales de ayuda. En consonancia con una política pública difusa e inconsistente, fue la estrategia del “boca en boca” la que se puso en marcha al confirmarse el embarazo. Muchas acudieron a las mujeres más cercanas en busca de apoyo emocional y contención, con la intención de poder sentirse escuchadas y entendidas. Aunque no faltó quien emitiera un juicio de valor o sancionara la decisión de interrumpir el embarazo, la mayoría encontró efectivamente apoyo y contención en alguna mujer de su círculo más próximo.

En algunos casos, incluso, el apoyo y contención fueron brindados por otras *significativas* con una postura manifiestamente contraria a la legalización del aborto, la cual fue en ocasiones relativizada y revisada, anteponiendo el cuidado y las necesidades de la mujer que decidió interrumpir el embarazo.

La posibilidad de recurrir a otras mujeres propició también que estas últimas pudieran compartir sus propias experiencias de aborto, hasta el momento mantenidas en secreto, tramando redes cómplices y empáticas, y contribuyendo a “desclandestinizar” el aborto, no solo a nivel individual, sino también colectivo. Asimismo, las mujeres brindaron acompañamiento durante las consultas con el equipo y al momento de la realización del procedimiento. Incluso, algunas ofrecieron ayuda material para que el mismo se llevara a cabo en las mejores condiciones: prestaron su domicilio, pusieron a disposición sus autos para una eventual consulta a la guardia, y destinaron su tiempo al cuidado de familiares a cargo de las mujeres, entre otros.

Las cadenas de solidaridad y ayuda continuaron tras el procedimiento. Muchas mujeres que realizaron la ILE desempeñaron un rol activo facilitando la experiencia de otras ya sea al referenciarlas al espacio, acompañando durante la colocación del misoprostol, o brindando apoyo durante la consulta. Algunas se ofrecieron a colaborar con el equipo para que se difundiera la existencia de los dispositivos de ILE.

Los varones de la red significativa que aparecieron a lo largo del proceso fueron quienes ocuparon un rol de pareja, ya sea estable u ocasional, genitor del embarazo no deseado. Si bien en algunas oportunidades padres, hermanos, y amigos, también estuvieron presentes, la mayoría de los otros significativos masculinos remitieron a aquellos con los que mantenían o mantuvieron un vínculo sexoafectivo.

El universo masculino aludido es pasible de desdoblarse en dos en función del rol desempeñado: aquellos que se involucraron de manera responsable en la experiencia (Guevara Ruiseñor, 2005), brindando algún tipo de apoyo o ayuda en función de las necesidades de las mujeres, y aquellos que tomaron una conducta de huida o buscaron obstaculizar el ejercicio del derecho a decidir.

Entre los varones que participaron de manera responsable, se aprecia, en su gran mayoría, que los mismos sostenían con las mujeres un vínculo de pareja consolidada y estable. Fueron pocos los casos de parejas ocasionales o circunstanciales que estuvieron acompañando a las mujeres, quizás por no constituir para ellas otros significativos en los que confiar para acompañarlas durante el proceso, o por haber tomado estos una actitud de huida y desresponsabilización frente a la noticia del embarazo.

La participación de los varones se observó en una o más etapas: activando redes en busca de información para saber dónde recurrir para realizar un aborto, acompañando a las consultas a la mujer o al momento de la realización del procedimiento, y, en mucho menor medida, asistiendo a la consulta para realizar el control post procedimiento y evaluar las opciones de cuidado anticonceptivo.

Si bien esta merma de la presencia masculina, una vez concretado el procedimiento, podría interpretarse a la luz de la urgencia subjetiva que plantea el embarazo no deseado y del alivio acontecido tras el aborto, lo cierto es que deja en evidencia que aún aquellos varones que estuvieron más presentes, indefectiblemente ocuparon un lugar secundario o periférico respecto de la mujer.

Con respecto a la toma de decisión de interrumpir el embarazo, el rol masculino secundario se vuelve a confirmar. En los casos donde las mujeres refirieron haber “*tomado en pareja*” la decisión de interrumpir la gesta, se observó que el varón ocupó un lugar importante en el proceso decisorio de la mujer, pero que fue ella quien resolvió en última instancia qué hacer frente al embarazo no deseado (Petracci et al., 2012).

*De eso se trataba, esos microsegundos, eran para llegar a ver si el otro decía algo. Porque decir que “no” mientras la otra persona decía que “sí,” era un poco duro tal vez. Pero me pasó eso, que yo sabía desde el minuto cero que no, que no iba a poder suceder. (Marina, 28)*

*Y con mi pareja, sí, hablamos, en algún otro momento que ninguno quería, ninguno quiere. Siempre lo dijimos. Y, nada. También me dijo igual, lo mismo, que me acompañaba, que no había problema, qué sé yo. Le dije que yo no lo quería. Me dijo que estaba bien, que me respetaba. Y también que él tampoco lo quería, pero que si yo decidía que sí, él iba a estar obviamente. (Sandra, 23)*

Muchas mujeres que llevaron a cabo la ILE lo hicieron aun estando sus parejas en desacuerdo con su decisión. En estos casos, cabe resaltar, fue excepcional que el varón acompañara en alguna instancia del proceso o brindara algún tipo de apoyo.

No fueron pocas aquellas parejas, tanto ocasionales como estables, que, ante la sola noticia del embarazo, desistieron del vínculo, desentendiéndose de la situación y generando gran angustia entre las mujeres.

Respecto de las mujeres que manifestaron padecer violencia de género por parte de su pareja, la mayoría optó por no contarles del embarazo y/o su decisión. En consonancia con lo planteado anteriormente, muchas sentían que continuar con el embarazo contribuía a retenerlas en el vínculo, y que el aborto constituía una forma de poner un coto al mismo, por lo que temían una contra-reacción de mayor violencia frente a la decisión de realizarse una ILE. Aquellas mujeres que sí participaron a los violentos de su decisión, fueron en numerosas ocasiones amenazadas con ser denunciadas ante la justicia o la policía, hecho que, si bien nunca se concretó, contribuyó a generar temor y angustia mas no alcanzó para que desistieran de la ILE.

Las organizaciones feministas cobraron un rol fundamental en la experiencia de ILE. Si bien no constituían en un primer momento parte de la red significativa de las mujeres, aparecieron en escena tras la noticia del embarazo como un recurso accesible al cual recurrir. La mayoría de las organizaciones mencionadas formaban parte de la red de socorristas. En efecto, muchas mujeres recurrieron en primer lugar al socorrismo, con el que tomaron contacto por referencia de conocidas, o por internet y redes sociales. Allí les brindaron información sobre el aborto medicamentoso y las referenciaron al dispositivo de ILE de este y otros centros de salud de CABA.

En algunos casos, inclusive, las socorristas estuvieron prestando apoyo telefónico o virtual durante el momento de la realización del procedimiento, donde el equipo de salud no brindaba acompañamiento in situ, por tratarse de un tratamiento ambulatorio llevado a cabo en domicilio.

En cuanto a las movilizaciones por la Ley de IVE, encabezadas por la “Marea Verde”, no fueron pocas las mujeres que refirieron haber tenido conocimiento o incluso haber participado de las mismas. En esos casos, no se hallaron referencias explícitas acerca de cómo las luchas sociales o el contexto de creciente legitimación del aborto impactaron en la experiencia subjetiva de las mujeres que realizaron una ILE.

Puede afirmarse que el estar involucradas en las luchas sociales no repercutió en su conocimiento acerca del marco legal, primando en todos los casos la desinformación respecto del modelo de causales y de los equipos que, en CABA, daban respuesta. De modo inverso, en algunas mujeres, fue la propia experiencia de ILE la que incidió *a posteriori* en su involucramiento en las reivindicaciones por la legalización total y efectiva del aborto voluntario.

*No tomé nunca conciencia de la gravedad del tema y de la importancia que se legalice hasta que me pasó a mí. Siempre estuve a favor, pero nunca me manifesté, nunca subí nada a mis redes sociales, hasta que me pasó a mí. Cuando me pasó a mí, tomé conciencia de la importancia [de] que se legalice. Y bueno, de mujeres que... yo tengo trabajo, todo, pero una nena de 16 años que no quiere, que fue un error, es horrible que la obliguen, es macabro. Y ahí me di cuenta de la importancia [de] que se legalice. (Sofía, 23)*

## 2.4. El sistema de salud y el dispositivo de ILE

Tal como se dijo anteriormente, para el modelo dominante en salud, con fuerte raigambre biologicista y paternalista, las mujeres son reducidas a su rol de madres o esposas e invisibilizadas en tanto personas y sujetos de

derecho. Consideradas como meros agentes que sirven al cuidado de la salud de la población, las necesidades de las mujeres que son contempladas desde este paradigma se derivan de aquellas relativas a cumplir con los roles asignados por la división sexual del trabajo. López Gómez et al. (2003) refieren a dichas necesidades como “necesidades prácticas” de las mujeres, ante las que se erigen servicios de salud materno infantiles y de atención del embarazo, parto y puerperio, en contraposición a las “necesidades e intereses estratégicos”, que cuestionan la posición de subordinación de las mujeres en la sociedad.

Este modelo, denominado modelo tradicional de atención (López Gómez et al., 2003), interviene sobre el cuerpo de las mujeres mediante una operatoria de “ginecologización”, a partir de la cual éste es apropiado por el saber médico y reducido a su función reproductora (Nievas, 1999). Al mismo tiempo, ejerce un rol normativizador de las emociones que una mujer debe experimentar ante determinados eventos tales como la primera ecografía, el parto y la lactancia materna, los cuales, se espera, sean transitados con felicidad (Blázquez Rodríguez y Montes Muñoz, 2010). En un sistema de salud organizado predominantemente bajo estas premisas, y en consonancia con una política pública inconsistente, las experiencias subjetivas de las mujeres estuvieron inevitablemente atravesadas por diversos obstáculos, en una o varias de las instancias previas a la consulta al dispositivo de ILE.

Ya desde el inicio, relativo a la planificación del embarazo y el acceso a métodos anticonceptivos, el sistema de salud presentó múltiples barreras. A pesar de contar con la Ley 25.673 (2002) de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que prevé entre sus objetivos la prevención de embarazos no deseados y el suministro de métodos anticonceptivos, este derecho resultó por momentos vulnerado. Dilaciones en la provisión debido a requerimientos administrativos o estudios médicos innecesarios, turnos espaciados en el tiempo, o directamente denegaciones, fueron algunos de los impedimentos mencionados.

Las consultas para la resolución de la ILE, previas a concurrir al dispositivo del Centro de Salud, también encontraron escollos de diversa índole. La denegación de la práctica, generalmente acompañada de maltrato, ocurrió sobre todo en efectores privados o profesionales particulares, efectores públicos de otras provincias y, en menor medida, en algunos centros de salud del sistema público de CABA. No fueron pocos los casos en que, tras la negativa, las mujeres recibieron por parte de los/as mismos/as profesionales el ofrecimiento de realizar un aborto de modo clandestino, con el consecuente lucro que esto suponía.

El rechazo a la ILE se dio también de manera indirecta, solapado bajo la insistencia normativizadora que el modelo de atención tradicional plantea respecto de un embarazo, frente al cual la única opción parece ser su continuación. Ese rechazo también fue palpable en las indicaciones

deliberadamente erróneas que fueran impartidas por un profesional para disminuir la eficacia del procedimiento.

La pervivencia de interpretaciones restrictivas respecto de las causales habilitantes para la ILE, ligada a una política pública difusa en la materia, constituyó una barrera más en el ejercicio de este derecho. En el mejor de los casos, se brindó a las mujeres consejería en reducción de riesgos y daños mas no se garantizó la ILE, la cual fue finalmente concretada en el dispositivo del Centro de Salud considerado.

El acceso a la ILE también se vio obstaculizado por barreras económicas, sobre todo en aquellas mujeres que provenían de otras provincias donde el Estado no proveía el misoprostol de modo gratuito. Por último, la realización de la ecografía confirmatoria del embarazo, estudio solicitado para la primera consulta en el dispositivo, fue frecuentemente mencionado como un momento generador de angustia.

*El momento de la ecografía fue muy violento. (Rafaela, 28)*

*Me hicieron ver el monitor y escuchar los latidos. (Eliana, 26)*

Respecto de esto, Szwarc y Fernández Vázquez (2018) señalan la centralidad que adquiere el momento de la primera ecografía en la experiencia de aborto, no sólo porque representa la confirmación del embarazo, sino también porque contribuye a la asimilación del feto en tanto bebé y de la mujer como una futura madre. Montes Muñoz et al (2009) explican cómo, desde el saber biomédico, la decodificación de las imágenes ecográficas, -sombras en una pantalla-, y de los sonidos, y su traducción antropomorfizada, coadyuvan a la humanización del feto y a darle identidad en tanto persona. Asimismo, este proceso conlleva la implícita prerrogativa acerca de las emociones de felicidad y alegría que una mujer debe expresar ante la visión fetal en la primera ecografía (Blázquez Rodríguez y Montes Muñoz, 2010).

En cuanto al proceso de atención en ILE, gran parte de las mujeres concurrió al dispositivo por referencia de conocidas, amigas, organizaciones feministas o sitios de internet. Sólo una minoría llegó por algún canal oficial, que no correspondía a CABA, como la línea telefónica gratuita del Programa de Salud Sexual del Ministerio de la Nación, o por otro efector de salud mediante derivaciones informales.

El desconocimiento acerca de las responsabilidades del sistema de salud en materia de la ILE, sumado a experiencias infructuosas o de maltrato en otros efectores, y la vigencia de un paradigma prohibicionista, llevaron a que muchas consultaran con temor a ser retadas, juzgadas o maltratadas. En contraste, lo que experimentaron, tras la primera consulta al dispositivo, fue alivio y contención.

La provisión del misoprostol por parte del sistema de salud también conllevó alivio, no sólo por la gratuidad de la medicación sino también por la seguridad de la misma.

El contar con seguimiento médico tanto en la consulta previa como posterior al procedimiento fue valorado positivamente. La excepción fueron algunas mujeres que hubieran necesitado contar con éste también durante la realización del mismo. La claridad en la información, la contención y el buen trato recibidos generó que en algunos casos la resolución de la ILE, lejos de constituir una clausura, resultara en una oportunidad para la continuación de la atención de la salud. Así, muchas mujeres prosiguieron consultando al equipo en razón del cuidado anticonceptivo y ginecológico.

No obstante, también es dable señalar que una gran cantidad de mujeres, una vez concretado el aborto en domicilio, no volvió a las consultas de control, quizás por haber cesado la urgencia subjetiva que el embarazo no deseado imponía una vez concretada su interrupción.

La atención por guardia, ante una eventual complicación durante el procedimiento, fue poco requerida. En gran proporción de los casos en que debieron consultar, las mujeres fueron objeto de maltrato.

*En el hospital el trato fue extraño, como no había anestesista tenía que ir avisándole a la doctora cuando me dolía mucho y frenaban con el procedimiento. Y la situación en general, el suero, las mujeres gritando, pariendo, y todas esas cosas, me angustiaron un poco. (Rafaela, 26)*

*La médica de guardia me llamó "asesina". (Maia, 21)*

## Reflexiones finales

Las voces de las mujeres que aquí fueron consideradas, protagonistas indiscutibles del proceso, posibilitaron reconstruir sus experiencias subjetivas en la realización de la ILE. Se atendió a los significados, sentimientos y conocimientos desplegados, a la función e impacto de las redes sociales significativas, y a la ponderación respecto de la atención brindada por el sistema de salud y por el dispositivo de ILE y los factores institucionales que la condicionaron o facilitaron.

Si bien sus experiencias se circunscriben a un periodo previo a la sanción de la Ley 27.610 (2020), muchos de los hallazgos aquí vertidos resultan aún de actualidad. En este sentido, sin dejar de reconocer que la sanción de la Ley de IVE constituyó un hito fundamental, los desafíos aún son muchos para lograr

la implementación de una política pública en IVE que contemple a la mujer en su integralidad.

Atento a la realidad actual del país, donde la ultraderecha gobernante amenaza con un retroceso de la política pública, instalando la posibilidad de una derogación de la IVE, es que cobran aún más fuerza las siguientes propuestas:

- Desarrollar estrategias de comunicación destinadas a población en general para la difusión de los alcances de la Ley, de las responsabilidades del sistema de salud y socializar vías institucionales de acceso a los equipos tales como la línea de Salud Sexual del Ministerio de Salud de la Nación, o implementar nuevas en el caso de CABA.
- Implementar en el primer nivel de atención del subsector público la tecnología de
- AMEU, como una alternativa gratuita y segura al aborto medicamentoso, para quienes no cuentan con condiciones físicas, materiales o subjetivas para la realización domiciliaria del procedimiento.
- Procurar, desde el sistema sanitario, acompañamiento domiciliario profesionalizado a quienes soliciten contar con este recurso en el caso de realizar una interrupción con misoprostol, de manera de no sobrecargar a las mujeres de la red social significativa que prestan estos cuidados. En este sentido, se cuenta con el acervo y experiencia de la red de socorrismo, con quienes podría plantearse una articulación formal desde el Estado para cumplimentar esta tarea.
- Desarrollar actividades de capacitación y sensibilización desde una perspectiva interseccional de género y derechos, destinadas a personal de salud, en particular ecografistas y profesionales de guardia, en vistas a esclarecer las responsabilidades del sistema de salud en relación con la IVE/ILE y promover un trato digno y respetuoso hacia las mujeres y personas gestantes.
- Revisar la analgesia sugerida por protocolo para la interrupción con misoprostol. Exigir su reemplazo total por el esquema medicamentoso que combina con mifepristona, el cual atenúa efectos secundarios y complicaciones.

- Promover la formación en perspectiva de género y derechos en los equipos de IVE/ILE, así como en el abordaje interdisciplinario e interseccional de la temática, de manera de centrar la atención en la subjetividad de las mujeres y en las necesidades estratégicas de género (López Gómez et al., 2003).

## Referencias bibliográficas

- Amuchástegui, A., Flores, E. y Aldaz, E. (2015). Disputa social y disputa subjetiva: Religión, género y discursos sociales en la legalización del aborto en México. *Revista Estudios de Género La Ventana*, 5 (41), 153-196. <https://doi.org/10.32870/lv.v5i41>
- ANDHES, CDD, Asociación Lola Mora, CEDES, CELS, CEDEM, CICSA, CLADEM – Argentina, ELA, FEIM, FUNDEPS, INSGENAR, Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto, Mujeres por Mujeres, Mujeres Autoconvocadas de Trelew y DAWN. (2018). *Cuarto Informe de Argentina al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Acceso al Aborto en Argentina*. <http://repositorio.cedes.org/handle/10665/4439>
- Barbera, N. y Inciarte, A. (2012). Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*, 12 (2), 199-205.
- Berra, A. (2017). *El derecho a la interrupción legal del embarazo: un estudio sobre el aborto como consulta de salud desde la perspectiva de género*. [Tesis de maestría no publicada]. FLACSO. Sede Académica Argentina, Buenos Aires.
- Blázquez Rodríguez, M. y Montes Muñoz, M.J. (2010). Emociones ante la maternidad: de los modelos impuestos a las contestaciones de las mujeres. *Ankulegi Revista de Antropología Social*, (14), 81-92.
- Bonder, G. (1999). Género y subjetividad: Avatares de una relación no evidente. En S. Montecino y A. Obach (Eds.). *Género y epistemología: Mujeres y disciplinas*. Santiago, Chile. Ediciones LOM.
- Burin, M. (2010). *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*. Material elaborado para Fac. Psicología UBA [http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin\\_2010\\_](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_)

Preprint.pdf?sequence=1

Carril, E. y López, A. (2010). Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización: Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1 (2), 1 - 32.

Fallo "F.A.L. s/ medida autosatisfactiva", expediente F259/2010, sentencia del 13/3/2012. <http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf>

fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf

CEDES, ELA y REDAAS, (2018). *Las cifras del aborto en la Argentina*. Hoja Informativa.

Código Penal de la Nación. 29 de octubre de 1921 (Argentina)

Coordinación Salud Sexual, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (2020). *Informe Salud Sexual y Reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires*. Ministerio de Salud GCBA.

Fernández Vázquez, S. S. (2017). Políticas públicas difusas: la implementación de las consejerías pre y post aborto en Argentina. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 16 (1), 87-98.

Franco, J.V.A. y Volij, C. (2020). Nuevo protocolo para la interrupción legal del embarazo en Argentina. *Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria*, 23 (1): e002029 <https://doi.org/10.51987/evidencia.v23i1.4269>

Grimberg, M. (2002). VIH-SIDA, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con VIH. *Cuadernos Médico-Sociales* (82), 43- 59.

Guevara Ruiseñor, E. S. (2005). La corresponsabilidad ética de los varones frente al aborto. *Desacatos*, (17), 33-56 <https://doi.org/10.29340/17.1056>

Hercovich, I. (1993). De la opción "sexo o muerte" a la transacción "sexo por vida". En Fernández, A.M. (comp.) *Las mujeres en la imaginación colectiva: Una historia de discriminación y resistencias* (63-84). Buenos Aires, Argentina. Paidós

Kielmanovich, M. (2021). *Interrupción legal del embarazo (ILE) y subjetividad: estudios cualitativos con las mujeres que asistieron al dispositivo*

*ILE de un centro de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre 2017 y 2020.* Tesis de Maestría. FLACSO. Sede Académica Argentina, Buenos Aires.

Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. 30 de octubre de 2002. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm>

Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntario del Embarazo. 30 de diciembre de 2020. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346231>

López Gómez, A., Beina, W., Contera, M. y Güida, C. (2003). *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva: Tensiones, obstáculos y perspectivas.* Montevideo, Uruguay: Universidad de la República.

McReynolds Pérez, J. (2017). Abortion as empowerment: reproductive rights activism in a legally restricted context. *BMC pregnancy and childbirth*, 17 (2), <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1498-y>

Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 8(1), 9-32.

Ministerio de Salud de la Nación (2019). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (2da. ed.)* Argentina. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/protocolo\\_ile\\_2019-2a\\_edicion.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/protocolo_ile_2019-2a_edicion.pdf)

Montes Muñoz, M.J., Martorell Poveda, M.A., Conti Cañada, M.J. y Jiménez Herrera, M.F. (2009). Tecnología médica en el embarazo: Usos y representaciones. *Perifèria. Revista de recerca i formació en antropologia*, 11(2).

Nievas, F. (1999). *El control social de los cuerpos.* Buenos Aires, Argentina. Eudeba

Organización Mundial de la Salud (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud (2da ed.)*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77079>

Organización Panamericana de la Salud (2012). *Cambio en la relación sanitaria, el modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño del aborto inseguro.* Uruguay.

- Petracci, M., Pecheny, M., Mattioli, M. y Capriati, A. (2012). El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la Ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 12, 164-197. <https://doi.org/10.1590/S1984-64872012000600008>
- Ramón Michel, A. y Ariza, S. (2018). La legalidad del aborto en la Argentina. Serie Documentos REDAAS, 9.
- Resolución 1/2019. [Ministerio de Salud] Por la cual se aprueba el "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo". 12 de diciembre de 2019. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/223829/20191213>
- Rosenberg, M. (2010). Sobre el aborto no punible. En Congreso de Países del Mercosur sobre bioética y derechos humanos, Derecho a la Salud. Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia. Llevado a cabo en Buenos Aires.
- Szwarc, L. y Vásquez, S. (2018). Lo quería hacer rápido, lo quería hacer ya: tiempos e intervalos durante el proceso de aborto. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 28, 90-115. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.28.06.a>
- Zamberlin, N. (2007). El aborto en la Argentina. Hoja informativa CEDES/FEIM/IPPF, 3. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3586>

# Educación Sexual Integral: abordaje e implementación de los derechos (no) reproductivos y el derecho al aborto y su impacto en la ciudadanía de les adolescentes del Gran San Miguel de Tucumán (2018-2023)

Por Larisa Gabriela Moris

## Introducción<sup>7</sup>

Desde el año 2006, Argentina cuenta con la Ley 26.150 que establece el

---

<sup>7</sup> El contenido del presente artículo es parte de mi tesis "El derecho al aborto como contenido de la Educación Sexual Integral: análisis de las condiciones de su implementación y el impacto de la misma en la ciudadanía de las adolescentes del Gran San Miguel de Tucumán (2018-2023)", investigación producto de mi pasaje en el Programa Regional en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP-FLACSO), Maestría en Género, Sociedad y Políticas, con la cual obtuve el grado de Magíster bajo la dirección de la Dra. Déborah Saiantz en diciembre de 2023.

derecho de “todos los educandos” a recibir educación sexual integral (ESI) y que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (PNESI). Tucumán incorporó la ESI mediante la Ley de Educación Provincial 8.391 (2010) y también adhirió a la Ley Nacional a través de la Ley Provincial 9.605 (2022).

Si buscamos la palabra *aborto* dentro del marco normativo de la ESI, en la Resolución CFE 45/08 que establece los Lineamientos Curriculares de la Educación Sexual Integral, encontramos una sola referencia en el nivel Secundario, Ciclo Básico. Asimismo, en el Plan Nacional de Embarazo no Intencional en la Adolescencia (ENIA) del año 2017, en las propuestas de contenidos y propuestas para el aula (nivel secundario), encontramos seis referencias al aborto. Finalmente, la palabra *aborto* aparece en el Anexo de la Resolución del CFE 340/18 (2018) que incorpora como núcleo de aprendizaje prioritario (NAP) de la ESI en el nivel secundario las “distintas miradas sobre el aborto (como problema ético, de salud pública, moral, social, cultural y jurídico).”

Más allá de los antecedentes normativos de la ESI, el aborto ya surgía de manera implícita al encontrarse dentro de los derechos (no) reproductivos (DDRR) y, desde el año 1921, la interrupción legal de embarazo (ILE) está normada en Argentina. Los DDRR son derechos humanos y el aborto integra estos derechos, pero en la normativa de ESI el aborto aparece mencionado como una problemática y no como un derecho.

El objetivo de mi investigación fue analizar las condiciones de implementación de la ESI en las escuelas secundarias públicas del Gran San Miguel de Tucumán para la promoción y apropiación de los derechos (no) reproductivos, en particular el derecho al aborto, como también indagar si los mismos son identificados por los adolescentes con capacidad de gestar como derechos humanos que tienen especial impacto para su autonomía y ciudadanía plena.

Se consigna el rango temporal 2018-2023 porque, desde el año 2018, la temática del aborto es un NAP de la ESI, lo que permite investigar su implementación en las aulas no ya desde el voluntarismo docente, sino desde su obligatoriedad al ser un contenido prioritario de la ESI. Esta obligatoriedad es reforzada desde la sanción de la Ley 27.610 (2020), la que establece en su art. 13 la responsabilidad del Estado en la implementación de la Ley 26.150 (2006) de ESI, estableciendo políticas activas para la promoción y el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de toda la población. Asimismo, en el segundo párrafo del mencionado artículo, se establece que se deberá capacitar sobre perspectiva de género y diversidad sexual a los docentes, a fin de brindar atención, contención y seguimiento adecuados a quienes soliciten realizar una interrupción voluntaria del embarazo en los términos de dicha ley.

El enfoque metodológico que utilicé en mi investigación fue cualitativo, que se llevó a cabo en la práctica a través de la realización de entrevistas estructuradas a adolescentes que concurren a escuelas secundarias públicas del Gran San Miguel de Tucumán. Asimismo, entrevisté a docentes y equipos directivos que se desempeñan en esas escuelas, complementando con el relevamiento y análisis de los materiales áulicos, buscando describir las concepciones de género, adolescencias y aborto que están presentes en los mismos. También incluí el relevamiento y análisis, a través de las páginas web oficiales, de los programas de capacitación y los materiales para trabajo áulico elaborados por el Ministerio de Educación de Tucumán (MEd), referido a DRR y aborto, especialmente.

En este artículo comparto el reporte, análisis e interpretación de los datos que fui construyendo a partir de mi trabajo de campo, especialmente los que resultaron de las entrevistas estructuradas a adolescentes de tres escuelas secundarias públicas del Gran San Miguel de Tucumán. En el difícil contexto político y de avanzada anti-derechos que estamos atravesando en Argentina desde diciembre del 2023, con el desfinanciamiento y/o eliminación de políticas tan necesarias como el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (ENIA) y el Programa Nacional de ESI, entre muchas otras, no deja de ser un pequeño acto de resistencia compartir las voces de quienes son destinatarios y sujetos de derecho a quienes el Estado debe garantizar la ESI. Mis interpretaciones parten de las voces recogidas en mi trabajo de investigación.

Para contextualizar este artículo, haré unas breves menciones sobre la justificación de la importancia del problema, algunos de los objetivos y las anticipaciones hipotéticas que formulé. Además, haré referencia a algunas de las consideraciones metodológicas, como también una breve caracterización de las escuelas a las que asisten les estudiantes entrevistados, para luego exponerme en el reporte, análisis e interpretación de los datos que se fueron construyendo a partir de las entrevistas a les adolescentes. Finalmente, expondré algunas de las conclusiones a las que arribé.

Este trabajo está escrito en lenguaje inclusivo. Utilicé la letra “e” para incluir a quienes no se encuentran representados por el lenguaje binario, ya que considero que es necesario abandonar el binarismo del lenguaje. El lenguaje y las palabras construyen la realidad y la hacen visible o la invisibilizan. El lenguaje resulta un campo de disputas donde se nombra, y con ello se da existencia o se ocultan las personas, las formas de vida, las realidades. Para el imaginario social, lo que no se nombra no existe. Esta investigación es sobre ESI, y uno de los ejes conceptuales de la ESI es respetar la diversidad como así también valorarla y celebrarla. El lenguaje inclusivo debe formar parte de la ESI. El uso lingüístico aquí presente puede no ser a futuro el conveniente o aceptado, pero responde al momento histórico que nos atraviesa.

## 1) Justificación de la importancia del problema

El tema de investigación propuesto es relevante desde diferentes puntos de vista. La coyuntura política en Argentina a causa del avance legislativo es uno de ellos. Ese avance significó que, en diciembre de 2020, se aprobara la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) mediante Ley 27.610, cuyo art. 13 marca la responsabilidad del Estado de implementar la ley 26.150 (2006) y establecer políticas activas, las cuales refieren directamente y dan especial preeminencia al tema de estudio: promoción y el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva, así como capacitar a les docentes sobre perspectiva de género a fin de brindar atención, contención y seguimiento adecuados a quienes soliciten realizar una IVE.

Asimismo, la investigación tiene un interés sociohistórico, ya que el avance legislativo en derechos para las mujeres impulsa el estudio del tema propuesto. La construcción de información sobre las condiciones de implementación de la ESI desde 2018, cuando solo contábamos con la ILE, así como desde diciembre de 2020, cuando se estableció el derecho a la IVE, hasta el tercer trimestre de 2023, contribuirá al desarrollo de políticas activas tanto desde la ESI como en relación con la IVE, en el marco de los derechos humanos y desde una perspectiva de género.

EL recorte que hace esta investigación es enfocarse en los DRRR - en especial en el aborto - y en indagar, a través de las voces de les adolescentes con capacidad de gestar como sujetos de derecho, sobre la identificación de estos derechos como derechos humanos. Son ellos quienes tienen capacidad de gestar y también de exigir un aborto de acuerdo con la normativa vigente en Argentina. La perspectiva de género que propone esta investigación es imprescindible ya que la misma considera el impacto desproporcional que tiene una ciudadanía de segunda en la vida de les adolescentes cuando se ven restringidos en los derechos que la ley les reconoce.

La ESI es una política importante en la promoción de los DRRR de les adolescentes. Investigar y conocer cómo se implementa la ESI en lo referido a los DRRR y el aborto, desde una mirada federal, particularmente desde una provincia del noroeste argentino (NOA), permitirá producir conocimiento necesario para avanzar en la implementación de la ESI como política que promueve los DRRR de les adolescentes

## 2) Formulación del problema de investigación, objetivos y anticipaciones hipotéticas<sup>8</sup>

Los NAP de la ESI, que se establecen en el 2018, vienen a fortalecer su obligatoriedad en las planificaciones y programas de los espacios curriculares de todos los niveles educativos. En los mismos se establece al aborto como un contenido prioritario para el nivel secundario. Además, desde diciembre del 2020, el art. 13 de la Ley 27.610 refuerza esta responsabilidad del Estado en la implementación de la ley de ESI 26.150 (2006), estableciendo políticas activas para la promoción y el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de toda la población. Esto da encuadre a la formulación del problema a investigar:

*1. ¿Cómo se lleva a cabo la implementación de la ESI en las escuelas secundarias públicas del Gran San Miguel de Tucumán en relación con las posibilidades de apropiación de los derechos (no) reproductivos, en particular el derecho al aborto, por parte de las adolescentes que concurren a estas escuelas?*

### Preguntas secundarias:

1. Los DRR y el aborto como integrante de estos, ¿son identificados por les adolescentes como derechos humanos que tienen especial impacto para su autonomía y ciudadanía plena?

2. ¿Cuáles son las concepciones de *género, adolescencias y aborto* presentes en las instituciones escolares en lo que se refiere a la implementación de los derechos (no) reproductivos?

3. En base al problema planteado en mi investigación, el objetivo general fue analizar las condiciones de la implementación de la ESI para la promoción y apropiación de los DRR, en particular el derecho al aborto, por parte de les adolescentes de escuelas secundarias públicas del Gran San Miguel de Tucumán desde el año 2018 hasta el 2023.

---

8 En cuanto al referente teórico, si bien este apartado no es desarrollado en este artículo, sí considero pertinente mencionar que el marco teórico sobre el que se basó mi investigación estuvo dado por las categorías de género, perspectiva de género, ciudadanía, derecho a la ESI, derechos (no) reproductivos y dentro de estos el aborto, así como también fue necesario recurrir a los conceptos de autonomía progresiva y adolescencias.

En cuanto a los objetivos específicos, uno de ellos, y el más directamente relacionado con la temática de este artículo, fue el de indagar sobre la identificación de los DRR y al aborto como derechos humanos por parte de les adolescentes escolarizadas en Tucumán y el impacto que el acceso a los mismos tiene para su autonomía y ciudadanía plena.

Al ser docente en una escuela secundaria pública, tengo un contacto no sólo teórico sino empírico (con la realidad a investigar). Esa posición me permitió delinear algunas conjeturas anticipadas en relación con los interrogantes planteados, de las que sólo mencionaré dos, por el recorte de este trabajo: la implementación de la ESI en Tucumán en materia de DRR se limita a informar sobre la canasta de métodos anticonceptivos (MAC) disponible, sin profundizar en su exigibilidad y sin incorporar la temática del aborto; y les adolescentes con capacidad de gestar no identifican a los DRR y al aborto especialmente como parte de los derechos humanos, impidiendo así que puedan exigir los mismos.

### 3) Consideraciones metodológicas

El diseño de la investigación es de carácter descriptivo y analítico, donde el problema de investigación es abordado desde una estrategia teórico-metodológica cualitativa, predominante en el campo de los estudios de género (Hipertexto PRIGEPP Taller de Tesis, 2020, 1.2.3), vinculada al enfoque interpretativista, que se propone comprender e interpretar la realidad social en sus diferentes formas y aspectos (Batthyány & Cabrera, 2011, p. 77). Esta investigación se realiza con una lógica inductiva, que está presente en el análisis de datos.

Siguiendo a Batthyány & Cabrera (2011, p. 78), el contexto natural, característico de la investigación cualitativa, se da cuando quien investiga recoge datos de campo en el lugar donde les participantes experimentan el fenómeno o problema de investigación. En esta investigación, el trabajo de campo se llevó a cabo en las tres escuelas donde asisten les estudiantes entrevistados.

Esta investigación está atravesada por la perspectiva de género porque aborda una temática que, si bien afecta a niñas y adolescentes en general, tiene un impacto desproporcional en la vida de niñas y adolescentes con capacidad de gestar. Incluir la perspectiva de género contribuye al compromiso y la transformación social (Biglia y Vergés-Bosch, 2016, p. 14). Además, esta perspectiva trae como ventaja una sociedad menos discriminatoria (p. 18). Igualmente, las problemáticas que se abordan apoyan la agenda de política feminista (p. 21) debido a que esta última se orienta al

análisis de las relaciones de poder, la interpretación de sus raíces históricas y socioantropológicas, y la propuesta de alternativas a la hegemonía existente.

Antes de avanzar, considero importante hacer explícito que escribo desde mi lugar de mujer, cisgénero, blanca, madre, abogada, investigadora, extensionista y educadora en una escuela secundaria pública y una universidad pública. Considero importante hacer teoría encarnada, pero teorizando desde mi lugar de privilegio que es atravesado e interpelado por mi experiencia en las aulas como docente. Anzaldúa expresa que al hacer teoría encarnada:

*(...) en vez de acercarnos por el lado de la cabeza con el concepto intelectual, te acercas por la puerta de atrás a través de sentimientos, emociones, y experiencias. Pero si comienzas a reflexionar sobre esa experiencia, puedes volver a la teoría (citada en Hipertexto PRIGEPP Disidencias, 2020, 1.5.1).*

#### **4) Las escuelas: criterios de selección y breve caracterización**

El trabajo de campo lo llevé a cabo en tres escuelas del Gran San Miguel de Tucumán, desde septiembre de 2021 hasta mediados de octubre de 2023, lapso que estuvo atravesado por las particularidades y grandes dificultades que la pandemia del COVID 19 significó en cuanto a la presencialidad en las escuelas.

Los establecimientos fueron seleccionados por presentar rasgos distintivos, teniendo en común que todos son de gestión pública estatal, pero con realidades diferentes. Los criterios que determinaron su inclusión en el presente estudio fueron:

- Presentar diferencias entre sí respecto de: las características de sus comunidades escolares (como por ejemplo nivel socioeconómico del estudiantado y heterogeneidad en cada institución, en especial en una de ellas), los lugares de residencia de los estudiantes (en dos de ellas la mayoría vive en el barrio donde está situada la escuela), la matrícula de estudiantes, el número de docentes, la antigüedad y trayectoria de las escuelas, entre otros.
- Aprobar el ingreso a su comunidad educativa y aceptar formar parte de la propuesta de investigación (equipo directivo,

docentes y estudiantes). Para garantizar la confidencialidad de la información brindada por las instituciones, las referencias a ellas se realizan en los siguientes términos: Escuela 1, Escuela 2 y Escuela 3. La información que brindo de cada establecimiento surge de las entrevistas al equipo de gestión, así como de los Acuerdos Escolares de Convivencia (AEC) de cada establecimiento, que no son referenciados en la bibliografía para no comprometer la confidencialidad.

La Escuela 1 comenzó a funcionar en el ciclo lectivo 2008, cubriendo la oferta educativa para el nivel secundario de estudiantes pertenecientes a familias de alta vulnerabilidad económica cercanas a la escuela. Se encuentra situada en el Municipio de Yerba Buena, a 10 km, aproximadamente, del centro de la ciudad de San Miguel de Tucumán. Yerba Buena es un municipio de fuertes contrastes en lo socioeconómico, con zonas residenciales, numerosos *countries*, así como también asentamientos y barrios que se encuentran en una extrema marginalidad. El AEC hace referencia a que los tutores de los alumnos, en su mayoría, son empleados en los *countries* que están ubicados en el municipio, trabajando como albañiles, jardineros, personal de casas de familia, y otras relaciones de dependencia informal.

En esta Escuela 1, en el año 2023 la matrícula total fue de 420 estudiantes, siendo 215 mujeres y 205 varones. La escuela cuenta con dos turnos, al turno mañana asisten 262 estudiantes, de los cuales 133 son mujeres y 129 varones. Al turno tarde asisten 158 estudiantes, siendo 82 mujeres y 76 varones. El trabajo de campo se realizó en el turno mañana, donde fueron entrevistados 30 estudiantes.

La Escuela 2 fue creada en el mes de abril de 1987. En sus inicios, estaba ubicada en barrio Norte de la ciudad de San Miguel de Tucumán y sólo era para mujeres. La escuela tuvo varios cambios que afectaron y debilitaron un poco su identidad, provocando una disminución en la matrícula debido a la incertidumbre que los mismos generaban. Tuvo cambio de nombre, se amplió la matrícula a varones (por la baja en la matrícula y también para adecuarse al contexto de los nuevos emplazamientos) y sufrió diversas mudanzas, pasando por varios edificios, hasta que finalmente, en febrero de 2002, se trasladó al emplazamiento actual. Se encuentra ubicada a 300 metros de una avenida residencial, en la zona sudoeste y aproximadamente a 4 km de distancia del centro de la ciudad de San Miguel de Tucumán. La escuela comparte la manzana con una escuela primaria.

En la Escuela 2, muchos de los estudiantes que asisten viven en zonas próximas a ella, pero un tercio de la población escolar proviene de zonas urbano-periféricas que precisan atención especial de la institución. Hasta hace pocos años, había un asentamiento o "villa" a 50 metros de la escuela, que luego fue trasladado a la zona Manantiales Sur, por lo que parte del

estudiantado proviene también de esa área. El AEC menciona que el contexto socioeconómico de la mayoría de las familias de los estudiantes que asisten es el de una comunidad social muy vulnerable, cuyas familias son numerosas y con necesidades básicas insatisfechas. Conforman grupos familiares diversos, con precarización laboral, viviendas precarias, estudiantes que se inician tempranamente en la actividad laboral para sostener al grupo familiar, padres y madres que no han completado el nivel secundario ni primario en muchos casos, con problemas de consumos problemáticos y falta de cuidado en cuanto a la atención de la salud.

La matrícula durante el año 2023 en la Escuela 2 es de 484 estudiantes, de los cuales 254 son mujeres y 230, varones. Cuenta con dos turnos. Al turno mañana asisten 296 alumnos, siendo 153 mujeres y 143 varones. El turno tarde tiene una matrícula inferior y los estudiantes pertenecen a familias donde las características socioeconómicas mencionadas están muy acentuadas. Asisten 188 estudiantes, de los cuales 101 son mujeres y 87 varones. El trabajo de campo se realizó con estudiantes de ambos turnos, entrevistándose a 60 estudiantes.

La Escuela 3 fue creada en 1909 y se dictó la ley respectiva en marzo de 1910. Estuvo emplazada en diferentes sitios, y en 1946 se comenzó a construir un nuevo edificio donde se encuentra ubicada desde 1949 a la actualidad. Ocupa una superficie importante de una manzana ubicada sobre una avenida y sobre una calle perpendicular a la misma. Se localiza en la zona denominada Barrio Norte de la ciudad de San Miguel de Tucumán, a pocas cuadras de la plaza principal.

La población estudiantil de la Escuela 3 se caracteriza por ser heterogénea tanto en el aspecto socioeconómico como en la localización de su residencia, dado que provienen de diferentes lugares de la ciudad capital y de ciudades cercanas a San Miguel de Tucumán. La matrícula total en el año 2023 es de 2.229 estudiantes, siendo 1.288 mujeres y 941 varones. Al turno mañana asisten 1.047 alumnos (579 mujeres, 468 varones), al turno tarde concurren 876 estudiantes (540 mujeres, 336 varones,) y al turno noche van 306 estudiantes (169 mujeres, 137 varones). El trabajo de campo se llevó a cabo en el turno mañana, entrevistándose a 30 estudiantes.

## **5) Reporte, análisis e interpretación de datos. Entrevistas a estudiantes.**

Como técnica para la construcción de datos, para el caso de los estudiantes, utilicé una entrevista estructurada. El cuestionario contiene 26 preguntas,

siendo algunas cerradas y otras abiertas. También incluí tres preguntas que planteaban situaciones que tenían que ver con la identificación y/o exigibilidad de DDSSRR. Les entrevistades debían seleccionar las que consideraban correctas o identificar si tales derechos les correspondían como adolescentes. Haber usado un formulario *Google* para ir cargando las respuestas me permitió transformar los datos textuales en datos numéricos y su tratamiento cuantitativo, sin que esto implique abandonar el enfoque cualitativo.

El rango etario de les entrevistades abarcaba de 13 a 18 años, les cuales se distribuían en el cursado de 1° a 6° año, procurando que estén representadas de manera proporcional todas las edades y los cursos.

Las categorías generadas a partir del análisis de las entrevistas fueron:

- ESI como derecho de los adolescentes,
- ESI en la escuela,
- significaciones sobre sexualidad y reproducción en los adolescentes,
- identificación de los DDSSRR como derechos humanos,
- conocimiento sobre IVE/ILE,
- autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes (NNyA) en relación con la exigibilidad de DDDR y el aborto, especialmente.

#### a. ESI como derecho de los estudiantes:

En la Escuela 1, a la pregunta sobre si saben que es la ESI, sólo el 30% de les entrevistades respondió que sí mientras que el 60% dijo que cree tener una idea y el 10% que no. El 83,3% la considera un derecho de los estudiantes. En la Escuela 2, sólo el 15% manifestó saber qué es la ESI, el 51,7% cree tener una idea y el 33,3% no sabe. Sin embargo, el 78,3% la considera un derecho de los estudiantes. Por su parte, en la Escuela 3, el 46,7% dijo saber qué es la ESI, un 46,7% cree tener una idea y un 6,6% respondió que no. La considera un derecho, el 96,7% de los estudiantes entrevistades.

Surge que la mayoría de los estudiantes no sabe o cree tener una idea sobre qué es la ESI, pero la mayoría contrariamente la identifica como un derecho de los estudiantes.

## b. ESI en la escuela:

Consultamos sobre la recepción de contenidos de ESI en la escuela. En la Escuela 1, un 70% respondió que sí y un 16,7% dijo que no<sup>9</sup>. En la Escuela 2, un 70% respondió que sí y un 21,7% que no. Por su parte, el 93,3% de los estudiantes de la Escuela 3 dijeron que sí, y un 6,7% dijo que no. En la Escuela 1, el 53,3% considera que recibe poca ESI mientras que en la Escuela 2, el 61,7% y, en la Escuela 3, un 86,7%.

Si bien la mayoría de los estudiantes manifiestan que en la escuela tienen ESI, la consideran poca, especialmente en la Escuela 3<sup>10</sup>.

Entre las preguntas del cuestionario, les pedí que mencionen los espacios curriculares en los que abordan temas de ESI. En las tres escuelas, el espacio curricular más mencionado es Biología. Luego le siguen Formación Ética y Ciudadana, Tutoría y Lengua y Literatura. En la Escuela 3, el espacio de Tutoría es nombrado más que en las otras escuelas. En la Escuela 2, se indican otras materias: Historia, Educación Artística, Educación Física, Psicología, Filosofía, Sociología. Adicionalmente, varies también mencionaron Cultura y Estética, Ciencias Políticas y Formación Moral, como materias donde se trataban temas de ESI. En la Escuela 3 señalaron también Historia, Educación Artística, Educación Física, Psicología, y añadían EDI y Prácticas Pedagógicas.

En cuanto a los contenidos de ESI, hay una coincidencia en las tres escuelas en señalar, como los más abordados, a: MAC, infecciones de transmisión sexual (ITS), violencia de género, embarazo, cuerpo, reproducción, menstruación. En la Escuela 1, sólo dos alumnas agregan consentimiento y decisiones libres.

*En la Escuela 2 aparecen muchos otros temas que son referidos varias veces:*

*"MAC, edad desde que se puede comprar, protección, algo de aborto, que también se podía dar por alguna enfermedad, también si no lo podías mantener, eso se habló en la clase de biología".*

*"Discriminación por sexo, orientación sexual, género. Diversidad de cuerpos, ley de talles".*

---

9 La tercera opción es "No lo sé".

10 Esto refuerza lo que ya surgió del análisis de las entrevistas a docentes y equipo de gestión, en el sentido que la legitimidad de la ESI en la Escuela 3 está debilitada

*“Sobre si estábamos de acuerdo o no con el aborto, cuidados y métodos anticonceptivos”.*

*“Violencia emocional, celos, violencia en el noviazgo”.*

El aborto aparece mencionado por el 10% de les entrevistades de la Escuela 2. También nombran ejes de la ESI, relaciones sexuales, y *bullying*. Refieren sobre una mesa panel durante la semana de la Escuela sobre diversidad e identidad de género y otra mesa sobre MAC, y que en estas mesas “participaban docentes, también personal del CAPS<sup>11</sup> y una persona que era gay”. Asimismo, fue nombrado un juego sobre sexualidad<sup>12</sup>, con el que hablaron de muchos temas.

*En la Escuela 3, los temas que se agregan a los comunes ya indicados, son:*

*“Autoestima, respeto, valores, discriminación a la mujer”.*

*“Cuidados, enfermedades, respetar límites de las personas, abusos, MAC, muy poco de aborto porque era controversial. Autoestima”.*

*“MAC, ITS, aborto, en una materia que es Problemática Socioeducativa vimos la ley de ESI, también analizamos en historia y en lengua la situación de la mujer, las desigualdades”.*

*“Violencia de género, MAC, menstruación, derechos de la mujer, libertad”.*

El aborto aparece mencionado por el 10% de les estudiantes. Asimismo, citaron consentimiento, identidad de género, autocuidado, y los mitos sobre sexualidad, entre otros.

De acuerdo con los datos construidos a partir de lo dicho por les estudiantes sobre las materias en las que se aborda la ESI y los temas mencionados, puedo inferir que en la Escuela 1 hay un predominio del enfoque biomédico, poniendo más el foco en los “riesgos” y “efectos no deseados” de la sexualidad, dirigido a la prevención de ITS y de embarazos a través del uso de MAC. Este enfoque, sin embargo, tiende a dejar por fuera los sentimientos, el deseo, y el placer. A pesar que les docentes y el equipo directivo de esa escuela coincidieron en resaltar que la temática del aborto se aborda, no fue mencionada por les estudiantes.

---

11 Centros de Atención Primaria de la Salud.

12 Hacen referencia al juego “Carrera de la sexualidad” que integra el “Manual experiencias para armar”, material elaborado por la Dirección Nacional de Salud Sexual y reproductiva del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, que fue distribuido en numerosas escuelas. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-experiencias-para-armar>

En la Escuela 2, las temáticas y las asignaturas nombradas por les estudiantes me permiten inferir un enfoque más integral de la ESI en dicha institución. Y también podría decir lo mismo de la Escuela 3, pero en menor intensidad.

### **c. Significaciones sobre sexualidad y reproducción en les adolescentes:**

En el cuestionario, entre las preguntas abiertas, había dos que buscaban que les adolescentes expresen qué entendían por sexualidad y por reproducción. La pregunta sobre sexualidad, que estaba casi a la mitad del cuestionario, generaba en muchos alumnos un poco de vergüenza, lo que obstaculizaba que la puedan responder. Entonces les pedía que nombren palabras con las que asocian la sexualidad, y les explicaba que no se trataba de dar una respuesta correcta, sino de saber qué era lo que ellos pensaban y conocían. Una vez que se generaba confianza y empatía, comenzaban a mencionar algunas palabras con las que asociaban la sexualidad y, en muy pocos casos, una suerte de conceptualización.

La gran mayoría de les estudiantes de las escuelas nombraba “relaciones sexuales” o “tener sexo con otra persona”. En menor medida, había alusiones a “como uno se siente, si varón o mujer”, o aparecía “sexo, género, quien me gusta”, y también el “cuerpo”. Igualmente, surgió mucho “cuando un hombre y una mujer tienen relaciones sexuales”.

Son pocas las respuestas que van más allá de lo mencionado, y transcribo algunas a continuación:

*“Más que nada a cómo se siente una persona con su cuerpo ya sea mujer o varón, sexualidad no es solo sexo, sino como me siento conmigo misma, con mi cuerpo” (Escuela 1).*

*“Lo que somos, nuestra orientación sexual. También cuando se sexualiza a una persona, por ejemplo, que por usar poca ropa decimos que es prostituta y no es así” (Escuela 2).*

*“No sólo sexo, también otros temas, géneros, violencia” (Escuela 3).*

*“Al cuerpo de uno mismo, como lo ve la sociedad, la relación de uno mismo con el propio cuerpo y con los demás” (Escuela 3).*

En los significados dados, no aparece el deseo, el placer, el erotismo, como tampoco se menciona cómo puede expresarse esa sexualidad a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones, y demás cuestiones que surgen de la práctica consensuada y autónoma de la sexualidad.

Corresponde señalar que, en este trabajo, cuando se hace referencia a la sexualidad, se hace tomando la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

*La sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (2018, p. 3).*

Cuando les pedía que me dijeran con sus palabras lo que entendían por reproducción, la gran mayoría refería a “tener hijos”, “cuando una mujer y un hombre tienen relaciones sexuales y luego tienen un bebé”, y “cuando tienen relaciones y queda embarazada la mujer”. Muchos estudiantes también respondían que no sabían.

Los significados de la sexualidad evidencian que queda limitada a relaciones sexuales, pero también ligada a la heteronormatividad (hombre-mujer). La reproducción queda más limitada a lo biológico, al embarazo y tener un bebé. En ambas significaciones permean estereotipos de género.

#### **d. Identificación de los DDSSRR como derechos humanos**

Para esta categoría, voy a analizar los datos construidos a partir de las respuestas que fueron dando los estudiantes a cuatro preguntas del cuestionario. Una de ellas era si habían oído hablar de los derechos sexuales y (no) reproductivos. Respondieron por el sí el 36,7% en la escuela 1, el 43,3% en la Escuela 2 y el 40% en la Escuela 3.

En otra pregunta, les leí los DDSSRR y luego indagué sobre si consideraban que estos derechos tienen algo que ver con los derechos humanos<sup>13</sup>. En la Escuela 1, el 70% dijo que sí mientras que, en la Escuela 2, el 85% los consideró derechos humanos. En ambas escuelas, algunos alumnos aclararon que sí, menos en lo que respecta a la IVE/ILE. En la Escuela 3, todas les estudiantes entrevistadas respondieron que sí.

También indagué sobre qué porcentaje de esos DDSSRR había sido tratado en el ámbito escolar. En la Escuela 1, el 46,7% de les entrevistadas dijo que algunos, el 23,3% que muy pocos y un 23,3% que ninguno. En la Escuela 2, el 45% señaló que muy pocos, el 35% que algunos y un 15% dijo que ninguno. En la Escuela 3, el 60% de les entrevistadas manifestó que muy pocos, un 30% dijo que algunos y un 10% expresó que la mayoría.

Asimismo, les pedí que indiquen los espacios en los cuales ellos consideren que esos derechos les son respetados y garantizados totalmente. En la Escuela 1, la mayoría seleccionó la familia. En la Escuela 2, la mitad consideró que son respetados en la familia, y la otra mitad consideró que no son respetados en su totalidad en ninguno de los espacios que se mencionaban. En la Escuela 3, la mayoría señaló que en ninguno de los espacios se respetan totalmente.

Esta categoría ha sido fundamental porque me permitió ver que los DDSSRR, luego que la entrevistadora los nombraba, son identificados como parte de los derechos humanos por la gran mayoría de les entrevistadas. Así también me permitió observar que hay temas que son controversiales, que son silenciados y no se los aborda porque forman parte del currículum nulo. Según Mónica Da Cunha (2015, citada en Ministerio de Educación de la Nación, 2021b, p. 68):

*El currículum nulo se define por la negativa, incluye todo lo que se ha decidido no enseñar, son aquellos saberes que quedan excluidos de los contenidos oficiales (...) Estas exclusiones y silenciamientos producen una significativa "violencia epistémica" en tanto que desconocen que ciertos saberes sean válidos de ser enseñados.*

Con respecto a los espacios donde son respetados o no, también ha sido importante conocer que la mayoría considera que ni en la escuela, ni en el área de la salud ni en sus propias familias, estos derechos les son respetados y garantizados totalmente.

---

13 Con les alumnos del ciclo básico fue necesario hacer una breve explicación sobre qué son los derechos humanos, sus características, las obligaciones del Estado, así como mencionar algunos ejemplos de derechos humanos. Aclarábamos también que no todos los derechos son derechos humanos.

#### e. Conocimiento sobre IVE/ILE:

Para el análisis de esta categoría tomé los datos construidos a partir de tres preguntas del cuestionario. La primera de ellas indagaba si les entrevistades conocían los requisitos necesarios para que una persona pueda acceder a la IVE o a la ILE. En las tres escuelas, la mayoría de les estudiantes no los conocen, o, bien, creen tener una idea. Menos del 10% de les entrevistades de todas las escuelas respondió afirmativamente sobre el conocimiento de aquellos.

También pregunté si en la escuela les habían brindado información sobre IVE/ILE. Respondieron afirmativamente sólo un 3,3% de les estudiantes de la Escuela 1, el 11,7% en la escuela 2, y el 26,7% en la Escuela 3.

Por último, pregunté si les parecía que la temática del aborto debía ser abordada en la escuela y que expresasen el por qué. De un total de 120 estudiantes entrevistades en las tres escuelas, sólo cuatro dijeron que no en la Escuela 1, y dos en la Escuela 2. El resto consideró que la escuela sí debe informar sobre IVE/ILE.

Estas fueron algunas de las expresiones de quienes contestaron de manera negativa:

*"No, porque es un tema muy controvertido y quién dé la charla influirá desde su posición. Yo estoy en contra, solo estoy a favor en caso de violación" (Escuela 1).*

*"No. En la escuela no. El médico es quien debe hablar de eso. La escuela no" (Escuela 1).*

*"No. Porque yo pienso que sí hacemos las cosas pensando luego no podemos abortar. Yo tengo un hijo de 10 meses y no pensé en abortar" (Escuela 2).*

*"No. Porque es decisión de cada una. La escuela habla sobre el embarazo pero no sobre abortar" (Escuela 2).*

Quienes consideraban que la escuela debe hablar sobre IVE/ILE expresaban que era necesario saber, usando expresiones tales como, "estar informadas" y "para poder tomar decisiones conociendo cómo se hace un aborto y si tiene consecuencias", entre otras. En general, las razones se repetían. A continuación, transcribo algunas que tuvieron además otros fundamentos:

*"Sí, yo pasé por un aborto, estaba orientada, pero quedé a la mitad y no sabía que hacer (...) No quería ser mamá sola (...) Fue feo pasar por eso, me sentía un poco sola (...) Me lo hice en la maternidad. Me explicaron lo de*

*las pastillas, firmé un consentimiento. Tenía que volver y no volví. Pasó un mes o más. No me fue bien con las pastillas. Volví ya con 18 semanas y me dieron otras pastillas. Quedé internada. Ahí ya se enteró mi mamá. Es súper importante que esto se hable en la escuela”.*

*“Sí, porque casi nadie tiene idea. Mis compañeros no saben. Yo tampoco. Estoy en contra del aborto, salvo en caso de violación. Pero hay que saber”.*

*“Sí, porque es importante saber y una mujer puede decidir libremente qué hacer con su cuerpo y, si no está en condiciones de tener un bebé, no tenerlo. Estoy a favor”.*

*“Sí, porque al no tener la información necesaria, uno busca una forma casera de hacerlo y puede tener consecuencias graves o por miedo a que alguien de la familia se entere o ir al hospital y que traten mal. Entonces es necesario tener información”.*

*“Sí, porque todas las chicas piensan distinto, se puede estar a favor o en contra, pero es necesario que se hable de todo. En sus casas a veces no hablan de estos temas, es un tabú, y se lo charla con amigas que no saben mucho. Entonces es mejor poder hablar en la escuela de este tema o con algún profesional que sepa. Personalmente estoy a favor y en contra. Depende la situación”.*

*“Sí, porque hay muchas chicas que, por ejemplo, son violadas y no saben que tienen derecho a abortar. Y también porque quedan y no tienen un futuro para ofrecer y entonces tienen derecho a abortar. Muchas chicas quedan embarazadas y dejan de estudiar porque les da vergüenza venir embarazadas a la escuela”.*

*“Sí. Porque es necesario esa charla, a veces no saben y opinan, en especial los chicos, sin saber, opinan. Yo no tengo una posición tomada”.*

*“Sí, porque es algo que todos tenemos que saber. Hay gente que no quiere que sepamos de nuestros derechos, a veces eso pasa en la familia, o con profesores, porque nos consideran chicos, entonces es importante que en la escuela nos garanticen este derecho”.*

Esta categoría de análisis fue importante porque me permitió comprobar que la gran mayoría de les entrevistades quieren que la escuela aborde la temática del aborto. Si bien no estaba en el cuestionario, también pregunté a les adolescentes su posición personal. Me llamó la atención que muchos de ellos no están a favor del aborto, o sólo lo están si es por la causal violación, pero aun así se manifestaban a favor de que la escuela trate la temática.

Tanto los estudiantes del ciclo básico como los del orientado consideran que la escuela debe hablar de aborto<sup>14</sup>.

#### **f. Autonomía progresiva de NNyA en relación con la exigibilidad de DDDR y el aborto**

Para el análisis de esta categoría me basé en los datos contruidos a partir de tres preguntas del cuestionario, en las cuales se enumeraban derechos y los entrevistados debían elegir aquellos que consideraban que, como adolescentes de 13 años en adelante, les correspondían. Otra de las preguntas planteaba situaciones para que ellos señalaran las que consideraban correctas.

Opté por presentar en la siguiente tabla los datos contruidos a través de las entrevistas y del análisis de la categoría, ya que permite comparar y/o interpretar sobre la identificación de los DDDR, así como también sobre su exigibilidad.

---

14 Contrastando con lo dicho por muchos docentes al momento de ser entrevistados, en cuanto a que incluirían esta temática sólo para el ciclo orientado.

Situaciones planteadas para seleccionar las que se consideren un derecho desde los 13 años y/o para marcar si están de acuerdo	Escuela 1	Escuela 2	Escuela 3
Decidir si tener o no hijos	46,7%	53,3%	50%
Elección en forma autónoma del MAC en base a la información recibida por equipo de salud	60%	60%	36,7%
Acceso gratuito al MAC elegido	60%	63,3%	66,7%
Atención de la salud respetuosa y de calidad durante el embarazo, el parto y el posparto sin que te discriminen por ser adolescente	90%	90%	90%
Ser atendida de manera rápida, con buen trato y con calidad en caso de pérdida de un embarazo, sin ser interrogada sobre si el aborto es espontáneo o provocado.	46,7%	60%	30%
Ser atendida en el hospital/CAPS sin compañía de una persona adulta	43,3%	47,7%	40%
Desde los 13 años, poder ir sola al CAPS para que me coloquen un chip anticonceptivo	23,3%	40%	36,7%
En la consulta médica, luego de unos análisis, el médico te informa que tenés una ITS y se comunica con su mamá/papá para informarle sobre esto.	83,3%	85%	90%
Solicitas una ILE por causal violación, en el hospital te dicen que debes traer la denuncia policial para que te puedan hacer un aborto.	70%	61,7%	36,7%
Con 16 años debes ir al hospital acompañada por madre/padre/tutor para que te autoricen una IVE	76,7%	80%	73,3%
En el hospital no acceden a realizarte una IVE porque ya estás con 13 semanas de embarazo	86,7%	86,7%	90%

Tabla 1. Análisis sobre Autonomía progresiva de NNyA en relación a la exigibilidad de DDDR, IVE/ILE. Elaboración propia en base a los datos construidos a partir de las entrevistas a estudiantes.

En líneas generales, se desprende de la lectura de la tabla que hay un desconocimiento sobre los requisitos exigidos por la ley para acceder a una IVE/ILE, lo cual impacta en la exigibilidad de la práctica, debilitando así la autonomía y la ciudadanía de les adolescentes.

También esa autonomía progresiva se presenta debilitada si analizamos las respuestas en las que les entrevistades señalan que deben ir acompañadas a la consulta médica o a colocarse un implante subdérmico anticonceptivo (chip), así como cuando consideran correcto que sea el médico quien decida sobre el MAC que deben usar, y también que el profesional pueda informar a la madre o al padre sobre una ITS sin tener el consentimiento de la paciente. Sobre el derecho al acceso gratuito a MAC, el porcentaje de quienes lo consideran un derecho es más alentador. Infero que esto se debe a que la entrega gratuita de preservativos está visibilizada, ya que conocen que en el CAPS, hospital e incluso en la escuela, pueden solicitarlos.

Si bien había situaciones referidas a los DDSS, nos focalizamos en los DRRR. Pero sólo mencionaré que la opción que presentaba como derecho “tener una vida sexual placentera” fue seleccionada por menos del 30% de les entrevistades. Además, me expresaban preguntas tales como: “¿a qué se refiere lo de placentera?”, “¿qué significa eso?”, dando cuenta, una vez más, que el placer está aún sin aparecer en la implementación de la ESI.

## Conclusiones

Desde el año 2018, la temática del aborto es un NAP dentro de la ESI, aunque ya desde antes surgía de manera implícita al encontrarse dentro de los DRRR, que es parte del cuerpo de derechos humanos. Sin duda, la incorporación del tema aborto de manera explícita a la ESI vino a robustecer la concepción de infancias y adolescencias como sujetos de derecho, y en esta incorporación la perspectiva de género está presente, ya que el derecho al aborto tiene un efecto diferenciado en les adolescentes con capacidad de gestar.

Como ya mencionamos, la obligatoriedad del tema fue reforzada desde la sanción de la Ley 27.610 (2020) que, en su art. 13, establece la responsabilidad del Estado en la implementación de la Ley 26.150, instituyendo políticas activas para la promoción y el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de toda la población.

A la fecha de publicación de este artículo, han transcurrido más de cinco años desde la incorporación del aborto como NAP de la ESI y tres años de la sanción de la Ley 27.610 (2020), tiempo que nos habilita para analizar las condiciones de la implementación de la ESI para la promoción y apropiación

de los DRRR, en particular el derecho al aborto, por parte de les adolescentes de escuelas secundarias públicas del Gran San Miguel de Tucumán. Me propuse indagar sobre la identificación de los DRRR y al aborto como derechos humanos por parte de les adolescentes y el impacto que el acceso a los mismos tiene para su autonomía y ciudadanía plena.

En estas conclusiones me interesa recuperar puntos nodales del conocimiento construido especialmente a partir de las entrevistas a adolescentes, como también cuestiones emergentes y pendientes.

Comenzaré analizando sólo dos de las anticipaciones hipotéticas que había planteado y que se relacionan al recorte dado en este artículo. Hice dialogar estas anticipaciones hipotéticas con los datos que se fueron construyendo a partir del trabajo de campo y del análisis e interpretación que hice de los mismos, llegando así a algunas de las siguientes conclusiones que se exponen siguiendo el orden de las anticipaciones.

*“La implementación de la ESI en Tucumán en materia de DRRR se limita a informar sobre la canasta de métodos anticonceptivos (MAC) disponible, sin profundizar en su exigibilidad y sin incorporar la temática del aborto”.*

Puedo concluir que está anticipación ha sido comprobada, ya que del análisis e interpretación de los datos construidos a partir de las entrevistas a les estudiantes, la temática de los MAC fue la más referida por ellos al nombrar los contenidos de la ESI que se trataban en la escuela<sup>15</sup>.

Ahora bien, una cosa es informar sobre los MAC y otra es profundizar en su exigibilidad. Cuando analicé los datos construidos a partir de las entrevistas de les adolescentes bajo la categoría “autonomía progresiva de NNyA en relación con la exigibilidad de DRRR y el aborto especialmente”, pude constatar que la autonomía progresiva se presenta debilitada. Esto se relaciona con que no tienen muy en claro la exigibilidad de sus derechos. Señalé, por ejemplo, que la mayoría de les entrevistades consideraba correcta la situación de ir acompañades por padre/madre/tutor a la consulta médica o para que les coloquen un “chip” anticonceptivo, o así también que el médico sea quien elija el MAC y, del mismo modo, pueda informar a la familia sobre una ITS sin tener el consentimiento de le paciente.

Con respecto al aborto, les adolescentes manifestaron que es un tema que

---

15 Si bien en este artículo sólo me aboco a las entrevistas de les estudiantes, considero importante agregar que también les docentes y equipos de gestión hicieron referencia a los MAC como tema que está presente en las instituciones. Igualmente, el relevamiento y análisis de las planificaciones anuales de los espacios curriculares de las distintas escuelas también confirma que es un contenido que sí se aborda.

prácticamente no se aborda en la escuela<sup>16</sup>. Ellos consideran necesario que en la escuela se lo trate.

Surge así, que el aborto es un tema controversial, que forma parte del currículum omitido o currículum nulo de las escuelas.

Mantener al aborto dentro del currículum nulo no sólo implica no cumplir con la normativa que establece la obligatoriedad de ese contenido, sino que, y fundamentalmente, limita la autonomía de les adolescentes porque, desde la escuela, no se les brinda la información que es necesaria para la toma de decisiones libres y autónomas. El currículum oculto impacta en la ciudadanía de les adolescentes.

En el apartado referente teórico de mi tesis me explayé sobre el concepto de ciudadanía. Para este artículo, y en el afán de no extenderme demasiado, sólo apuntaré que Line Bareiro (1997) señala que la ciudadanía es un derecho y un ejercicio (expresión o acción), y que ambos pueden coincidir, pero también es posible que no coincidan. Menciona que pueden existir colectivos a los que se les reconoce el derecho pero que no pueden ejercerlo. Para el caso de que derecho y ejercicio coexistan, estaríamos ante una ciudadanía plena. Lo expresado anteriormente se relaciona con lo indicado por Bareiro y Molina (1994) sobre la existencia de “ciudadanías aún no reconocidas en su integridad y derechos ciudadanos que permanecen a nivel de las leyes sin traducirse en un ejercicio efectivo” (p.15). En este caso, les adolescentes cuentan con un derecho, pero ese derecho no se les garantiza, no lo pueden ejercer, impidiendo de esta manera que sus ciudadanías sean plenas.

*“Les adolescentes con capacidad de gestar no identifican a los DRR y al aborto especialmente como parte de los derechos humanos, impidiendo así que puedan exigir los mismos”.*

Con respecto a esta anticipación hipotética, a partir del análisis e interpretación efectuados, pude comprobar que la primera parte de la hipótesis no se verificó en ese sentido, sino todo lo contrario: los DRR y el aborto sí son identificados como parte de los derechos humanos por la gran mayoría de les adolescentes entrevistadas. Pero esa identificación no se traduce necesariamente en que sepan que los pueden exigir. Esto surgió claramente de los datos construidos a través de las entrevistas a adolescentes. Mientras ya mencioné algunos ejemplos, puedo agregar, en relación al aborto, que la mayoría desconoce los requisitos necesarios para acceder a una IVE o ILE, lo cual les limita al momento de querer ejercer ese derecho.

---

16 En las planificaciones apenas aparece y les docentes, en general, no lo incluyen por distintas razones, que se explicitan en la tesis.

Parafraseando a Brown (2014), los DRR son un punto estratégico para considerar a las mujeres como ciudadanas plenas. Pero no basta que estén legislados o que puedan ser identificados como derechos humanos, sino que es necesario que puedan ser ejercidos.

En el caso del derecho al acceso gratuito a MAC, la mayoría conocía este derecho y sabía que podían exigirlo en el CAPS u hospital, pero especialmente refería al preservativo. No sucedía lo mismo con el chip, donde la mayoría sí sabía que pueden solicitar que se lo coloquen gratuitamente en un CAPS, pero cree que es necesario ir acompañada por una persona adulta que autorizaría la intervención.

## Cuestiones emergentes

En estas conclusiones me parece importante mencionar algunas de las cuestiones emergentes que surgieron a la largo de la investigación, y que analicé en extenso en mi tesis.

En principio, expresar que algunos estudiantes manifestaron que no tenían ESI, pero en algunos casos, y a partir de la observación o de lo dicho por algunos docentes y el equipo de gestión, pude constatar que sí se trabajan temáticas de ESI en la escuela. De manera paradójica, les estudiantes no las identifican como tales, o no las aprehenden, o no las incorporan, y esto me genera interrogantes que exceden a mi investigación. Me parece importante mencionar cuestiones emergentes que podrían ser investigadas desde otras áreas.

Además, poder visualizar que no sólo el aborto integra el currículum nulo. En mi investigación fueron surgiendo otros temas que también son evadidos como, por ejemplo, lo que tiene que ver con sexualidad y placer. Así, se hace necesario generar más espacios de diálogo, de escucha empática, donde la palabra pueda circular sin que se sientan juzgades, donde puedan preguntar sin sentir vergüenza, donde el eje conceptual de la ESI referido a *Valorar la afectividad* tome pleno sentido.

A 40 años de democracia en Argentina, mi tesis intentó ser un granito de arena en el fortalecimiento del sistema democrático. Garantizar los derechos humanos es una condición fundamental para la igualdad y la libertad. No basta con que estos derechos estén reconocidos legalmente, sino que también es necesario que puedan ser ejercidos para que todes gocemos de una ciudadanía plena, en especial quienes históricamente han sufrido una desigualdad estructural. En mi trabajo me enfoqué en la autonomía y ciudadanía de les adolescentes. La ESI se presenta como una oportunidad

para la construcción de ciudadanía plena, de igualdad real. Es decir, la ESI fortalece la democracia y las prácticas democráticas.

## Referencias bibliográficas

- Bareiro, L. & Molina, N. (1994). Igualdad, democracia y ciudadanía. En Isis Internacional, *De Nairobi a Beijing. Diagnósticos y propuestas*. Chile: Isis Internacional.
- Bareiro, L. (1997). Construcción femenina de ciudadanía. En L. Bareiro & C. Soto (eds.), *Ciudadanas. Una memoria inconstante*. Venezuela: Centro de Documentación y Estudios.
- Batthyány, K. & Cabrera, M. (coord.). (2011.). *Metodología de la investigación en ciencias sociales: apuntes para un curso inicial*. Udelar. CSE. [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/26551/1/Metodologia%20de%20la%20investigaci%3bn%20en%20CCSS\\_Batthyany\\_Cabrera.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/26551/1/Metodologia%20de%20la%20investigaci%3bn%20en%20CCSS_Batthyany_Cabrera.pdf)
- Biglia, B. & Vergés-Bosch (2016). Cuestionando la perspectiva de género en la investigación. *REIRE. Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 9(2), 12-29. doi: 10.1344/reire2016.9.2922
- Bloj, C. (2020). Taller metodológico y de preparación de tesis [Hipertexto]. Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Brown, J. (2014). *Mujeres y ciudadanía en Argentina: debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales*. Teseo.
- Di Pietro, P.J. (2020). Género, Transgénero y Postgénero en las políticas del Cuerpo y las Disidencias en las Américas Latinas. [Hipertexto]. Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Ley 26.150. Establécese que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. Creación y Objetivos de dicho Programa. Buenos Aires, 04 de octubre de 2006. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>

- Ley 8391. Ley Provincial de Educación. Tucumán, 16 de diciembre de 2010. [http://www.bnm.me.gov.ar/redes\\_federales/snie/pais/terra\\_del\\_fuego/producciones/docs/ley\\_8391.pdf](http://www.bnm.me.gov.ar/redes_federales/snie/pais/terra_del_fuego/producciones/docs/ley_8391.pdf)
- Ley 27.610. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Buenos Aires, 30 de diciembre de 2020. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/346231/norma.htm>
- Ley 9.605. Adhiere la Provincia de Tucumán a la Ley Nacional N° 26.150, 30 de agosto 2022. <https://www.legislaturadetucuman.gob.ar/leyesydecretos/LeyPDF/LY9605.pdf>
- Ministerio de Educación de la Nación. (2021b). *Género*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación. <https://www.educ.ar/recursos/fullscreen/show/48079>
- Moris, L. (2023). *El derecho al aborto como contenido de la Educación Sexual Integral: análisis de las condiciones de su implementación y el impacto de la misma en la ciudadanía de las adolescentes del Gran San Miguel de Tucumán (2018-2023)*. [tesis de maestría]. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales – FLACSO Argentina Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas -PRIGEPP. Buenos Aires. <http://hdl.handle.net/10469/20619>
- Organización Mundial de la Salud & UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/274656>.
- Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (2017-2019). Presentación. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/presentacion\\_plan\\_enia\\_-\\_impresa\\_1.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/presentacion_plan_enia_-_impresa_1.pdf)
- Programa Nacional de Educación Sexual Integral, Ministerio de Educación de la Nación y Plan ENIA (2017). *El embarazo no intencional en la adolescencia. Contenidos de Educación Sexual Integral. Propuestas para el aula. Nivel secundario*. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/embarazo\\_adolescente.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/embarazo_adolescente.pdf)
- Resolución CFE 45/08. Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral. Buenos Aires, 29 de mayo de 2008. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/lineamientos\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/lineamientos_0.pdf)
- Resolución CFE 340/18. Puerto Iguazú, 22 de mayo de 2018. <https://repositoriocurricular.educacion.gob.ar/>

[bitstream/handle/123456789/1570/RCFE\\_340-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://hdl.handle.net/123456789/1570/RCFE_340-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Resolución CFE 340/18. Anexo. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo\\_resolucion\\_cfe\\_340\\_18\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo_resolucion_cfe_340_18_0.pdf)

