

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RR. II  
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

**“El lugar del Trabajo Social en la atención de situaciones de  
Interrupción Legal Embarazo”.**

Lineamientos para pensar la intervención desde la experiencia del Equipo Interdisciplinario en Salud Sexual y Salud Reproductiva/No reproductiva del Hospital Provincial de Rosario.

AUTORA: LUCÍA LASAGNA

DIRECTORA: LIC. SILVINA BOSCHETTI

**MARZO 2019**

**ROSARIO**

## **AGRADECIMIENTOS**

*En primer lugar, a los pilares de mi vida, que con defectos y virtudes hicieron posible que llegue hasta acá ¡Gracias Mamá y Papá!*

*A Silvina Boschetti. Por la confianza, por la libertad para escribir y sobre todo por la paciencia a lo largo de todo el camino ¡Gracias!*

*A mis hermanxs, Mariano y Marianela, que sin duda fueron incondicionales en este camino. ¡Gracias hermana, por todo el aporte a este trabajo!*

*A Román, mi compañero, siempre paciente e incondicional escuchando y aprendiendo de cada parte de este trabajo.*

*A mis amigas de acá y de allá que siempre estuvieron dando aliento para que esto sea posible. ¡Gracias por el apoyo de siempre!*

*A Anto, con quien compartí muchos momentos de este largo camino. ¡Gracias por tu tiempo y tu paciencia!*

*A mis compañeras de trabajo que siempre estuvieron para facilitarme los tiempos y cooperar. ¡Gracias por el apoyo!*

*A todo el Equipo del Hospital Provincial de Rosario, por la predisposición para las entrevistas y para despejar todas mis dudas.*

*A todxs lxs que colaboraron de alguna forma para que este trabajo sea posible, compañerxs, docentes y familia, todxs lxs que creyeron que este trabajo podía significar un aporte en este camino de conquista de derechos para las mujeres.*

*¡A la Universidad Pública, siempre!*

*A vos tío, sé que estás orgulloso de mí.*

**GRACIAS!!!**

## INDICE

INTRODUCCION.....	3
CAPITULO I.....	8
• <b>Ámbito Internacional</b> .....	8
<b>Derecho al aborto en el ámbito internacional</b> .....	11
• <b>Ámbito Nacional</b> .....	14
<b>Derecho al aborto en Argentina</b> .....	21
• <b>Derecho al aborto en el ámbito provincial</b> .....	29
• <b>Derecho al aborto en el ámbito local. Ciudad de Rosario</b> .....	31
CAPITULO II.....	34
• <b>Organización del Sistema de Salud en Rosario</b> .....	34
• <b>¿Qué lugar ocupan las Consejerías?</b> .....	37
• <b>La experiencia del Hospital Provincial de Rosario</b> .....	40
<b>Identidad e historia del equipo</b> .....	41
<b>Posicionamiento del equipo</b> .....	45
<b>Funcionamiento del equipo</b> .....	48
<b>Proceso de atención.....</b>	50
CAPITULO III .....	54
• <b>Trabajo Social y salud pública</b> .....	54
• <b>Posición y aporte del Trabajo Social</b> .....	56
• <b>Por una clínica de la interrupción</b> .....	61
<b>El lugar del trabajo social en la clínica de la interrupción.....</b>	62
REFLEXIONES FINALES.....	65
BIBLIOGRAFIA .....	68

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo responde a la Tesina de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social, carrera dictada en la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario.

A lo largo del siguiente escrito, se intentará hacer un análisis de las posibles contribuciones desde lo específico de la profesión del Trabajo Social al abordaje de situaciones de interrupción legal del embarazo (ILE, de ahora en adelante) siempre pensando a la profesión inserta en equipos interdisciplinarios de salud, nunca en soledad.

Aprovechando el momento histórico de la temática de la legalización y despenalización del aborto se hace hincapié en el contexto de Argentina, discusión dada tanto en la opinión pública como en los medios masivos de comunicación, pero sobre todo teniendo en cuenta lo inédito en relación a la obtención de la media sanción de la ley de interrupción voluntaria del embarazo, en la Cámara de Diputados/as de la Nación.

Si bien, posteriormente, no se logró la media sanción que faltaba para que fuera ley, por la votación negativa obtenida en el Senado, el grado de organización y movilización popular generó un piso de discusión difícilmente revocable.

La inquietud por el tema de la interrupción legal del embarazo, aparece a raíz de haber realizado mis prácticas profesionales pertenecientes a los últimos años de la carrera de Licenciatura en Trabajo Social, en el Centro de Salud Municipal “EMAÚS” ubicado en la zona noroeste de la ciudad de Rosario. Como sabemos, hablar del aborto aún sigue teniendo algo de “censura”, y tal vez sea este el motivo por el cual desconocía que ya por el 2015, estas prácticas eran realizadas frecuentemente en efectores de salud pública de diferentes niveles de complejidad.

Durante el paso por esta institución, se dio un acercamiento a la realidad de muchas mujeres que se encontraban atravesando un embarazo no deseado. Es allí donde aparece, muchas veces de manera implícita y otras explícitas, la solicitud de interrumpir el embarazo.

Habiendo sido parte de estas entrevistas y observando la frecuencia con la que aparecían, comienzo a construir interrogantes en relación a esta problemática, que generaba enfrentamientos al interior del mismo equipo de trabajo.

Unos/as más a favor de que la práctica sea realizada en cualquier circunstancia, y que por lo tanto, ese derecho quede garantizado apelando sólo al consentimiento y deseo de esa mujer se puede inferir que, en esta postura se encuentran profesionales que tienen una interpretación amplia en relación a las causales que prevé el Código Penal, entendiendo a la salud desde una perspectiva integral. Otros/as con más “dudas” o miedos a la hora de hacer la interpretación de dichas causales y habilitar a esa mujer la posibilidad (el derecho) de que pueda libremente interrumpir su embarazo. Esta postura, se encuentra en las excepciones que prevé el código penal para que el aborto no sea punible y la preocupación en estos casos, está dirigida a “hacer encajar” a esa mujer en alguna de ellas.

Y por último, están quienes podrían encuadrarse en la figura de “objeto/a” de conciencia, que son aquellos/as que no realizan la práctica (por razones morales, personales), pero que tienen la obligación de brindar toda la información correspondiente al derecho de las mujeres de recurrir a una ILE, realizando una derivación inmediata a un/a profesional que pueda garantizar la práctica evitando demoras en la misma (así lo establece “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”).

La decisión de no realizar una sistematización de las prácticas realizadas en dicha institución tiene que ver con algunas dificultades con las que nos encontramos, como grupo practicante, a lo largo del camino. Fue una decisión difícil, ya que el conocimiento de la institución y su dinámica en dos años de formar parte de ella, no es el mismo que se puede lograr en un lugar donde no se estuvo ese tiempo y de esa forma.

Por tanto, conjuntamente con la directora de tesina tomamos la decisión de hacer foco en otra institución en donde actualmente se está trabajando fuertemente y de manera interdisciplinaria en la atención de situaciones ILE.

Este trabajo tomará como referente empírico al *Hospital Provincial de Rosario (HPR)*. El mismo, es un hospital general ubicado en la ciudad de Rosario, dependiente del Ministerio

de Salud de la Provincia de Santa Fe. Fue el primer hospital en Rosario y en el sur santafesino, inaugurado el 4 de octubre de 1855, con el nombre de “Hospital de Caridad” de la Sociedad de Beneficencia de la ciudad de Rosario.

Está ubicado en el centro de la ciudad, brindando atención a un área de población estimada de 386.000 habitantes y dependen de él, alrededor de 16 centros de atención primaria de la ciudad.

Es importante tener en cuenta que en el año 2015 año en el que inicio las prácticas, el debate sobre el aborto no tenía la intensidad ni el nivel de popularidad que tiene al día de hoy, encontrándose presente en los medios masivos de comunicación cotidianamente. La magnitud del cambio hace que estemos frente a un momento “histórico” desde la vuelta a la democracia.

Intentando hacer un ejercicio que pueda trascender lo vivido durante los años de práctica, y aún sabiendo que, hay cierto desconocimiento de esta nueva institución en la que se realizaran las entrevistas pertinentes a la elaboración del presente trabajo, la propuesta es hacer una breve investigación para indagar sobre la importancia de la presencia del Trabajo Social en equipos interdisciplinarios que abordan situaciones de ILE.

Teniendo en cuenta que como trabajadores/as sociales intervenimos en las manifestaciones de la cuestión social, y que estas se expresan en problemáticas sociales, el objetivo será dar cuenta de las posibles contribuciones de la profesión dentro del equipo interdisciplinario del dispositivo de ILE del Hospital Provincial de la ciudad de Rosario.

Habiendo dejado claro el objetivo de este escrito, y para poder acercarse a él, se realizará un análisis respecto de la atención de los derechos sexuales y reproductivos/no-reproductivos en dicho dispositivo. Se intentará dar cuenta de la posición y del aporte de la profesión allí, como así también visualizar las estrategias implementadas en la atención de estas situaciones.

En resumen, a lo largo de este trabajo se hará una reflexión acerca del derecho a la salud de las mujeres y se indagará sobre el espacio que tiene el Trabajo Social, como colectivo, (pero insertos en equipos interdisciplinarios) en este debate tan profundo como necesario.

La salud pública y en este caso, la salud de las mujeres y de personas con capacidad de gestar un embarazo, es un tema que resulta imperioso tener en cuenta para poder así re-pensar nuestras prácticas y discursos a fin de visibilizar las injusticias a las que son sometidas.

Surgen en esta tarea interrogantes como ¿Cuáles fueron los modos de tratamiento institucionales al mencionado derecho al aborto? ¿Cuál es la importancia de la problemática de la ILE para el trabajo social? ¿Cuáles son los abordajes pertinentes? ¿Qué aportes se pueden pensar en equipos interdisciplinarios donde el Trabajo Social es parte?

Para tal fin, este trabajo estará distribuido en tres capítulos donde se intentará dar cuenta de la temática planteada. En *el primero* se hará una descripción en relación a la importancia de garantizar los derechos sexuales y reproductivos/no-reproductivos de las mujeres, desde una óptica internacional, para luego pensar a nivel de país, de provincia y por último, en la ciudad de Rosario. También se reflexionará acerca de la puesta marcha de los derechos enunciados en los diferentes tratados internacionales a los que nuestro país ha adherido y visualizar las formas en que esto ha impactado en el tratamiento de la salud, entendida desde una perspectiva de integralidad.

Este primer capítulo tiene como finalidad conocer las normativas existentes en los diferentes niveles, desde lo universal a lo singular. La importancia que revisten es tal, ya que son las que en última instancia habilitan el tratamiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos en los distintos efectores de salud de nuestro país.

En *el segundo capítulo* tomando las voces de las y los entrevistados y entrevistadas la intención es mostrar la identidad del Equipo Interdisciplinario en Salud Sexual y Salud Reproductiva/no-reproductiva del Hospital Provincial de Rosario, realizando un recorrido histórico del espacio hasta llegar a nuestros días. Además, se hará un esfuerzo por descubrir el posicionamiento desde el que parten para intervenir y dilucidar algunas líneas de trabajo implementadas frente a la llegada de una mujer o persona gestante al espacio.

Por último, en *el tercer capítulo*, se hará referencia a la posición y al aporte que puede existir desde lo específico del Trabajo Social al tratamiento de estos Derechos Sexuales y Reproductivos/no reproductivos en equipos interdisciplinarios de salud. Analizando la

conformación de los mismos y el rol del Trabajo Social allí dentro. Tomando a la interdisciplina como una herramienta sumamente necesaria para poder intervenir en lo social hoy.

# CAPITULO I

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS/NO REPRODUCTIVOS. AMBITO INTERNACIONAL, NACIONAL Y PROVINCIAL.

*“el orden jurídico en tanto conjunto de reglas que regula y ordena la convivencia en sociedad, no adopta una posición neutral al cumplir esas funciones (...) en esa regulación se ponen de manifiesto posturas, valores, principios y creencias”.*

(Levín, 2003)

## 1.Ámbito Internacional

Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en 1948, donde los Derechos Sexuales y Reproductivos no fueron definidos de manera explícita, pero sí mencionados, han sido numerosos los avances realizados en cuanto a protocolos, declaraciones y convenciones que protegen los Derechos Sexuales y Reproductivos, tanto en el sistema universal bajo los auspicios de Naciones Unidas, como en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Decir esto, no implica desconocer que muchas veces la temática fue abordada desde la perspectiva del crecimiento demográfico, donde la preocupación estaba puesta en las altas tasas de fecundidad de los países pobres y no en la libertad de la mujer a la hora de decidir sobre su sexualidad y reproducción/no-reproducción.

Desde los inicios de los debates en relación a los Derechos Sexuales y Reproductivos, los mismos se han asociado al tema de la salud, la cual no fue concebida siempre de la misma manera. Por lo tanto, cabe mencionar como hito importante lo acontecido en el año 1978, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS), reunida en Alma Ata, reafirma la importancia de la salud como *“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedades”* (OMS, 1978). Si bien, esta definición puede ser muy cuestionada en nuestros días, significó un avance importante para el momento, porque lo que intenta es desprenderse de una concepción puramente biologicista de la salud.

Un año más tarde, la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y supone la igualdad entre los sexos proclamando vías de acción para que los estados parte garanticen estos derechos (ONU, 1979). Este tratado internacional conformado por diversos artículos apunta a la eliminación de cualquier tipo de discriminación sufrida por la mujer, por su sola condición biológica, establece entre otras cosas:

*“Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”* (ONU, 1979)

Esta convención, intenta poner en un plano de igualdad a las mujeres y los varones. Hace referencia a los diversos ámbitos en los que la mujer sufre estas desigualdades en su vida cotidiana, teniendo en cuenta que el ámbito privado es uno de esos lugares en los que se ven en condiciones desiguales respecto del varón. Explica que:

*“En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”* (ONU, 1979)

De aquí en adelante, la noción de salud sexual y reproductiva va a retomar el concepto de salud formulado por la OMS y en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en el Cairo en el año 1994 se expresa:

*“La salud sexual reproductiva es un estado general de completo bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”.* (ONU, 1994)

La Conferencia de El Cairo marca una cierta “ruptura” en términos de paradigma. Hay un radical cambio en torno a los objetivos que enmarcan las políticas de desarrollo y por primera vez se desplaza la idea del control demográfico y aparece la noción de los derechos (ONU, 1994), se empieza a hablar de la libre elección sexual, del empoderamiento de las mujeres y de la equidad entre los géneros, como problemáticas a ser abordadas.

Si bien los objetivos que se plantean en la Conferencia, son de avanzada y hablan de la libertad de la mujer frente a la sexualidad, aún en los años que corren, pese a algunos avances innegables en derechos para las mujeres, este texto ya ha cumplido más 20 años de incumplimientos, y aún sigue siendo una meta. Hoy en día se necesitan herramientas más efectivas para alcanzar una realidad que debiera estar ya superada: la igualdad plena entre un cincuenta por ciento de la población y el otro.

También es importante mencionar la IV Cumbre Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en el año 1995 (ONU, 1995) , donde se reconoce a los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos fundamentales. Esta Cumbre está orientada fundamentalmente a lograr la igualdad entre varones y mujeres. Además, el reconocimiento y ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva se vincula estrechamente con el goce y con el reconocimiento de otros derechos como el derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad, etc.

Esta hace fuertemente alusión a la importancia que tiene el empoderamiento de la mujer y la igualdad en los diversos aspectos de la vida cotidiana. Allí se reconoce que:

*“La buena salud es indispensable para vivir en forma productiva y satisfactoria. Y el derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud y en particular su propia fecundidad es fundamental para su emancipación” (ONU, 1995)*

En este sentido, la década del 90 fue caracterizada por la presencia de diversas legislaciones de rango internacional que apuntan a la conquista de Derechos Humanos en general, pero que hacen hincapié particularmente en los derechos de las Mujeres.

En consonancia con lo que plantea Levin (2010) se debe tener en cuenta que, si bien significa un avance, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en las mencionadas normativas internacionales, al ser reconocidos como parte de los derechos humanos en salud, hay una regulación jurídica de la sexualidad y la reproducción donde estas, aparecen, en definitiva, como “poderes” del Estado, siendo éste quien, en última instancia garantiza su ejercicio. Por lo tanto, si bien el discurso parece defender las libertades individuales de los sujetos y particularmente de las mujeres, en la realidad eso no se expresa así, apareciendo el Estado como “controlador”.

Por otro lado, las normativas mencionadas previamente, están dirigidas a la figura de la “mujer madre” ya que como plantea Garma (2003) históricamente la salud de la mujer se relacionó con la función reproductiva y como consecuencia de ello, la atención a su salud está centrada en brindar asistencia al periodo de gestación, parto y puerperio a través de programas materno-infantiles. De esta forma la identidad femenina, se reduce a la función biológica de concebir otra vida.

Es decir, la mujer aparece como un sujeto libre para planificar embarazos, intervalos entre ellos, etc. haciendo especial hincapié en la importancia de que pueda controlar su fecundidad, pero no se establecen más detalles en relación a ello. Por lo tanto, se puede inferir que no hay un mensaje directo a todas aquellas que no desean ser madres, y por tal motivo, muchas veces no pueden ejercer libremente sus derechos.

### **1. 1 Derecho al aborto en el ámbito internacional**

Actualmente, debido a la intensa lucha del movimiento de mujeres se ha instalado en la agenda de salud pública que la interrupción voluntaria del embarazo forma parte de la salud sexual como derechos fundamentales de las mujeres y personas con capacidad de gestar un embarazo. En el mundo, la situación de estas mujeres que desean interrumpir un embarazo, es tratada de maneras diferentes en los distintos países, incluso dentro de ellos.

En relación a ello, podemos ver que recién en el año 2003 la OMS crea la Guía “Abortos sin riesgos” destinadas a los sistemas de salud (OMS, 2003). Esta guía surge a raíz de que, en octubre del 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, todos los países acordaron sobre la urgencia global de reducir la pobreza y la desigualdad. En este sentido, aparece la necesidad de mejorar la salud materna, identificada como una de las metas claves del desarrollo del milenio, con el objetivo de reducir los niveles de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.

Siguiendo esta guía, en su parte introductoria, plantea que las causas de muertes maternas son múltiples y diversas, que las mujeres mueren como consecuencia de complicaciones del trabajo de parto y del parto que no son reconocidas o tratadas adecuadamente. También mueren por enfermedades que se agravan durante el embarazo, o por complicaciones que se desarrollan en etapas tempranas del mismo y algunas, porque buscan interrumpir embarazos

no deseados, pero carecen de acceso a los servicios apropiados (OMS, 2003). Esta guía deja claro que, a pesar del notable aumento de uso de anticoncepción en las últimas décadas, se estima que entre 40 y 50 millones de abortos ocurren anualmente, y que, de esa cifra, cerca de la mitad se dan en circunstancias inseguras.

Deja expresado claramente que

*“Alrededor del 13% de todas las muertes maternas se deben a complicaciones de abortos inseguros. Además de las 70.000 mujeres que mueren por año, decenas de miles sufren consecuencias a largo plazo, incluyendo infertilidad. Aún donde existe amplio acceso a la planificación familiar, los embarazos ocurren como consecuencia de fallas en la anticoncepción, dificultades con su uso, falta de uso o a causa de un incesto o violación. El embarazo puede representar una amenaza para la vida de la mujer o para su salud física y mental. Reconociendo estas circunstancias, casi todos los países del mundo han aprobado leyes que permiten interrumpir un embarazo bajo ciertas condiciones. En algunos lugares el aborto es legal sólo para salvar la vida de la mujer; en otros el aborto se permite a requerimiento de la mujer. Los sistemas de salud necesitan dar respuesta a las distintas circunstancias” (OMS, 2003)*

Lo planteado en la Guía y siguiendo el trabajo de Botta (2012) existe una especie de clasificación en relación a las formas generales de regular el aborto en el mundo:

- **Modelo de penalización absoluta/total:** es aquella regulación que prohíbe el aborto en todos los casos y no prevé expresamente ninguna excepción a esa regla.
- **Modelo de plazos:** refiere a aquella regulación que no considera delito a los abortos practicados hasta un determinado momento de gestación, usualmente el plazo ronda entre las 12 y las 14 semanas de embarazo.
- **Modelo de indicaciones/permisos:** refiere a aquella regulación que, por reglamentación general, prohíbe el aborto, pero lo permite en ciertas circunstancias excepcionales reconocidas como “causales” o “permisos” para poder interrumpir el embarazo. Típicamente estas excepciones abarcan los casos de “peligro para la salud

o la vida de la mujer, abuso sexual, malformaciones en el feto incompatibles con la vida extrauterina y con menor frecuencia apremio socioeconómico”. Todos estos casos, son considerados como abortos no punibles (Botta M, 2012).

El caso de Argentina es un modelo de indicaciones o permisos, el aborto no es punible si “encaja” en ciertas excepciones contempladas en el Código Penal, análisis que se detallará en el apartado siguiente. Es una legislación restrictiva y penalizadora con respecto al aborto a raíz de ser considerado ilegal y erigirse bajo ciertos mandatos que identifican a la mujer con la mujer-madre.

En el año 2012, la OMS publica una actualización de esta guía (OMS, 2012) donde reafirma su preocupación por la cantidad de abortos realizados de manera insegura:

*“(...) se estima que cada año se realizan 22 millones de abortos en forma insegura, lo que produce la muerte de alrededor de 47.000 mujeres y discapacidades en otros 5 millones de mujeres. Cada una de estas muertes y discapacidades podría haberse evitado a través de la educación sexual, la planificación familiar y el acceso al aborto inducido en forma legal y sin riesgos, y a la atención de las complicaciones del aborto. En prácticamente todos los países desarrollados, los abortos sin riesgos se ofrecen en forma legal a requerimiento o sobre una amplia base social y económica, y es posible disponer y acceder fácilmente a los servicios en general. En los países donde el aborto inducido legal está sumamente restringido o no está disponible, con frecuencia un aborto sin riesgos se ha vuelto en el privilegio de los ricos, mientras que las mujeres de escasos recursos no tienen otra opción que acudir a proveedores inseguros, que provocan la muerte y morbilidades que se convirtieron en la responsabilidad social y financiera del sistema de salud pública” (OMS, 2012)*

Esta nueva edición, viene a reforzar lo que se viene planteando desde el año 2003 y se actualizaron algunos capítulos de la 1ª edición reflejando estimaciones más recientes relacionadas con el aborto inseguro en todo el mundo.

Si bien mundialmente ya desde el año 2003 se habla de la necesidad de atender a estas situaciones, en Argentina, aún no se ha podido llegar a un acuerdo en torno a la existencia de

una normativa que le permita a la mujer interrumpir voluntariamente su embarazo, sólo con su consentimiento. Sin embargo, se puede identificar el grado de discusión y difusión alcanzado en los medios de comunicación y en las calles para una ley que tome en cuenta la voluntad de la mujer para decidir sobre su propio cuerpo.

En este breve recorrido realizado por el ámbito internacional, se puede visualizar que la problemática del aborto históricamente ha sido entendida desde un enfoque asociado con la necesidad de reducir los daños que ocasiona la práctica en sí misma. Solo se hace alusión a la importancia de disminuir la cantidad de muertes de mujeres y personas con capacidad de gestar un embarazo, sin hacer una problematización que trascienda lo numérico y tenga en cuenta las subjetividades de quienes llegan a solicitar una ILE.

A lo largo de este trabajo, se intentará abordar la problemática desde un *enfoque de derechos*, entendiendo que si bien, en la práctica, lo que se tiende a evitar es la muerte de las mujeres, la lucha por la legalización y despenalización del aborto necesita discusiones más profundas que lo pongan en el plano de los derechos, trascendiendo un enfoque que podría ser cercano a lo que se conoce como de *reducción de daños*.

Cuando se hace referencia al enfoque de derechos, nos remitimos a lo que menciona la autora Nuria Cunill Grau quien alude que es un enfoque que aparece en escena desde hace no más de quince años producto de diversos cambios surgidos a nivel social y político. En tanto, este enfoque implica un cambio de paradigma, porque al hablar de él entran en juego las dimensiones de garantía y desarrollo de los derechos humanos fundamentales de todas las personas que están amparadas por las constituciones, convenciones y pactos internacionales. (Defensoría del Pueblo. Provincia de Santa Fe- U.N.R, 2017)

Situarnos desde un enfoque de derechos no implica desconocer la brecha existente entre los derechos que tienen las personas y el ejercicio efectivo de ese derecho. Esta brecha está muy marcada en el caso del acceso a la Interrupción Legal del Embarazo.

## 2. **Ámbito Nacional**

A partir de las convenciones, conferencias y tratados de rango internacional enunciados en el apartado anterior, diferentes países del mundo fueron adhiriendo a ellos en disímiles momentos. Esto significó asumir un compromiso público en términos de responsabilidad frente a lo que se enuncia en las distintas normativas. A partir de esa adhesión los Estados se comprometen, pero, el alcance efectivo de esos derechos dependerá de las diferentes acciones de gobierno que se lleven adelante en cada país.

Haciendo un poco de historia, en 1974 el gobierno de Isabel Perón promulgó el decreto 659 que afirmaba que el control de la fecundidad respondía a intereses “no argentinos”, restringía la comercialización de anticonceptivos y cerraba los consultorios de planificación familiar en instituciones públicas. La dictadura de 1976 profundizó lo actuado en el gobierno anterior, estableciendo:

*“(...) controlar, mediante el expendio obligatorio de receta médica (por triplicado), la comercialización de anticonceptivos y prohibir el desarrollo de actividades relacionadas con el control de la natalidad. Además, se impidió la prestación de servicios de planificación familiar en los hospitales públicos, con la consecuencia de que sólo los sectores de la población con acceso a la medicina privada contaron con atención especializada en materia de anticoncepción, mientras las clases trabajadoras y los sectores populares quedaron prácticamente desprotegidos”* (D’Atri, 2011).

Recién con la restauración de la democracia y ante la presión internacional, empieza a debatirse la cuestión de los derechos sexuales y reproductivos. Tal es así que la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer fue ratificada por nuestro país, recién en el año 1985.

El gobierno de Alfonsín, da un paso significativo derogando los decretos restrictivos del gobierno de Isabel Perón y de la dictadura cívico-militar. En el año 1986, a través del Decreto N° 2274 se reconoce “el derecho de la pareja a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos” (Decreto 2274/1986, 1986). También en el Decreto mencionado

se establece la responsabilidad del Estado como informante y como aquel que debe brindar los servicios necesarios para que estos derechos sean garantizados.

En el año 1987 se creó la Subsecretaría de la Mujer dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, que fue el primer organismo de promoción de los derechos de las mujeres creado en el aparato del Estado en Argentina y que deja entrever la necesidad de dar un lugar a esta temática que aparece en la agenda pública.

En 1989, cuando asume la presidencia Carlos Menem, dicha institución, sufre algunas modificaciones. Primero es ascendida al rango de secretaría y luego es cerrada en el año 1990 con el argumento de la reestructuración. Esta reforma es propia de la política neoliberal implementada por el gobierno de turno. Posteriormente, se reabre en el año 1991 por presión de organismos internacionales, pero con el nombre de “Consejo Nacional de la Mujer” dependiente de la Secretaría de Función Pública y en sintonía con los organismos internacionales de financiamiento que, en realidad, apelaban a la organización social para encubrir la tendencia que intentaba cada vez más, trasladar las responsabilidades desde el Estado hacia la Sociedad Civil y desde la Nación hacia las provincias y municipios.

El cierre de la Subsecretaría fue símbolo de la clausura de una fase de optimismo para todos los movimientos de mujeres y comenzó una etapa que significó, un retroceso en lo conseguido. Las medidas tomadas, nos traen hasta nuestros días, donde el actual gobierno nacional, ha decidido cambiar el rango del Ministerio de Salud, a Secretaría, lo cual implica un retroceso en los derechos conquistados.

Por lo tanto, podemos decir que, en Argentina hasta mediados de la década del 80, no se hizo visible el debate sobre los derechos sexuales y reproductivos/no-reproductivos, y que, durante la década del 90, se muestra una clara postura en sintonía con la Iglesia Católica, atacando a la Subsecretaría de la Mujer y mostrando cierta reticencia a la incorporación de la temática de la sexualidad y la reproducción en la agenda pública. Además, promueve y crea el “Plan Nacional a favor de la Madre y el niño” (1991) dejando evidencia de una clara postura que ve a la mujer sólo en su función de madre y de cuidadora de otros/as. Además, se instituye el 25 de marzo como “Día Nacional del niño por nacer”, dejando evidencia acerca del rechazo a la interrupción voluntaria del embarazo.

En 1994, la reforma constitucional incorporó el Artículo 75 Inciso 22 a la norma suprema, reconociéndose constitucionalmente el derecho a la Salud Sexual y el derecho a la Salud Reproductiva, ambos, derechos humanos distintos entre sí, pero inescindiblemente unidos. Este fue el primer eslabón en el reconocimiento del derecho a gozar de una sexualidad libre, sin coacciones, discriminación ni violencia y a elegir tener o no hijos/as, cuándo y cómo hacerlo.

El año 2002, fue un año clave con la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que fue definitivamente reglamentado en el año 2003. El PNSSyPR tiene entre sus objetivos: promover y elevar el nivel de salud sexual y reproductiva, la prevención de embarazos no deseados, la detección temprana y prevención en enfermedades de transmisión sexual, la promoción de la salud sexual de los/ las adolescentes, y garantizar el acceso a la información y orientación respecto a la salud sexual y reproductiva. Para ello, propone la distribución gratuita de anticonceptivos en hospitales, obras sociales y prepagas y garantizar el acceso a la información a partir de la educación sexual y la capacitación de los docentes y educadores (Ley N° 25.673, 2002)

Como se puede ver, hay una intencionalidad de que aquellos derechos consagrados en los tratados internacionales y reconocidos por la reforma de la Carta Magna de 1994, sean definitivamente cumplidos. Estos años fueron de transición y de cambio, en medio de la crisis que atravesaba el país en un intento de recomposición y ordenamiento, se produjo un momento de idas y vueltas en torno a esta problemática.

En el año 2003, se encuentra un camino que, posterior a atravesar cinco presidencias en el lapso de diez días, no parecía posible. De esta manera, se inicia una etapa donde podemos ver que ciertas demandas históricamente relegadas comenzaron a encontrar su cauce. A partir de entonces se registra el inicio de políticas progresistas y de ampliación de derechos sociales. Fruto de esto, podemos mencionar la Ley de Protección Integral a las Mujeres (Ley N° 26.485, 2009), la Ley de Matrimonio Igualitario (Ley 26.618, 2010), la Ley de Identidad de Género (2012) (Ley 26.743, 2010).

Actualmente, a diferencia del período anterior (en el que se conquistaron derechos históricamente postergados) existe un modelo de ajuste y recorte de los mismos. En el

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable se llevó a cabo un recorte del personal y de fondos que el Estado garantizaba para tal fin. Esto es vital ya que, al ser debilitado el programa se ve afectada la posibilidad de alcanzar los diversos objetivos que éste plantea, entre ellos: alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de poder adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia, disminuir la morbi-mortalidad infantil, prevenir embarazos no deseados, promover la salud sexual de los adolescentes, contribuir a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre otros (Ley N° 25.673, 2002). Esto implica un retroceso ya que es un programa que pone énfasis en garantizar el derecho a la información, por medio de programas de capacitación provinciales y asistencia a los equipos de salud destinados para tal fin, estipulando la igualdad en el acceso a métodos anticonceptivos a partir de los 14 años, sin necesidad de ser acompañados/as por un adulto/a.

Continuando con las conquistas antes mencionadas en el año 2006, se aprueba la Ley N° 26.150 que establece el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (E.S.I) (Ley N° 21.650, 2006). Esta plantea que todos los/as educandos/as 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. Aclara, además, que se va a entender cómo E.S.I. aquella que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos (Ley N° 21.650, 2006)

La Provincia de Santa Fe adhiere a la Ley N° 26.150 y tal como lo expresa la normativa, cada comunidad educativa, adaptará la elaboración de su proyecto institucional a las posibilidades de su realidad sociocultural.

Si bien esta ley fue sancionada en el año 2006, aún no hay una implementación real de la misma en los diferentes territorios y niveles educativos de nuestro país. Las dificultades en este sentido, tienen que ver, por una parte, con las presiones ejercidas por los diferentes credos religiosos y por otra con el desfinanciamiento del Programa, que genera una escasa posibilidad de aplicación. Tal como lo plantea Dillon (2017):

*“(...) la E.S.I es mucho más que prevención, es brindar herramientas para vivir una sexualidad gozosa, libre y segura, es abrir la conciencia a todas las formas de ser y*

*de amar, al respeto por la diversidad corporal, sexual y familiar. Todo eso que habla del deseo, de la libertad, todo subsumido a prevenir un peligro sin retorno: el embarazo. Por no adentrarnos en las infecciones de transmisión sexual que a juzgar por el modo en que se está atendiendo la salud de quienes las padecen –como la hepatitis o el HIV-, con faltantes o retrasos en la entrega de medicamentos y reactivos para el tratamiento tampoco parecieran tener retorno” (Dillon, 2017).*

El recorte vivido en materia de Educación, como bien lo expresa la autora, afecta inevitablemente las posibilidades de que existan espacios dentro de las escuelas donde se habilite a la E.S.I. Esta situación la describe Portos (2018) en un artículo, expresando puntualmente la situación de Buenos Aires, pero dando cuenta que ésta se extiende a lo largo del país. La autora refiere que:

*“Desde el 2016, se reporta en la provincia una falta de anticonceptivos que fue reportada por la práctica territorial. A su vez, el programa de salud sexual y reproductiva de la provincia de Buenos Aires fue desarticulado y su presupuesto -a final del 2016- había sido sub-ejecutado en un 80%.”*

El hecho de recortar o asignar presupuesto es una decisión política que tiene que ver con los intereses de cada gobierno, y de éste en particular. Sin embargo, las consecuencias de estas decisiones, recaen sobre las mujeres ya que:

*“El vaciamiento del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, junto a la escasez de métodos anticonceptivos, plantea una bomba de tiempo para las mujeres en la Provincia de Buenos Aires. Esto, junto a la paupérrima aplicación de la ley de Educación Sexual Integral en la Provincia, la precarización de la situación de lxs docentes y la amenaza de cierre constante a profesorados que se encargan de formar a lxs educadores en los lineamientos de la ESI, propicia el vacío en educación sexual integral, que contribuye a la violación estatal que se está haciendo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y que vulnerabiliza aún más a las adolescentes y jóvenes de la Provincia” (Portos, 2018)*

También podemos mencionar que a nivel nacional, un avance en relación a los derechos de las mujeres, fue la sanción de la Ley de Protección Integral a las Mujeres (Ley N° 26.485, 2009) que tiene como objetivo prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. La misma dispone que las mujeres puedan vivir una vida sin violencia y sin discriminaciones, puedan acceder a la salud, la educación y la seguridad personal, velando por la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, lo cual también incluye decidir sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos. A su vez, da conformidad con la Ley N° 25.673 para la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Este programa surge como fruto de la lucha de distintos sectores de la sociedad, que a partir de diferentes acciones políticas, que partiendo de distintas acciones políticas pudieron establecer los marcos sociales para que hoy en día el Estado sea quien promueva programas y políticas publica en esta materia. Reconoce que el Derecho a la Salud, incluye la Salud Sexual y que ésta comprende la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no deseados (Defensoría del Pueblo. Provincia de Santa Fe-U.N.R, 2017). El programa también hace mención al derecho a la intimidad, la libertad de creencias y de pensamiento; entre otras. Es una ley que significa un importante avance porque reconoce la situación de desigualdad y de subordinación que padecen las mujeres en la sociedad, apelando a un cambio que les permita vivir en condiciones de igualdad.

Durante el año 2009, se sanciona la Ley Nacional N° 26.529 que prevé los Derechos del Paciente en su relación con los/as Profesionales e Instituciones de la Salud. Hace referencia a ciertos derechos que tienen los/as pacientes, tales como; la asistencia, sin distinción de religión, raza, etnia, sexo, etc., el trato digno y respetuoso, la confidencialidad, la intimidad y la autonomía para decidir aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos biológicos, entre otras (Ley N° 26.529, 2009).

La Ley 26.529 muestra un cambio en relación a la forma de entender el vínculo médico-paciente, dándole al/la paciente el lugar de un sujeto activo que puede decidir sobre su propio cuerpo y que también puede aceptar o rechazar ciertas prescripciones médicas. Por medio del consentimiento informado (también expresado en dicha ley) se plantea que el/la

profesional debe primero brindar toda la información pertinente para que, la persona pueda elegir libremente aceptar o no, determinados procedimientos.

A lo largo de todos estos años se han sancionado una serie de leyes que apuntan al fortalecimiento de ciertos derechos que hasta entonces no estaban reconocidos ni se encontraban formalmente reglamentados, generando una ampliación de derechos tanto para las mujeres como para toda la ciudadanía argentina.

## **2.1 Derecho al aborto en Argentina**

En relación a la situación jurídica y normativa con respecto al aborto en nuestro país, la legislación está fuertemente arraigada (aunque no de manera explícita) a la idea mujer-madre y en cierto modo prevé una condena para quienes se corran de lo estipulado. Esto lo expresa el Código Penal del año 1921, en el Art. 85, el cual establece diferentes penas para quien cause un aborto tanto con consentimiento de la mujer, como sin él, dentro de estos para aquellos/as médicos/as, cirujanos/as, parteras/os, que “abusen de su ciencia” para provocarlo. Este plantea, algunas excepciones dejando expresado que:

*“El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer, no es punible: 1) si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si ese peligro no puede ser evitado por otros medios y 2) si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto”*

Puede verse, en primera instancia, una reglamentación que prevé abortos sólo bajo determinadas circunstancias, siendo en Argentina el aborto legal por causales. Esto significa que si una mujer “encaja” en alguna de estas (sea salud o violación) puede libremente elegir interrumpir su embarazo, siempre y cuando así lo considere un médico diplomado.

Lo que está en discusión, generando posiciones encontradas, es el alcance de las mencionadas causales. Por un lado, la **causal violación** ha sufrido una modificación trascendental, luego del fallo conocido a nivel nacional, como Fallo FAL (F., A. L. s/ medida autosatisfactiva.,

2012) donde la Corte Suprema de Justicia resolvió por unanimidad que las mujeres violadas, sean idiotas, dementes o no, podrán practicarse un aborto sin necesidad de autorización judicial previa ni temor a sufrir una posterior sanción penal, también estará exento de castigo el médico que practique la intervención.

La sentencia, que sienta importante jurisprudencia en un tema que genera constantes debates, se dictó en el caso de una adolescente de 15 años, identificada como A.G. (para preservar su intimidad) que había sido abusada por su padrastro, un oficial mayor de la policía de la Provincia de Chubut. En 2010, la joven, que finalmente se sometió a la operación, fue eximida de pena por el Superior Tribunal de esa provincia.

Según el fallo de la Corte, para que la mujer pueda realizarse la práctica, deberá solamente completar una declaración jurada dejando constancia del delito del que fue víctima, para que los profesionales que la asistan puedan efectuar el aborto sin responsabilidad penal. Además, el máximo tribunal interpretó el Código Penal diciendo que "*no resulta punible la interrupción del embarazo proveniente de toda clase de violación y que cualquier caso de aborto no punible no está supeditado a un trámite judicial*", siendo suficiente la declaración jurada que debe ser simple, sin formalidades legales, que no debe exigir profundizar las circunstancias del hecho ni pedir ningún tipo de prueba, solo dejar constancia de que fue víctima de una violación.

Por otro lado, la **causal salud** también genera algunos dilemas. El inciso que prevé esta causal incluye dos tipos de peligros, por un lado, para la vida y por el otro para la salud de la mujer. Al diferenciar vida y salud se está contemplando dos situaciones que son diferentes en sí mismas. Lo importante será analizar, sobre todo, el “peligro para la salud” ya que suele ser el más discutido y “confuso”.

En este sentido, resulta interesante retomar el concepto salud, más precisamente qué entienden o qué establecen las normativas que rigen sobre dicho concepto. Todo parece indicar que, desde aquel momento, reunidos en Alma Ata en el año 1978, la salud empieza a ser considerada como un estado de completo bienestar físico, social y mental y no solo como la ausencia de enfermedades. Por tal motivo, y apelando a la Constitución Nacional que incorpora dichos tratados en el año 1994, la salud debe ser entendida en términos integrales

teniendo en cuenta los diversos aspectos que a ella la constituyen, trascendiendo lo meramente biológico.

Aquí juegan un papel importante las interpretaciones personales e individuales que se hagan de este concepto, pudiendo, en múltiples ocasiones encontrarse atravesadas por prejuicios éticos, morales o religiosos. Hay interpretaciones más amplias que consideran a la mujer como sujeto de derechos y que por lo tanto entienden a la salud desde este lugar, abriendo la posibilidad de que pueda realizarse una Interrupción Voluntaria del Embarazo en situaciones donde quizás no esté en peligro su salud en términos biológicos, pero sí en términos psico-sociales. También, hay otras más restrictivas que sólo habilitan la posibilidad de un aborto en casos donde lo que está en juego es la salud de la mujer, entendida exclusivamente desde el punto de vista biológico, sin contemplar otros factores que también pueden perjudicarla.

Como conclusión de los Artículos 85, 86, 87 y 88 que están expresados en el Código Penal, actualmente la temática del acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo queda supeditada a la interpretación de los/as profesionales con los cuales estas mujeres se cruzan, es decir, sin la ley, sigue siendo muy arbitraria la posibilidad de elegir libremente continuar o no un embarazo.

Esto visibiliza que, en nuestro país, a pesar de los incansables esfuerzos tanto de los movimientos de mujeres como de diversos sectores sociales, la temática del aborto sigue generando controversias. Esto no significa que las prácticas no se realicen, muy por el contrario, se dan cotidianamente, pero, muchas veces, de manera insegura, en condiciones de clandestinidad, poniendo en riesgo la vida de las mujeres. Las principales víctimas que se cobra esta práctica, son mujeres con escasos recursos, que no tienen acceso a las condiciones en las que abortan mujeres con mayores recursos económicos.

***¿Qué queremos decir con esto?*** Que la práctica del aborto lejos de dejar de existir por el hecho de estar penada en nuestro Código Penal, se practica y atraviesa a los diferentes sectores sociales. Con la diferencia que las mujeres que tienen la posibilidad de pagar por la práctica lo hacen en clínicas privadas, en condiciones seguras, y las pobres, por su condición de tal, utilizan métodos inseguros y muchas veces mueren en la clandestinidad o sufren consecuencias irreversibles.

En este sentido, el acceso al aborto, es una problemática de clase, de justicia social y de salud pública que pone de manifiesto las desigualdades a las que se ven sometidas las mujeres. Para poner la problemática en números, en Argentina, siguiendo el informe “Las cifras del aborto en Argentina” (CEDES, ELA y REDASS., 2018) plantea que en Argentina:

*“Se estiman entre 370.000 y 520.000 abortos por año”*

Esta es una cifra estimativa ya que, al ser una práctica que no se encuentra formalmente legislada, no se dispone de datos precisos ni oficiales. La información disponible se deduce del número de hospitalizaciones producidas en efectores públicos por complicaciones relacionadas con abortos. Esto da la pauta, de que el número que se estima es solo una parte de lo que ocurre anualmente.

Con respecto a las normativas vigentes en nuestro país, además de lo que establece nuestra Constitución, podemos ver que posterior al año 2003, momento en que la OMS publica la 1ª edición de la guía “Aborto sin riesgos”, comienzan a pensarse estrategias para nuestro país. Un ejemplo de esto es la “Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto” publicada por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2005 (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005). En este documento se plantea como objetivo:

*“acercar a los profesionales del Equipo de Salud algunos instrumentos que le permitan ofrecer a las mujeres una mejor calidad de atención desde una perspectiva integral, que va desde el episodio mismo hasta poner en práctica consejería y alternativas anticonceptivas, evitando el recurso a los abortos repetidos. Este abordaje de la atención de las complicaciones del aborto debe enmarcarse en el respeto de los derechos reproductivos, como parte fundamental de los derechos humanos de la mujer y como un deber de todo profesional de la salud”* (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005).

Esta guía pone de manifiesto la intencionalidad de hablar de la temática, ya que menciona en sus diferentes artículos la importancia de entender que el aborto significa un grave problema de salud pública, con clara evidencia de la gravedad de la situación, dejando planteado que

en Argentina el aborto es la primera causa de muerte de mujeres pobres que no acceden a prácticas seguras de atención en salud.

Por lo tanto, se infiere que en nuestro país, existe una fuerte asociación entre la legislación relativa al aborto y la necesidad de reducción de daños (en este caso, reducción de muertes de mujeres y personas con capacidad de gestar). No se vislumbra aún, una referencia al derecho que tienen las mujeres de interrumpir su embarazo.

En el año 2007, como parte del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el Ministerio de Salud, publica la “*Guía para la atención integral de abortos no punibles*” (Ministerio de Salud de la Nación, 2007). El documento deja expresado que la garantía del acceso oportuno y en condiciones de igualdad a servicios de calidad para el aborto en los casos permitidos por la ley es uno de los componentes básicos de las políticas integrales de atención a la salud sexual y reproductiva. Y plantea algunos objetivos, entre ellos:

- Favorecer las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva en todos los aspectos relacionados con el aborto en los casos permitidos por la ley.
- Definir medidas para reducir y eliminar las barreras para el acceso al aborto permitido por la ley en distintos niveles de atención.
- Minimizar los riesgos para la salud y favorecer un enfoque integral y con calidad en la atención del aborto en los casos permitidos por la ley (Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

Los párrafos anteriores hacen mención a los abortos permitidos por la ley, es decir aquellos que están establecidos en el Código Penal como “excepciones”. Si bien se plantea al aborto como un problema que afecta a miles de mujeres en nuestro país, no se considera todavía la voluntad y el deseo de la mujer de interrumpir un embarazo que no es deseado.

Se puede ver que todavía no aparece la noción del acceso al aborto como un tema de derechos, sino que sigue estando en el plano de la disminución y minimización de los riesgos para la salud de las mujeres.

En los últimos años, las diferentes provincias fueron adoptando esta “Guía para la atención de abortos no punibles” en distintos momentos e incorporándola a su legislación, por medio de la elaboración de estrategias que les permitan aplicarla, pero siempre teniendo en cuenta su realidad socio-cultural y también su postura frente a esta normativa.

Como un hito de avanzada de esta guía, en el año 2015 el Ministerio de Salud de la Nación, publica el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”, que es una versión revisada y actualizada de la “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles” elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2010, y que según se afirma en dicho documento, para la 2ª edición se actualizó la información médica, bioética y legal (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

El año 2015 da cuenta de una modificación fundamental en esta temática, reconociéndose desde el título, el aborto como un derecho para las mujeres (en el marco de determinadas causales) generando un cambio en la forma de entender la Interrupción Legal de Embarazo.

Es importante mencionar que la noción de integralidad también corre el eje de lo estrictamente médico. Desde el comienzo del documento se menciona que, el ejercicio de este derecho que tienen las mujeres como protagonistas, se encuentra enmarcado en el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos que forman parte de los derechos humanos.

Los objetivos que plantea el protocolo tienen que ver con la necesidad, por un lado de garantizar el cumplimiento del derecho a la ILE y por el otro, fortalecer el trabajo de los equipos de salud en todo el territorio argentino, pudiendo así brindar a la población un servicio que sea respetuoso de los derechos humanos (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Este incorpora distintas dimensiones para solicitar una ILE, teniendo en cuenta el Fallo F.A.L que establece:

*“quien se encuentre en las condiciones descritas en el Art. 86 inc. 2 del Código Penal no puede ni debe ser obligada a solicitar una autorización judicial para interrumpir*

*su embarazo como tampoco puede ser privada del derecho que le asiste a la ILE”*  
(Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Además, en Argentina toda mujer, niña, adolescente y toda persona con capacidad de gestar tiene derecho a solicitar una Interrupción Legal del Embarazo cuando:

- El embarazo representa un peligro para la vida de la mujer y este peligro no puede ser evitado por otros medios.
- El embarazo representa un peligro para la salud de la mujer y este peligro no puede ser evitado por otros medios
- El embarazo proviene de una violación
- El embarazo proviene de una violación sobre una mujer con discapacidad intelectual o moral (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Si bien, esto representa una nueva interpretación, de lo enunciado en los artículos del Código Penal, aunque no tiene la jerarquía de dichos artículos, igualmente marca un camino por el que se intenta comenzar a construir la problemática desde el lugar de los derechos. Lo cual no significa que esto se dé así en todo el territorio argentino, es decir, la existencia del Protocolo por sí solo, no garantiza el cumplimiento de lo que allí se establece.

También es importante mencionar que este Protocolo toca una arista importante, y es la de los equipos de salud, que son un actor clave para que se garanticen efectivamente los derechos de estas mujeres. El equipo se prevé que sea interdisciplinarios y que esté integrado por médicos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, enfermeros/as y demás personas que reciban o intervengan en situaciones de ILE, además menciona la importancia de que esté preparado todo el personal administrativo y de seguridad, para responder frente a estas situaciones. El protocolo establece que:

*“Ante la constatación de un peligro para la salud psicosocial de la mujer y si lo estima necesario el/la médico/a tratante podrá realizarse una interconsulta con un profesional del campo de la salud mental y/o del trabajo social, según el caso. En relación con los/as profesionales de la salud es importante tener en cuenta sus responsabilidades profesionales y las sanciones que les pueden corresponder en caso*

*de no cumplirlas, así como el derecho a presentar una objeción de conciencia”*  
(Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Aquí, se deja aclarado que es responsabilidad de los/as profesionales garantizar la ILE cuando se constate la causal correspondiente y que también, los/as profesionales tienen el derecho de presentar la objeción de conciencia. Al respecto el protocolo plantea

*“Todo/a profesional de la salud tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia con respecto a la práctica del aborto no punible, siempre y cuando no se traduzca en la dilación, retardo o impedimento para el acceso a esta práctica médica”* (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Además, se plantean dos cuestiones a tener en cuenta, por un lado, que la objeción es individual y no institucional, es decir, dentro de una institución siempre deben existir profesionales que garanticen la práctica, y por el otro, que los/as profesionales objetores/as están obligados/as a cumplir con el deber de informar a la mujer sobre su derecho a acceder a una ILE si constata alguna de las causales previstas, de ahí, ese/a profesional debe comunicarse con otro/a que no sea objetor y que realice la práctica; de no existir alguien encuadrado en esa categoría, debe igualmente realizar la ILE.

Como se puede ver, lo que se plantea en el protocolo es muy significativo en términos de garantía de derechos de las mujeres, pero en la cotidianeidad, no se da de esa forma en todas las provincias de nuestro país, ni en todos los sectores dentro de esas provincias. Por este motivo, todavía existen situaciones de muertes generadas a causa de abortos inseguros, como la que relatan (LAS 12, 2018) en referencia a la muerte de Liliana Herrero en Santiago de Estero;

*“A Liliana le retacearon la atención, porque estaba dedicada a un acto político y, cuando llegó al hospital, la dejaron toda una noche sin atender hasta que le practicaron la histerectomía”.*

La muerte de Liliana, sigue impune, e intentan desacreditar que haya sido una muerte por aborto inseguro pese a los esfuerzos del Movimiento de Mujeres de Santiago del Estero, la clandestinidad sigue estando presente.

A días de la muerte de Liliana Herrero, se conoce la muerte de una joven de 34 años, que vivía en José León Suarez; así lo relata (Hayon, 2018) en el sitio Web de Pagina 12:

*“Elizabeth vivía en un barrio humilde de José León Suarez y el domingo ingresó a la guardia con un shock séptico, una infección generalizada, por intentar interrumpirse el embarazo con un tallo de perejil”.*

Los mencionados casos, se dieron con pocos días de diferencia en el año 2018. Los mismos nos sirven para dimensionar la cantidad de abortos clandestinos provocados en nuestro país cada día.

Al ser una práctica clandestina muchas instituciones o sectores de instituciones de salud pública han intentado imponerse como objetores de conciencia, así lo pedían en una manifestación previa al tratado de la ley de IVE en el Senado de la Nación:

*“Abogamos por una legislación que respete la objeción de conciencia individual e institucional, que respete la libertad de pensar y de creer, de asociarse y de trabajar, de cuidar y de curar, de salvar y de sanar, sin que se corra el riesgo de prisión, de inhabilitación o de clausura por actuar de acuerdo a su propia conciencia e ideario”*  
(Hagelstrom, 2018)

Por su parte, quienes exigen la aprobación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) mencionan como importante impedir que la objeción de conciencia sea institucional porque contraría lo que se plantea en el Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo:

*“La objeción de conciencia es siempre individual y no institucional. De acuerdo a esto, todos los efectores de salud en los que se practiquen ILEs deberán garantizar su realización en los casos con derecho a acceder a ella”* (Ministerio de Salud de la Nación, 2015)

Por lo tanto, podemos decir que:

*“La prohibición de la objeción de conciencia institucional (...) es constitucional, y (...) es consistente con los estándares internacionales y es indispensable para la protección y garantía de los derechos de las mujeres de la Argentina” (CELS, 2018)*

La objeción de conciencia como tal, va en contra de los derechos de las mujeres, sobre todo si hablamos de una objeción de conciencia institucional, dejando inhabilitada la posibilidad de acceder a sus derechos.

### **3. Derecho al Aborto en el ámbito provincial**

La Provincia de Santa Fe no queda exenta de todos los avances que se vienen mencionando a nivel nacional y se puede visualizar que siempre fue pionera en la implementación de políticas que han favorecido el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo.

Se puede citar la Ley N° 11888 sancionada en el año 2001 que crea el Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Es importante decir que se reglamenta recién en octubre del año 2002, por las fuertes controversias que genera entre el gobierno de turno y los grupos católicos más conservadores. El gobernador de ese momento, Carlos Reuteman, tuvo grandes enfrentamientos con estos grupos hasta finalmente lograr el consenso para reglamentar la ley. Como consecuencia de estas disputas en el Art. 10 de la Ley se crea el Consejo Asesor en Salud Reproductiva y Procreación Responsable formado por diferentes organizaciones no gubernamentales y colegios profesionales.

El programa garantiza el acceso gratuito a diversos métodos anticonceptivos de comprobada eficacia y seguridad dando a cada persona la posibilidad de asesorarse con un profesional de la salud. De esta manera puede elegir el método que más se adecúe a las necesidades y posibilidades de cada uno/a, ya sea de acción reversible o irreversible. En el programa se abordan diferentes problemáticas, entre ellas, aborto no punible, salud sexual y reproductiva, anticoncepción, diversidad, objetores de conciencia, educación sexual. Conforme a este programa, se crea un Consejo Asesor también en el año 2001 que participa activamente en la diagramación y puesta en marcha de programas relacionados, monitoreando sus resultados y aconsejando al Ministerio de Salud en relación a las políticas sobre salud sexual y reproductiva (Defensoría del Pueblo. Provincia de Santa Fe- U.N.R, 2017).

También se entiende que es importante para la Provincia de Santa Fe, la sanción de la Ley N° 12323 (2004) que establece que el Ministerio de Salud, por intermedio de los efectores públicos de salud posibilitará el acceso a métodos de anticoncepción quirúrgicos denominados Ligadura de Trompas de Falopio para las mujeres y Vasectomía para los hombres. Esto también significa un avance en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población.

Por otro lado, siguiendo los lineamientos planteados por la Nación con la “Guía para la atención de abortos no punible” (2005) Santa Fe fue la primera provincia de nuestro país que adopta esta guía, mediante la resolución N° 887 del año 2009 y establece en su artículo primero que adhiere a:

*“las disposiciones contenidas en la GUIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCION POST ABORTO aprobada por Resolución N° 989/05 del Ministerio de Salud de la Nación, como así también en la GUIA TECNICA PARA LA ATENCION INTEGRAL DE LOS ABORTOS NO PUNIBLES elaborada por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, las que se agregan e integran la presente resolución.” (Resolución N° 887, 2009)*

Además de adherir a estos protocolos, la Provincia de Santa Fe avala el uso de misoprostol en efectores públicos de salud tanto provinciales como municipales para poder garantizar una práctica segura.

Otra medida importante para mencionar es la Resolución Ministerial 0321/07, normativa que sustenta la acción de los/as profesionales para poder intervenir. Al respecto, en una entrevista con la Trabajadora Social del equipo interdisciplinario en Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Provincial, nos refería que:

*“...la resolución 0321/07 decreta la constitución de un equipo para lo que es atención y garantía de ILE en todo el territorio de la Provincia de Santa Fe. Entonces, Villa Ocampo, no hay nadie que pueda garantizar una ILE y hay una situación, entonces este equipo viaja hasta Villa Ocampo a garantizar la ILE”. (Trabajadora Social)*

Cabe decir que la Provincia de Santa Fe adhiere al “Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales” presentado en el año 2011 y que también ha sido pionera en la garantía y respeto por la libertad de elección en torno a la orientación sexual e identidad de género adoptada o auto-percibida.

#### **4. Derecho al Aborto en el ámbito local. Ciudad de Rosario.**

La gestión de la Municipalidad de Rosario es llevada adelante desde el año 1989 por gobiernos de orientación socialista que continúan aún en la actualidad.

Puede identificarse que desde aquellos primeros años, la gestión municipal priorizó la salud pública, siendo un reflejo de esto la decisión que se toma en el año 1995 como política de descentralización que apunta a la jerarquización de la atención primaria y la articulación en red de los diferentes niveles de atención e impulso de la participación social en lo que refiere a salud pública.

Relativo a los derechos sexuales y reproductivos/No-reproductivos, en el año 1996 con la sanción de la Ordenanza N° 6244 se crea el primer Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en el ámbito de la Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Esto significó un gran avance, ya que puso a disposición de la comunidad todo tipo de información, orientación, métodos y prestaciones de servicios pertinentes que garanticen el derecho humano de decidir libre y responsablemente sobre su reproducción, tomando decisiones sin coerción ni discriminación. Desde este momento, se entiende a la sexualidad como un derecho humano básico haciendo hincapié en la importancia de la información, y la orientación para la toma de decisiones que sean realmente libres.

En el año 2006, la Ordenanza Municipal N° 6244/1996 es modificada y reemplazada por la ordenanza N° 8027/2006, y en ésta última se deja establecido que los prestadores serán los servicios de Ginecología y Obstetricia de los efectores municipales y que el programa garantizará a todas las demandas, la información, estudios y controles para la prescripción de los métodos anticonceptivos elegidos (Defensoría del Pueblo. Provincia de Santa Fe- U.N.R, 2017).

Para finales del 90, el Programa se incorpora al Programa de Salud Integral de la Mujer que dependía de la Secretaría de Salud Pública y con la Ordenanza N° 8027/2006 que crea en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Esta es, a su vez, una actualización de la Ordenanza N° 6244 del año 1997, con objetivos que van en la misma sintonía.

Otra acción importante impulsada por un movimiento de mujeres fuertemente posicionado tiene que ver con el Decreto N° 26865 sancionado a finales del año 2005 incorporando mediante la Secretaría de Salud Pública, la “Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto” aprobada por la Resolución 989/05 del Ministerio de Salud de la Nación. La ciudad de Rosario fue la primera jurisdicción en utilizarla como herramienta de atención frente a situaciones abortos no punibles. Es importante decir que la ciudad es pionera en la búsqueda de estrategias para garantizar la atención de abortos.

En consonancia con lo dicho, en el año 2007, se presenta un Protocolo de Atención Integral para la Mujer en casos de Aborto no punible, mediante la Ordenanza N° 8186 que se encuentra en sintonía con lo planteado en el Código Penal y que intenta una atención médica y psicológica humanizada e integral para realizar una ILE. Hay que tener en cuenta que en este protocolo, ya se enuncia la negativa a solicitar la intervención o autorización de autoridad judicial o administrativa alguna para resolver sobre la conveniencia u oportunidad sobre los métodos a emplear. Se deja claro que cualquier decisión que adopte el/la profesional de la salud deberá basarse exclusivamente en consideraciones fundadas en la situación de salud integral de la persona gestante.

En la ciudad de Rosario existieron experiencias previas a la sanción de la legislación Municipal de Consejerías y Equipos en diversos efectores públicos de salud como por ejemplo, el Hospital Roque Sáenz Peña, el Hospital Alberdi, y en efectores de Granadero Baigorria y San Lorenzo. Sin embargo, recién en Noviembre de 2014 se aprueba en la ciudad la creación de Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva pensadas como organismos encargados de promover la salud sexual y reproductiva con perspectiva de derechos y de género. Esto se crea mediante la Ordenanza N° 9310 que deja expresado que:

*“el Instituto Municipal de la Mujer (IMM) es la Autoridad de Aplicación, en articulación con la Secretaría General que tiene a su cargo el Programa de descentralización y las Secretarías de Promoción Social y de Salud”*

Tal como se ha descrito a lo largo de este capítulo podemos ver que en la Municipalidad, la Provincia y la Nación los cambios, avances y retrocesos que se fueron dando, no siguieron un lineamiento determinado, sino que se han ido desarrollando y creando de manera muy heterogénea en los diferentes ámbitos. A nivel local, la ciudad de Rosario fue pionera en el armado y en la apuesta a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos precediendo en algunos casos a las legislaciones que se han elaborado a nivel nacional.

El marco normativo enunciado es sumamente necesario para entender desde dónde partir para poder trabajar situaciones de ILE y en base a qué poder elaborar las estrategias de intervención. Sin ese marco normativo las intervenciones serían aún más deliberadas y quedarían aún más a criterio de cada profesional.

Por lo expuesto oportunamente, resulta necesaria la existencia de una ley de interrupción voluntaria para que cada mujer en todo el país cuente con los mismos derechos.

## **CAPITULO II**

### **SALUD PÚBLICA Y ESPACIOS DE CONSEJERÍAS EN ROSARIO.**

***Se viola el derecho a la salud cuando las personas gestantes deben realizar abortos en forma insegura exponiéndose a complicaciones físicas, psíquicas y emocionales.***

(Estefanía Cioffi y Gisela Stablum y otros, 2018)

Pensar en el sistema de Salud de la ciudad de Rosario invita a dejar previamente expresado qué entendemos por “Sistema de Salud” y para ello remitirse a lo que plantea el sociólogo de la UBA, Tobar, argumentando que la noción de “Sistema de Salud” constituye uno de los tres pilares conceptuales de la Teoría Sanitaria (los otros son “estado o situación de salud de la población” y “políticas de salud”) y presenta especificidades que lo diferencian de cualquier otro sistema. Refiere, que *“muchas veces se lo define como un conjunto de recursos*

*y organizaciones de todo tipo que la sociedad destina a la producción de prestaciones para atender la salud de la población” (Tobar, 2017) . El autor cuestiona esta definición por ser poco operativa y no arrojar pistas en relación a la función que debería cumplir un Sistema de Salud y propone hacer énfasis en una definición que se centre en la contribución que ese sistema debe brindar a la sociedad.*

Desde esta perspectiva que se plantea, el autor va a definir al Sistema de Salud como:

*“como una respuesta social organizada para los problemas de salud de una determinada población (...) engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud” (Tobar, 2017).*

## **1. Organización del sistema de Salud en la Ciudad de Rosario**

En este apartado se intenta focalizar en la actual organización del sistema de salud en la ciudad de Rosario. Para ello se recorre necesariamente la década de los años 90, momento de quiebre, en el cual las políticas de ajuste que se llevaron adelante, dejaron fuertes huellas en los/as rosarinos y rosarinas.

Éstas políticas, caracterizadas por una marcada apertura de la economía y privatización, de claro corte neoliberal, llevaron a grandes porciones de población a situaciones de empobrecimiento en el marco una “reforma” del Estado. Período caracterizado por incremento de la desigualdad social y reformas en el sistema de salud que han impactado fuerte en la población.

Las políticas de desestatización han generado la transferencia de servicios desde el nivel nacional al provincial y municipal, generando graves consecuencias sobre los/as ciudadanos y ciudadanas. En el ámbito de la salud, una gran cantidad de personas perdieron su cobertura médica mediante el sistema de obras sociales o medicina prepaga, como consecuencia del alto nivel de desempleo, generando un aumento en la demanda de los servicios públicos de salud incrementado la presión y sobrecargando a un subsector fuertemente golpeado por el achicamiento del estado.

Así lo plantea (Jimenez, 2009) :

*“Una de las consecuencias más importante de las transformaciones de los '90, fue el aumento de la población que perdió su cobertura médica mediante el sistema de obras sociales y medicina privada, incrementando también los niveles de vulnerabilidad socio-sanitaria de la población y la presión de la demanda sobre el sector público de salud” (Jimenez, 2009).*

El autor también plantea que, a partir de este contexto regresivo en términos socioeconómicos, los sectores más vulnerables se vieron obligados a buscar nuevas estrategias de supervivencia que han generado necesariamente un menor control sobre los determinantes de la salud y mayor afección de sus condiciones de vida.

Como respuesta a esta situación de crisis que se vivió a nivel nacional, en la ciudad de Rosario, y, desde el año 1989 hay una decisión política, con la llegada de gobiernos socialistas, de iniciar un proceso que priorice la salud pública en la ciudad. En consonancia con lo que plantea (Tobar, 2017) podemos decir que es el Estado quién aparece como actor fundamental para llevar adelante esta respuesta frente a los problemas de salud de la población.

En la gestión de la intendencia de Hermes Binner, la Secretaría de Salud cobra relevancia tanto en términos políticos como financieros, con un crecimiento considerable del presupuesto destinado a la salud aún en el contexto de crisis económica antes mencionado.

Siguiendo a Jiménez desde el año 1995, se da una etapa de institucionalización y de cambios en dicho sector y se define la reestructuración del sistema de salud bajo ciertos ejes estratégicos:

- Descentralizar los servicios hospitalarios
- Jerarquizar la atención primaria
- Capacitar al personal
- Desarrollar investigación
- Articular en red los diferentes niveles
- Impulsar la participación social

Todo este marco regulatorio y decisiones en favor de la salud pública muestran un claro avance en términos de derecho de los/as ciudadanos/as rosarinas.

Luego de estas medidas, comienza un nuevo proceso y podemos decir que a nivel municipal, el sistema de salud en Rosario funciona con la misma división que a nivel nacional; es decir, el *sector público*, conformado por las estructuras administrativas municipales, provinciales y nacionales; el *sector de la seguridad social*: cubre a aquellos/as trabajadores/as asalariados/as y sus familias, organizada de acuerdo a ramas de actividad; y el *sector privado*: incluye a las empresas de medicina prepaga (EMP), a aquellos/as profesionales independientes que atienden a pacientes particulares y las entidades no lucrativas que prestan servicios pero no actúan como obra social ni como medicina prepaga, dándose la coexistencia de los tres sectores.

En cuanto al sector público, el gobierno municipal organiza sus acciones a través de la Secretaría de Salud Pública. La Secretaría de Salud Pública, organiza su estrategia de acción en tres niveles:

- El *primer nivel*, constituye un espacio de mayor cercanía para la población y se conforma de los centros de salud (municipal y provincial), CCBs (Centros de convivencia barrial), y algunas vecinales distribuidas en relación a los seis distritos existentes. Estos espacios intentan poner la asistencia sanitaria al alcance de toda la comunidad, mediante su plena participación. Es un primer nivel de contacto y acercamiento con la población que intenta acercar la atención de la salud al lugar de residencia. (OMS, 1978)
- El *segundo nivel* está constituido por hospitales de mediana complejidad, el Roque Sáenz Peña, el Carrasco y el Alberdi, un Servicio de Internación Domiciliaria pediátrica y de adultos, dos maternidades, un Instituto de Rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR). Este nivel está dedicado a la atención de consultas especializadas.
- Por último, el *tercer nivel* está compuesto por áreas de mayor tecnología y que intentan dar respuesta a demandas de alta complejidad, aquí encontramos al Hospital Villela, el HECA, el Hospital Provincial del Centenario y el Hospital Provincial.

## **2. ¿Qué lugar ocupan las Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva dentro del Sistema de Salud?**

El Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (Decreto N° 1282, 2003) está integrado al Programa de Salud Integral de la Mujer<sup>1</sup> de la ciudad de Rosario. Éste se basa en un enfoque prioritario en las políticas de promoción de la salud desde una perspectiva de género que trasciende la mirada del cuerpo como mero reproductor biológico.

La salud integral de la mujer se fundamenta en la potenciación de la salud sexual hacia el desarrollo de la vida, de las relaciones personales y del reconocimiento de los derechos reproductivos.

El Programa de Salud Integral de la Mujer posee objetivos, tales como; garantizar información, educación y acceso a los métodos anticonceptivos, educar a la comunidad para evitar embarazos no deseados, disminuir abortos provocados, disminuir la morbi-mortalidad de mujeres gestantes, contribuir a la difusión de la información relacionada con la prevención del VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

Uno de sus ejes principales aborda la salud sexual y reproductiva, y para tal fin, se prevé el funcionamiento de “Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva” en efectores públicos como la Maternidad Martín, Hospital "Juan Bautista Alberdi", Hospital "Intendente Carrasco", Hospital de Niños "Víctor J. Vilella", Hospital Provincial del Centenario, Hospital Escuela Eva Perón, Hospital Provincial de Rosario y Hospital "Roque Sáenz Peña".

Los espacios de Consejería, vienen existiendo desde hace algunos años, tanto en la ciudad de Rosario como en la Provincia de Santa Fe y también a nivel nacional, una muestra de ello, es el Decreto Reglamentario N° 1282, que se desprende del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, y que establece la necesidad de:

---

<sup>1</sup> Página oficial de la Municipalidad de Rosario. Recuperado de:  
<https://www.rosario.gov.ar/web/servicios/salud/prevencion-y-promocion/salud-integral-de-la-mujer>

*“ofrecer a toda la población el acceso a: la información y consejería en materia de sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el HIV/SIDA y patología genital y mamaria; así como también la prevención del aborto” (Decreto N° 1282, 2003)*

Si bien la existencia de estas consejerías, se prevé en aquel decreto del año 2003, fue años más tarde que se reglamenta la propuesta de diseño, organización e implementación de las consejerías bajo el gobierno de Cristina Fernández de Kirchner. En el documento que se elabora para tal fin, son definidas por el Ministerio de Salud de la Nación como:

*“espacios que promueven la autonomía, la confidencialidad y el pensamiento crítico, donde se deben incorporar estrategias de capacitación, sensibilización y fortalecimiento para mejorar el acceso al sistema de salud y la calidad de la atención en los efectores de salud”<sup>2</sup>*

Además, en ese documento del año 2010 se resalta que son espacios de encuentro entre profesionales del equipo de salud y personas usuarias del sistema de salud. Tienen como objetivo principal fortalecer la autonomía de las personas para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva de manera lo más consciente e informada posible. La tarea del profesional de la salud tiene varias dimensiones; como: brindar información adecuada y oportuna, alojar, en el sentido de construir un espacio donde se habiliten expresiones de la subjetividad, incluyendo las inquietudes, dudas, deseos y temores, para resignificarlos y apuntalar a las personas en su propio cuidado; orientar y facilitar el acceso a determinadas prácticas y cuidados dentro del sistema de salud; acompañar, con estrategias de educación para la salud, en la construcción de autonomía y en la concientización sobre el ejercicio de los propios derechos sexuales y reproductivos<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Argentina. Ministerio de Salud de la Nación (2010). Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo. Buenos Aires. Recuperado de [https://campus.unc.edu.ar/sites/default/files/04Consejerias%20propuesta\\_3.pdf](https://campus.unc.edu.ar/sites/default/files/04Consejerias%20propuesta_3.pdf)

<sup>3</sup> Argentina. Ministerio de Salud de la Nación (2010). Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo. Buenos Aires. Recuperado de [https://campus.unc.edu.ar/sites/default/files/04Consejerias%20propuesta\\_3.pdf](https://campus.unc.edu.ar/sites/default/files/04Consejerias%20propuesta_3.pdf)

Es importante también, mencionar que en el documento de trabajo se entiende a la consejería como un espacio de asesoramiento personalizado que debe estar orientado por la singularidad de la situación de la /el consultante. Haciendo hincapié en la importancia de entender que cada situación es única y como tal, necesita de intervenciones también singulares, adecuadas siempre al contexto<sup>4</sup>.

A su vez, esta herramienta, implica un cambio a nivel cultural, ya que como en muchos espacios de la vida cotidiana, en el ámbito de la salud, también se asocia el rol de la mujer con el mandato de la maternidad. Las consejerías son una muestra de que hay una intención de romper con ese enfoque más tradicional, para centrarse en la autonomía de la mujer, reconociéndola como sujeto de derechos.

En relación a ello (Garma, 1998), plantea que la mujer históricamente ha sido asociada a la función reproductiva y hace referencia a la influencia de esta asociación en la subjetividad de las mujeres, aportando al respecto:

*“entendemos que la subjetividad es constitutiva de los procesos sociales, productora y producto de los contextos socio-históricos, de la realidad social y de los individuos. En este sentido, es necesario resaltar la eficacia simbólica en nuestras sociedades de la ecuación mujer-madre, de cómo se asocia el universo femenino a la maternidad y de cómo la constitución de la identidad femenina es el resultado histórico de discursos y prácticas que contienen esas imágenes”* (Garma, 1998)

Esta normativa en relación a las Consejerías intenta romper con esa visión y si bien una normativa no garantiza que la situación de la salud de las mujeres se revierta, es un paso necesario, aunque no suficiente. Estas legislaciones servirán como marco desde el cual trabajar y ampararse, pero para revertir esta situación se requiere además, tener en cuenta que todos/as los/as que intervienen en la atención de la salud de las mujeres, también

---

<sup>4</sup> Argentina. Ministerio de Salud de la Nación (2010). Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo. Buenos Aires. Recuperado de [https://campus.unc.edu.ar/sites/default/files/04Consejerias%20propuesta\\_3.pdf](https://campus.unc.edu.ar/sites/default/files/04Consejerias%20propuesta_3.pdf)

estructurados/as y atravesados/as por relaciones de género y que es a través de estas relaciones que nos transformamos en hombres y mujeres.

Estos espacios son pensados desde el trabajo de un equipo interdisciplinario y en este punto es fundamental entender que la interdisciplina brinda la posibilidad de abordar las situaciones desde diferentes puntos de vista.

Algunos autores definen a la interdisciplina como una axiomática común a un grupo de disciplinas conexas, y explica que en general cuando existe la interdisciplina se tiende (aunque no necesariamente) a la creación de un campo de saber autónomo. Pensar en estos términos, exige identificar una problemática en común y aceptar ciertos conceptos y teorías comunes también (Vasconcellos, 2006). Es decir, si hay interdisciplina, hay conceptos fundamentales compartidos. Al respecto y en relación a ello, la trabajadora social del equipo al referirse a los acuerdos internos decía que:

*“(...) en el lugar más teórico del posicionamiento hay como un acuerdo importante. Que creo que es lo que hace fuerte al equipo (...) Lo que no quiere decir que vamos todo el tiempo todas de acuerdo, también implica un montón de discusiones internas, desacuerdos, miradas distintas de una situación, pero sí hay un acuerdo desde el posicionamiento más teórico establecido entre nosotras”. (Trabajadora Social)*

Entonces, se puede inferir que el Equipo Interdisciplinario en Salud Sexual y Salud Reproductiva se enmarca dentro de una política a nivel provincial y municipal que las concibe como espacios necesarios para que se dé este encuentro entre profesionales y usuarios/as y que en sus bases el objetivo está puesto en garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva, pero fundamentalmente no reproductiva de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

### **3. La experiencia de la Consejería del Hospital Provincial de Rosario**

Como parte de las experiencias de Consejerías en la ciudad de Rosario, haremos referencia particularmente a la Consejería del Hospital Provincial de Rosario intentando reconstruir su historia hasta la actualidad y su funcionamiento como espacio que recepciona solicitudes de interrupción de embarazo.

### 3.1 Identidad e historia del equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva del HPR

Desde el punto de vista formal y legislativo los equipos como el del Hospital Provincial de Rosario se encuadran dentro de lo que aparece en las normativas como “Consejerías” pero el espacio que funciona en dicho Hospital se enfoca puntualmente en la atención de situaciones de Interrupción Legal del Embarazo, lo cual no es un dato menor, ya que es uno de los derechos de las mujeres que más se pone en discusión a la hora de ser garantizado.

El equipo interdisciplinario se encuentra en un hospital de tercer nivel de complejidad y como tal, responden a situaciones complejas que forman parte de ese nivel de atención. La Trabajadora Social del equipo nos decía al respecto que:

*(...) abordamos ILE nada más. Nosotros nos constituimos como equipo, teniendo en cuenta la coyuntura en la que estamos, que es un Hospital de tercer nivel de complejidad y como tal tiene que poder dar respuesta a ese nivel de complejidad, es decir, a las situaciones más complejas, las de segundo trimestre”. (Trabajadora Social)*

Además, forma parte de la identidad del equipo, el hecho de que intentan correrse de la forma más popular de ser nombradas “Consejerías” y prefieren ser conocidas como **“Equipo interdisciplinario en Salud Sexual y Salud Reproductiva y No- reproductiva”** según lo que pudo contar la Trabajadora Social del equipo tiene que ver con la necesidad de correrse del lugar de “tutelaje”, es decir, dejar de ser un/a profesional de la salud que dirime sobre cuándo una mujer puede o no interrumpir un embarazo.

Puede interpretarse, tal vez, una fuerte carga de lo que implica para el Trabajo Social el lugar de tutelaje que históricamente fue asignado a la profesión. Difiere quizás, la misma carga para las psicólogas o la médica generalista. Es vital rescatar la importancia de que el equipo en general tenga la decisión de correrse de ese lugar de “aconsejar” o “decidir por alguien”, muchas veces.

Como no existen documentos en relación a la construcción de este espacio y también, porque el trabajo que se está llevando adelante, puede ser incluido dentro de lo que es una metodología de investigación cualitativa, que apunta, como lo plantea (Wainerman, 1997) a

considerar las perspectivas de los actores sociales y se va a tomar en cuenta las palabras de las entrevistadas para poder reconstruir la historia del equipo.

Siguiendo las voces de las profesionales, la Trabajadora Social durante la entrevista remarca que siempre se intentó garantizar las prácticas de interrupción legal del embarazo de alguna forma dentro del hospital, al respecto dice:

*“(...) yo hace muchos años que trabajo en el hospital y no es que nunca se atendió abortos desde que está la consejería o que está el equipo mejor dicho. Pero sí hubo distintas formas (...) de hacer el abordaje. (...) Como que en cada momento fuimos encontrándole una forma de hacer el abordaje de la situación, pero con el aumento de la demanda desde 2014 (...) y con la provisión de misoprostol a nivel provincial, había como una necesidad de que se dispusiera una forma de trabajo interna que tenga que ver con el modo de funcionamiento del hospital y que recepcione esas situaciones, que cada vez eran más complejas, más numerosas y más seguidas. (...) Ahí surge la necesidad de que haya un equipo dedicado”. (Trabajadora Social)*

También la médica generalista del equipo, nos refería que la constitución del espacio:

*“tuvo diferentes momentos, creo que en diciembre del 2015 se empieza a conformar un equipo de salud sexual y salud reproductiva que incluye la parte de la ligadura, de la vasectomía, el embarazo adolescente y a pensarse la interrupción del embarazo (...) en abril que me convocan para las situaciones de internación y en octubre de 2016 puedo decir que se formaliza y se garantiza una continuidad donde empezamos a tener una frecuencia como compañeras nosotras, funcionar como equipo (...) antes yo venía y ellas estaban acá, como que caía con paracaídas (...) venía y ya estaba la paciente internada, no la evaluaba antes, no la escuchaba, no la conocía”. (Médica Generalista)*

A lo largo del tiempo, fue cambiando la forma de entender este espacio y por lo tanto de abordarlo; pero definitivamente:

*“Desde octubre de 2016 hacemos en este espacio de la consejería, con un espacio previo, definimos cuando se interna, se acompaña la internación y cuando se requiere*

*acompañamientos posterior sigue con psicología, eso podemos decir que funciona concretamente desde octubre de 2016”. (Médica Generalista)*

Esto muestra que las situaciones de aborto siempre existieron y que históricamente también han estado aquellos/as profesionales de la salud que han apostado a garantizar este derecho intentando buscar “grietas” en la legislación vigente, que les permita poder trabajar.

En este sentido, se puede visualizar que la problemática del aborto, no es nueva, siempre existió y seguirá existiendo. Sin embargo, lo que aumenta en la actualidad es el número de situaciones que llegan para ser resueltas por el sistema de salud, siendo situaciones que antes se resolvían de manera clandestina y en condiciones inseguras e insalubres. Esto llevó a que el número de muertes por abortos haya descendido considerablemente en varias regiones de nuestro país, pero sobre todo en la ciudad de Rosario. Así lo refiere el Secretario de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, Leonardo Caruana;

*“Podemos decir que en los últimos cinco años, hemos tenido una disminución drástica de las tasas de complicaciones por aborto, hemos tenido una disminución del número de internaciones y ha disminuido el número de prácticas que se realizaban en los hospitales para aumentarlas en los Centros de Salud”<sup>5</sup>*

Esta exposición en el Senado de la Nación, previo al debate de Senadores y Senadoras por la Ley de IVE, muestra una clara posición de la ciudad respecto del aborto. Es decir, hay una decisión política de mostrar lo que sucede en Rosario y pedir por una ley que intenta avanzar en derechos y en autonomía.

Volviendo a la historia del espacio, se puede inferir que la misma, siempre estuvo marcada (mayormente) por una decisión política de apoyo a las prácticas de Interrupción Legal del Embarazo en general y también hay un respeto muy grande al trabajo del equipo en particular. Así lo manifestaron tanto la Trabajadora Social como la Médica Generalista, ella nos decían que:

---

<sup>5</sup> Leonardo Caruana. Secretario de Salud pública. Discurso llevado a cabo en el Senado de la Nación el día 11 de julio de 2018.

*“En realidad lo que es directivo hay un fuerte apoyo, la dirección anterior junto con Ale, es cuando se piensa un poco la estrategia para acompañar en internación y después si bien cambia la dirección (...) desde el Ministerio hubo como una decisión o una política pública de acompañar esto”. (Médica Generalista)*

*“...hay como un respeto, siento que hay respeto al trabajo del equipo, que yo creo que tiene que ver con el posicionamiento nuestro en relación a como se debe hacer el abordaje (...) a pesar de haber sido como “las aborteras” del Hospital”. (Trabajadora Social)*

En un primer momento el equipo se constituía *ad-hoc*, es decir, que frente a una demanda, veían en ese mismo momento cómo articular. Llegaba primero la demanda y después de eso se constituía el equipo que iba a llevar adelante el abordaje de la situación, funcionando de esta forma durante mucho tiempo, que si bien era algo “artesanal”, se intentaba garantizar este derecho, aún sin que estuviera conformado un equipo de trabajo.

Las entrevistadas marcan, que en el año 2014, con el incremento de la demanda, en relación a cantidad de situaciones y a su complejidad, se hace necesario pensar en otra forma de abordaje. Fue así, que por iniciativa de la dirección del hospital, a fines de 2015 empieza a formarse el equipo que hoy existe, la Trabajadora Social del equipo nos refiere:

*“A fines de 2015, en diciembre, hubo un cambio de gestión en el hospital y me convocan a pensar de qué forma se podía dar un abordaje. Porque la verdad es que había situaciones que aparecían, entonces frente a eso lo que se me ocurre es (...) convocar a una médica generalista, y en principio esa médica venía cuando aparecían situaciones y nosotros en el mientras tanto constituyendo un equipo en salud sexual y salud reproductiva, pero que no solo trabaje ILE sino poder hacer un abordaje más integral (...) se convocó a distintos actores y actoras del hospital que vengann trabajando en lo que era salud sexual y salud reproductiva, pero bueno dentro de ese grupo, no todo el mundo quería trabajar ILE así que bueno, hicimos como un grupo aparte dentro de ese gran grupo”. (Trabajadora Social)*

Todo el tiempo se deja claro que ha sido un proceso de construcción de un espacio que ha llevado tiempo y que ha ido buscando una cierta identidad a lo largo de su historia para poder llegar hoy a lo que es el “*Equipo Interdisciplinario en Salud Sexual y Salud Reproductiva y No-reproductiva*” actualmente conformado por una trabajadora social, una médica generalista y dos psicólogas.

Como plantean las entrevistadas, las situaciones de aborto siempre se atendieron en el Hospital, pero en diferentes marcos y con diferentes posibilidades de trabajar y de ser abordados. Esto lleva a entender que el espacio de Consejería que funciona hoy, tiene una historia de marchas y contramarchas, hasta la actualidad, siendo el derecho a la interrupción del embarazo una realidad de este lugar y de este efector de salud. Esto no es extensible al resto de nuestro país, de nuestras provincias, ni siquiera de la propia ciudad de Rosario ya que las realidades varían de acuerdo a los diferentes lugares donde reside la población.

### **3.2 Posicionamiento del Equipo Interdisciplinario en Salud Sexual y Salud Reproductiva ¿Reducción de daños o garantía de derechos?**

Pensar en el posicionamiento de este Equipo remite a pensar en sus bases, en sus fines últimos, y en aquello que guía su trabajo cotidiano. En este sentido, se apelará a las palabras de las entrevistadas, quienes manifiestan que existen acuerdos entre las profesionales que integran el Equipo, en relación al posicionamiento desde el que parten para intervenir las situaciones Interrupción Legal del Embarazo.

Existen experiencias de países o regiones en donde la preocupación por la legalización y despenalización del aborto, nace a partir de la necesidad de “reducir daños” en este caso, “daños”, que implican un alto número de mortalidad materna a causa de que existen mujeres que deciden abortar y no pueden hacerlo en condiciones seguras. Esta especie de “paradigma” o enfoque, se encuentra posicionado positivamente en relación al aborto, pero en sus bases esgrime la necesidad de una ley, con el objetivo de que se reduzca la mortalidad de mujeres por esta causa, es decir hay una intención de apoyo a la práctica del aborto, pero el fin allí radica en la reducción de daños.

*“La experiencia, que comenzó en Uruguay desde 2001 fue una estrategia de reducción de daños y riesgos –en un contexto de criminalización del aborto similar al vigente actualmente en Argentina–, y surgió a partir de la iniciativa de un grupo de médicos del Hospital Pereira Rossell, el más importante de la ciudad de Montevideo, preocupados por el aumento del número de mujeres que se morían como consecuencia de abortos inseguros” (Página12, 2015)*

Hoy en día se ha logrado superar esa visión y el aborto es una realidad y un derecho conquistado por el pueblo uruguayo.

Incluso en una entrevista con Susana Rostagnol (Rostagnol, 2018) antropóloga feminista, docente e investigadora, habla de la importancia que tuvo despenalizar el aborto en Uruguay, no solo en términos de reducción de muertes por aborto, que de hecho desde 2013, es prácticamente cero, sino también el impacto social que generó esta ley; ella cuenta en la entrevista con el Diario Página 12 que:

*“El mayor impacto ha sido la despenalización social. Socialmente la gente sabe que es algo legal, que no se tiene que hacer clandestinamente, que se puede hablar. En realidad el aborto salió del closet unos años antes, cuando se implementó desde el Gobierno la política de consejería pre y post aborto. Pero con la ley instaurada esa idea se amplió. La ley bajó el estigma sobre el aborto. Hoy el aborto tiene una legitimación que no tenía antes de la ley” (Rostagnol, 2018).*

Tal vez, la situación de Uruguay previo a la sanción de la Ley sea similar a lo que está sucediendo en nuestro país. A raíz de la discusión en Diputados/as y Senadores/as la temática del aborto logró salir del closet en el que se encontraba. Si bien Argentina aún no cuenta con una Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, lo que se ha logrado relación al aborto es una realidad y así lo manifestaba una de las profesionales del Equipo:

*“Para mí el cambio tiene que ver en cómo vienen a solicitar la interrupción, vienen con el pañuelo verde atado a su mochila y lo digo y se me pone piel de gallina, antes venían con mucho más miedo, con vergüenza (...) poner sobre la mesa que se venían*

*acompañando situaciones de aborto y que había cero muertes por aborto en Rosario, hace que vengan de los modos que se te ocurran”. (Médica Generalista)*

Este cambio en la forma de llegar a solicitar una Interrupción del Embarazo, significa un avance para las mujeres y para todas aquellas personas con capacidad de gestar un embarazo, que se produce como corolario de la movilización social impulsada por el movimiento feminista en los últimos meses en Argentina.

En nuestro país, existen sectores muy ligados a este enfoque de reducción de daños, es decir, sectores a favor del aborto, pero que no llegan a considerar que la necesidad de la Ley tiene que ver, no sólo con la cantidad de muertes, sino con el hecho de que aborto es un derecho (aún en deuda) de todas las mujeres, más allá de que esa práctica genere un alto número de mortalidad en mujeres gestantes.

Si bien esta discusión parece un poco confusa, resulta necesaria para poder desandar éste camino de criminalización del aborto y de las mujeres que lo escogen por sobre la decisión de la maternidad.

Un aporte muy claro en este sentido es el de la entrevista realizada a la Médica Generalista del Equipo, donde habla de los fundamentos del Equipo Interdisciplinario en Salud Sexual y Salud Reproductiva/No- Reproductiva:

*“Nosotras nos ubicamos desde el lugar de garantizar derechos, (...) lo que más se escuchó en la discusión actualmente en diputados y senadores, tiene que ver con la mortalidad materna y nosotros no nos paramos de ese lugar. Si bien sabemos que es lo que uno primero tiende a evitar o a disminuir, nosotros creemos en el derecho de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva como un derecho humano, como un derecho todavía en deuda y desde ese lugar acompañamos, o sea nuestra cuestión tiene que ver con garantizar derechos”. (Médica Generalista)*

Lo que se muestra en este sentido es el lugar desde donde este equipo se posiciona a la hora de intervenir. Ellas refieren, que si bien los números de muerte por abortos son preocupantes y es lo primero que una tiende a evitar, su posicionamiento va más allá de eso, es decir, que

en el hipotético caso de que no existieran esos elevados números de muerte por aborto, ellas estarían en el mismo lugar en el que están apostando a garantizar este derecho.

Resulta de sumo interés el planteo, porque profundiza la discusión en torno al aborto y hace posible pensar algunas cuestiones *¿Desde qué posicionamientos se puede estar a favor del aborto? ¿Sólo por la necesidad de reducir la mortalidad materna? O ¿Porque es un derecho de todas decidir cuándo queremos ser madres y cuándo no?*

Esta postura también tiene relación con la forma en que el equipo entiende a los Derechos Sexuales y Reproductivos, siempre partiendo de la base de que son Derechos Humanos:

*“Nosotras, o yo, por lo menos, entiendo que yo no tengo relaciones para tener hijos, o sea, tengo dos hijas y no quiero seguir teniendo, pero sí quiero seguir teniendo sexo, eso tiene que ver con romper algunas cuestiones (...) pero nosotros todavía tenemos muy ligados (...) la cuestión sexual con lo reproductivo y la mujer que rompe con eso, es juzgada, es criminalizada es condenada y parece algo prehistórico, pero todavía no tenemos derecho a poder decidir “quiero tener un hijo cada dos años”, “quiero tener un hijo ahora”, o “no quiero tener un hijo nunca”. Y eso no es un derecho que no tenemos adquirido todavía, seguiremos peleándola”. (Médica Generalista)*

Seguramente el camino hasta llegar a estas conquistas sea arduo, pero lo que motiva a quienes se posicionan desde este lugar y luchan fervientemente día a día para que “Sea Ley”, es que ya existan espacios, como este, donde las mujeres pueden acceder plenamente a sus derechos.

### **3.3 Funcionamiento del equipo Interdisciplinario en Salud Sexual y Salud Reproductiva**

El equipo Interdisciplinario en Salud Sexual y Salud Reproductiva del Hospital Provincial de Rosario desarrolla sus actividades en el área de ginecología que funciona dentro de la institución, y tal como lo cuentan las entrevistadas, es algo muy positivo, porque es allí donde teóricamente debe funcionar por los procedimientos médicos que la práctica requiere. Además, al trabajar con situaciones de segundo trimestre, necesitan una articulación con la parte de toco-ginecología, porque muchas veces, la médica generalista del equipo se encuentra con situaciones que sobrepasan su especificidad y en relación a esto es importante

que se cuente con profesionales que puedan brindar un servicio seguro a estas mujeres que llegan al dispositivo para solicitar una ILE. Al respecto la Trabajadora Social entrevistada decía:

*“Tiene una cierta complejidad la estrategia planteada, porque la médica que atiende, que hace las interrupciones, es una médica generalista y tiene un límite en relación a cuáles son las posibilidades de atención de una situación de ILE, límite en lo real, en lo orgánico, en lo biológico. (...) Esta estrategia (...) requiere sí o sí de un arduo, complejo y entramado difícil de articulación con toco-ginecología (...) porque atendemos situaciones de segundo trimestre. (...) Si o sí tiene que existir esta articulación del equipo con el servicio de toco-ginecología y obstetricia”.*  
(Trabajadora Social)

En cuanto a su funcionamiento, el equipo tiene 3 días de atención semanales: lunes, miércoles y jueves en el horario de 12 hs. a 14 hs. No obstante, muchas veces se extiende según lo que plantean las entrevistadas.

Este horario logran acordarlo entre todas las integrantes del equipo después de haber intentado de distintas maneras, pero finalmente deciden que sean horarios más reducidos, para que las mujeres lleguen en momentos donde ellas podían hacer una escucha más ampliada y atenta.

Según lo que plantean las entrevistadas, es muy compleja la organización del trabajo dentro del Hospital, ya que todas forman parte de otros espacios además de formar parte del Equipo Interdisciplinario en Salud Sexual y Salud Reproductiva generando una sobrecarga de trabajo para las profesionales. Las profesionales que forman parte del equipo, no disponen de la exclusividad de su tiempo para trabajar en lo que requiere el equipo del que forman parte, y esto genera que muchas veces el trabajo no pueda ser realizado de la manera que las profesionales pretenden o anhelan. Al respecto decía:

*“Creemos necesario (...) si pretendemos que este dispositivo funcione como un equipo que pueda estar atendiendo lo que realmente surge que es la demanda espontánea, (...) funcionar desde otra lógica. No sé si todos los días, pero sí atender*

*la demanda que llega y poder ocuparte (...) de las derivaciones a los centros de salud, porque no hacemos derivaciones así nomás”. (Trabajadora Social)*

En relación a esto, es importante aclarar que este equipo está pensado para situaciones de segundo trimestre, pero son muchas más las situaciones que llegan por fuera de ese periodo, es decir, situaciones de primer trimestre que no han podido ser canalizadas en los efectores de ese nivel y por distintos motivos llegan al equipo. En ese caso, se intenta primeramente, referenciar a la persona e intentar que pueda realizar la ILE en el efector que geográficamente le corresponde. En reiteradas ocasiones, frente a la imposibilidad o la negativa de este efector de hacer la ILE, se realiza en el Hospital, para no generar demoras, las cuales van en detrimento de las pacientes que deciden llevar a cabo la consulta.

Esto es una muestra de que todavía queda mucho trabajo por realizar en relación al aborto en la ciudad de Rosario, porque aún existen efectores que no toman en cuenta la problemática y esto lleva a que las mujeres acudan a otros lugares, donde nunca se han atendido o no tienen ninguna referencia. Y también genera un circuito burocrático muy extenso que se traduce en la dilatación de las solicitudes de atención porque no le han dado respuestas en los efectores donde habitualmente se atendían. Muchas veces, esto deriva en complicaciones innecesarias que afectan la salud de las mujeres.

### **3.4 Proceso de atención del Equipo Interdisciplinario en Salud Sexual y Salud Reproductiva/No-Reproductiva.**

Si bien está claro que las situaciones que llegan siempre son singulares y por lo tanto no es posible realizar comparaciones entre ellas, ni tampoco establecer un protocolo lineal que sea aplicable a todas ellas, sí, existen ciertos lineamientos en los cuales se basa el equipo a la hora de intervenir.

Respecto de lo jurídico, el equipo toma en cuenta lo establecido por el Código Penal en 1921, donde se establece cuáles son los casos en los que el aborto no resulta punible, en su Art. 86 Inc. 1º y 2º. Siempre posicionándose desde una perspectiva que entiende a la salud desde su integralidad, no solamente desde el punto de vista biológico o físico. También se sustentan en lo que establece el “*Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la*

*interrupción legal del embarazo” a la hora de pensar en lo procedimental frente a las situaciones que llegan. La Trabajadora Social del Equipo refería en la entrevista que:*

*“Lo que nos respalda en la práctica es el protocolo, pero lo que nos respalda legalmente, así como marco normativo no es el protocolo, porque no es una ley, es el Código Penal, art. 86 inciso 1º y 2º, interpretación de causal y en relación a eso, nuestro gran aliado es el fallo F.A.L que es lo que nos permitió hacer un análisis mucho más amplio de lo que significa el causal salud. Esas dos cuestiones las pongo como frase, “Artículo 86 del Código Penal marcado como aborto no punible de acuerdo a la normativa legal vigente”, Art. 86 Código Penal Inc. 1º o Inc. 2º y a veces le aclaro fallo F.A.L”. (Trabajadora Social)*

Este sustento otorgado por la Resolución del Fallo F.A.L es muy importante a la hora de pensar en la interpretación de la causal salud en su sentido más amplio, apelando a comprenderla como un estado que no solamente tiene que ver con lo orgánico, sino también con lo psíquico, con lo social y con lo emocional.

Lo que es vital mencionar es que la Provincia de Santa Fe, adhiere a este Fallo F.A.L, y que es una Provincia testigo en el trabajo realizado en torno a la Interrupción de Embarazos, así lo comentaba Daniel Teppaz en una nota con el Diario Perfil:

*“Se tomó como una política de salud pública, y en ese sentido, fue importante la adhesión al protocolo considerando el Fallo FAL de la Corte Suprema de 2012 –que ratificó lo establecido en el Artículo 86 del Código Penal–. A partir de eso generamos resoluciones de gestión en salud sexual, con capacitaciones con el foco puesto en la prevención; generando instructivos tanto para la realización de las prácticas como para sus registros” (Teppaz, 2018)*

El trabajo realizado en este sentido se condice con la intencionalidad política que tiene la ciudad (también la provincia) de abordar la temática, aunque como se ha dejado explicitado, siguen existiendo trabas para llevarla adelante. Aún con estas dificultades, idas y vueltas, se podría concluir que en Rosario se atienden situaciones de aborto y que esto ha generado una disminución de muertes y de riesgos generados por la clandestinidad de la práctica.

Además de la parte jurídica y normativa, también existen al interior del equipo ciertos lineamientos que se siguen frente a la llegada de una situación. Tomando en cuenta las palabras de las entrevistadas, ellas establecen algunos puntos importantes que forman parte de la estrategia de intervención en la que se basan.

En las entrevistas se resalta que el hecho de que llegue la mujer al espacio ya es significativo puesto que anterior a eso debió superar ciertos obstáculos. Entonces, la situación, en sí misma, no arranca en el momento en que llegan al Hospital, sino mucho antes.

Puede suceder que la mujer se acerque con un equipo de salud de referencia (sólo un 30% aproximadamente) en ese caso, el Equipo ya ha sido avisado y la paciente va a llegar con una referencia previa, donde ya ha sido evaluada por diferentes profesionales que solicitan nuestra intervención; por lo que el trabajo es primero con el equipo y después con la paciente.

Pero puede suceder también que sea una mujer que no tiene un equipo de salud de referencia (70% aproximadamente) y entonces ahí, la intervención comienza de manera directa con la paciente. Desde el equipo de atención relatan que siempre se la escucha, se la intenta referenciar teniendo en cuenta su área de residencia, pero muchas veces, llegan porque en ese lugar donde se han atendido históricamente, no le han dado respuestas, entonces excepcionalmente toman esas situaciones que deberían ser atendidas en otro lugar.

Las profesionales destacan que siempre hay un proceso de escucha con la paciente a solas. Muchas veces viene acompañada, pero igualmente se le da un tiempo para que pueda expresarse:

*“Acompañamos el proceso de decisión de la mujer, nosotras no acompañamos solo a abortar, acompañamos esa situación ante un embarazo no planificado (porque a veces es deseado), entonces, ante un embarazo no planificado, vemos qué le sucede a esta mujer, le damos ese espacio de poder preguntarse, de poder sacarse sus miedos, si decide la ILE, si es para internación se organiza con obstetricia y con la gente que organiza las camas disponibles en el hospital, el día que se interna, ahí empieza la parte más fuerte mía, de acompañamiento desde lo médico, qué tiene que traer a la internación, quién la va a acompañar... (Médica Generalista)*

Es importante lo que se rescata de la entrevista, ya que muchas veces, sectores opositores a la despenalización del aborto, argumentan su postura refiriendo que en estos espacios lo único que se hace es “inducir al aborto” y lo que en realidad se da, es un acompañamiento en un proceso difícil (o no, en algunos casos) de decisión, frente a un embarazo no deseado. Desde ahí se intenta construir la intervención, siempre teniendo en cuenta los deseos, los miedos, las experiencias vividas por estas mujeres que llegan con esta demanda.

Si bien no tienen un modo de accionar delimitado, la intervención del equipo está focalizada principalmente en situaciones del segundo trimestre (aunque llegan muchas más de primer trimestre que también atienden) que pueden llegar derivadas de un equipo de salud o pueden llegar directamente al Hospital sin referencia. Frente a esa llegada, lo que se hace es priorizar una escucha con la mujer donde pueda decir qué le pasa, porque llegó ahí, y que deseos tiene, y luego se acompaña esa decisión que la mujer tome, sea continuar el embarazo o interrumpirlo.

“Acompañamiento” es la palabra que en las entrevistas se puede visualizar como fundamental para este equipo, un acompañamiento en situaciones que son complejas, donde las estrategias de intervención también lo son. Pero para enfrentar estas situaciones difíciles de acompañar, sobre todo por el desgaste emocional que generan, el trabajo en equipo (nunca en soledad) es clave y así lo manifiestan:

*“A veces la interdisciplina tiene que ver con acompañarnos entre nosotras y físicamente pongo el cuerpo, literalmente, con las situaciones más avanzadas y las chicas, psicología, por ejemplo, no puede hacer intervenciones en ese momento, con dolor, contracciones de parto, pero me dicen a mí ¿Cómo estas vos? ¿Cómo lo viviste vos? Y ahí el acompañamiento es hacia mí, porque yo también me he encontrado acompañado partos de abortos, es difícil... entonces ahí necesito un tiempito para recuperarme, después de una internación así, dame una semana que no se interne nadie, porque no puedo”. (Médica Generalista)*

La tan mencionada “interdisciplina” también es utilizada (por este equipo) como una herramienta de supervivencia interna, a la hora de intervenir en situaciones complejas.

## CAPITULO III

¿POR QUÉ ABORTO Y TRABAJO SOCIAL?

*“Creo que esa mirada de poder hacer un análisis más profundo de cuáles son los motivos por los cuales una mujer decide no continuar con una gestación, creo que la mirada esa, la aporta un Trabajador Social”*

*(Entrevista a Trabajadora Social, miembro del Equipo Interdisciplinario en Salud Sexual y Salud Reproductiva-No Reproductiva, 2018)*

En este apartado se intentará dilucidar la relación que existe entre el Trabajo Social, en tanto inscripto en la división social del trabajo y la temática de los derechos sexuales y reproductivos/no reproductivos, entendidos como derechos humanos, haciendo hincapié en la problemática del aborto. Siempre entendido a la profesión, comprometida con los derechos de las mujeres. A partir de eso, se hará necesario pensar en nuevas intervenciones dentro del campo profesional que contemplen las particularidades que las discriminaciones de género le imprimen a las relaciones sociales en general.

Además se hace vital entender a la problemática del aborto como un tema de salud pública y entendido como tal, es necesario visibilizarlo e instalarlo en las nuevas agendas de la intervención profesional.

Siempre entendiendo que:

*“el aborto no es ajeno al ejercicio profesional del Trabajo Social y nos involucra desde su existencia real, sus consecuencias, su clandestinidad, su legalidad, por lo tanto, sugerimos problematizar el tema no solo en la trama de los derechos sexuales y reproductivos, sino en la trama social misma”* (Boschetti y Giampaoli, 2016)

### **1. Trabajo Social y Salud Pública**

Como se ha dejado claro desde el comienzo, este escrito parte de entender al Trabajo Social como una profesión que tiene un lugar en la división social del trabajo y allí es donde tiene una función, adquiere cierta legitimidad y aparecen ciertas incumbencias, que a su vez, están íntimamente relacionadas con la imagen que históricamente se ha construido de la profesión.

Por lo tanto, dentro de esta división del trabajo intervenimos en las diversas manifestaciones de la cuestión social, que se expresan como problemáticas sociales.

Posicionarnos y entender que intervenimos en “lo social” merece una consideración y tiene que ver con que en esa intervención no estamos solos/as, o sea, la intervención en lo social no es exclusiva del Trabajo Social. Pero lo que sí es cierto es que del Trabajo Social se esperan ciertas cosas que no se esperan de un/a psicóloga/a, médico/a, etc. Lo nuestro, en general, está asociado a la asistencia, la promoción, la prevención y sobre todo la restitución de derechos.

Por su parte hablar de Salud Pública también implica un cierto posicionamiento, sobre todo teniendo en cuenta la crisis que estamos transitando en esta materia.

Es importante reconstruir en este apartado, el concepto de salud para llevarlo a lo que sucede en nuestros días. La O.M.S, que es el organismo de Naciones Unidas especializado en salud, aporta su definición entendiéndola como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS, 1978). Esta definición, en su momento intenta superar el reduccionismo biológico y pensar en términos de integralidad, sin embargo hay algunas cuestiones, en las que esta definición no parece ser “de avanzada”. Siguiendo a (Payan, 2008) habla de algunos aspectos acerca de esta definición. En primer lugar, la autora menciona, que, considerar a la salud como un “estado” ya implica desconocer el carácter dinámico en los procesos vitales de cualquier persona. Por otro lado, hace referencia a la idea de “completo bienestar”, la cual sugiere la comparación de cada persona con un cierto “modelo de normalidad”, por lo cual, no se tienen en cuenta la singularidades de cada uno/a.

Estos aportes de la autora, permiten entender que en nuestros días (ni tampoco antes) la salud, no puede ser medida, ni comparada ni tampoco controlada. Porque si seguimos esta definición, ninguna persona estaría relativamente “sana”, porque solo llegamos a ese estado de salud que plantea la OMS en algunos momentos de nuestra vida.

Siguiendo a una gran docente y sanitarista, Débora Ferrandini, ella habla de salud como:

*“la capacidad de luchar, de desear cambiar lo que produce sufrimiento, lo que limita la vida. Para eso es necesario asumir el protagonismo de la propia vida y encontrarse*

*con otros. Para eso es necesario constituirse como sujeto y luchar para que otros también lo sean” (Ferrandini, 2011)*

Por esto, la importancia de des-medicalizar la salud y pensarla desde la integralidad. Pudiendo dar respuestas complejas frente a las problemáticas con las que cotidianamente nos enfrentamos en los espacio de trabajo.

Desde estas concepciones de salud, sacadas del foco exclusivamente médico-biológico, están pensados los equipos interdisciplinarios en Salud Sexual y Salud Reproductiva/No reproductiva, que analizamos a lo largo de este escrito.

Para los/as profesionales que forman parte de estos equipos interdisciplinarios, pensados para dar respuesta frente a situaciones de abortos, es sumamente importante pensar a la salud en estos términos y sobre todo entender al aborto, desde la perspectiva que bien plantea (Lamas, 2008):

*“además de ser un asunto de salud pública, en América Latina, el aborto es un problema de justicia social, porque las mujeres con recursos abortan sin peligro en los consultorios de sus ginecólogos (...) son justamente las indígenas, campesinas y trabajadoras pobres, quienes mueren, quedan dañadas o van a la cárcel por los abortos ilegales”.*

## **2. Posición y aporte del Trabajo Social dentro del equipo interdisciplinario en Salud Sexual y Salud Reproductiva/No reproductiva.**

El Trabajo Social es una de las profesiones que conforman el equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva/No reproductiva del Hospital Provincial de Rosario, así lo deja establecido el Protocolo para la Atención Integral de personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo. En el caso de este equipo, particularmente la intervención es con una médica generalista y dos profesionales psicólogas. No es casual su presencia en ese lugar, de hecho, la trabajadora social que se encuentra en este equipo tiene mucho que ver (casi todo) con la iniciativa de ese espacio y la posibilidad de existencia y continuidad del mismo. Claramente, el trabajo desempeñado, es conjunto y no puede ser atribuido a una sola persona. El trabajo social allí, tiene un papel significativo.

Como enuncia la Trabajadora Social durante la entrevista, fue en el año 2015, después de una situación interna del Hospital que produjo un quiebre que la convocan a pensar de qué forma podía darse un abordaje diferente frente a estas situaciones. Porque había una realidad, y las solicitudes de interrupción de embarazo llegaban y cada vez con más frecuencia al Hospital. Fue allí cuando se piensa en la convocatoria a una médica generalista, que necesariamente debe estar implicada en este tipo de prácticas. Ella refiere, que si bien fue una iniciativa del Hospital:

*“Lo que yo propongo es un modo de trabajo. Porque en realidad lo que la dirección buscaba era una médica toco-ginecóloga para hacer el abordaje”. (Trabajadora Social)*

Claramente, sigue presente en este sentido, una mirada más biologicista de la práctica de la ILE, con la cual se ha intentado romper ya que se decide convocar a una médica generalista y no a una toco-ginecóloga. Sin embargo, reconoce que frente a situaciones complejas como son las de segundo trimestre, (que son aquellas para las cuales inicialmente se forma el equipo), es necesario:

*“un arduo, complejo y entramado difícil de articulación con toco-ginecología porque atendemos situaciones de segundo trimestre (...) la verdad que la estrategia que planteamos tiene cierta complejidad y (...) la médica generalista del equipo tiene un límite en relación a cuáles son las posibilidades de atención de una situación de ILE, limite en lo real, en lo orgánico, en lo biológico”. (Trabajadora Social)*

En este caso, se puede inferir que el trabajo social, intenta correrse del paradigma puramente biologicista, para introducir una nueva mirada en la forma de entender al aborto. Así lo refiere la misma trabajadora social, y también la médica generalista, ambas integrantes del Equipo Interdisciplinario en Salud Sexual y Salud Reproductiva del Hospital Provincial de Rosario.

La Trabajadora Social frente a la pregunta sobre la mirada que le aporta la profesión al equipo, comenta:

*“Yo creo que la posibilidad de poder instalar algunas preguntas respecto de cuando pensamos en el causal social, por decirlo de algún modo (...). Poder instalar algunas preguntas en relación a esto, ¿cuándo hay autonomía de una mujer para tomar*

*determinadas decisiones? y eso está claramente atravesado o sesgado por toda una historia de vida de esa sujeta, de esa mujer, que la ha atravesado toda su vida y poder hacer un recorrido o una lectura o una mirada de eso, creo que es lo valioso del aporte del TS a la hora de pensar en el armado de un causal psicosocial que son de los que por ahí cuestan. (...) Entonces creo que esa mirada de poder hacer un análisis más profundo de cuáles son los motivos por los cuales una mujer decide no continuar con una gestación, creo que la mirada esa, la aporta un TS". (Trabajadora Social)*

Esto que nos decía se hace importante leerlo en claves de lo que puede aportarnos al respecto, un autor (Faleiros, 1994) que refiere a la importancia de que el/la trabajador/a social tenga conocimiento respecto de la trayectoria individual/familiar y social del sujeto, sus deseos, su mundo simbólico, su individualidad, para elaborar así, estrategias de intervención, que apunten a la rehabilitación de los patrimonios, referencias e intereses, fortaleciendo el poder de los sujetos/as dominados/as en sus relaciones sociales.

Conocer cuáles son los motivos, que llevan a una mujer a decidir no continuar con un embarazo, es tan importante, como la práctica misma. Al respecto, también hay otra autora (Cazzaniga, 2009) que plantea la importancia de tener en cuenta la trayectoria de vida, la cual consiste en la recuperación del modo en que un sujeto individual o colectivo ha construido su vida, tomando como eje la situación que se encuentra como foco de atención, que en este caso puntual, sería la cuestión de decidir interrumpir el embarazo.

La recuperación de una trayectoria de vida permite al/a la trabajador/a social no sólo recuperar la perspectiva del actor/a, sus conflictos, las significaciones sobre los acontecimientos que marcan su vida en relación con la situación que se está trabajando, sino que esta reconstrucción de la trayectoria, ofrecerá las condiciones para que ese/a otro/a repiense su propia existencia, y permita al/la trabajador/a social comprender la forma en que los otros/as habitan el mundo y en esa comprensión tendrá los elementos para realizar propuestas coherentes (Cazzaniga, 2009).

Por otro lado, la mirada de la médica generalista, en relación al aporte del Trabajo Social, no coincide con lo que plantea la propia Trabajadora Social, sino que, en consonancia con el imaginario que existe de nuestra profesión le atribuye un lugar importante pero relacionado

a lo que es articulación con otras instituciones, quedando un poco relegado a lo administrativo-burocrático; ella refiere que:

*“es la que tiene que articular con el territorio, con las instituciones y lamentablemente en nuestro caso es donde más limitados estamos, por suerte todas nosotras tenemos un poco esta posibilidad de sostener lo que a veces Ale no puede, pero todo lo que sea articulación posterior no lo estamos sosteniendo y a mí me encantaría que Ale lo pueda estar haciendo”.* (Médica Generalista)

Si bien a lo largo de la entrevista recalca que es fundamental el papel la Trabajadora Social, a la hora de ponerlo en palabras, lo asocia al lado más burocrático de la profesión, que sigue estando latente (y muchas veces presente) en el imaginario de quienes se refieren o piensan en el Trabajo Social.

De las entrevistas realizadas a estas profesionales, se puede inferir que el Trabajo Social es una profesión fundamental de este Equipo Interdisciplinario en Salud Sexual y Salud Reproductiva/No-reproductiva, incluso en el caso de este equipo, la idea de motorizar este espacio surge de la iniciativa de esta profesional, lo cual también tiene un significado importante.

El aporte de la profesión, de acuerdo a lo se deja leer en la entrevista realizada a la Trabajadora Social tiene que ver con el hecho de desarmar y desmenuzar ese discurso con el que llegan muchas mujeres al espacio para poder comprender cuales son las razones por las cuales una mujer ha decidido acudir a ese lugar a demandar una interrupción del embarazo.

Se entiende que la intervención del Trabajo Social, tiene que ver con un intento de deconstrucción del discurso con el que llegan las mujeres, y en este sentido, el trabajo es muy fuerte para con el equipo, además de ser un trabajo con la mujer que llega al espacio.

También, en palabras de la Trabajadora Social, hay un intento de romper con la idea de que la mujer tiene que demostrar cierta angustia, malestar, para que exista realmente una causal que la habilite a interrumpir esa gestación. Esto, lo ponía en palabras a la hora de la entrevista:

*“A veces las mujeres no lo manifiestan con angustia, no se largan a llorar, y no tiene porqué ser así ¿Por qué tenemos que esperar que se angustie una mujer para considerar que tiene causal para hacerse una ILE? Hay que poder*

*hacer un análisis histórico, social de esa situación. Porque como que si llega angustiada, mal, si hay causal". (Trabajadora Social)*

Se puede ver cómo el Trabajo Social (en este caso y en este equipo de trabajo) lo que hace es poner en cuestionamiento aquello que aparece como dado, es decir, cuestiona todo aquello que deba ser cuestionado. Claro que, no siempre sucede esto, ni todos/as las/os profesionales tienen esta capacidad de cuestionar y de generar interrogantes en relación a sus prácticas.

La cuestión del aborto, como bien lo mencionan las autoras (Boschetti y Giampaoli, 2016) nos interpela respecto de la formación y de la propia intervención, ya que el Trabajo Social, actuando desde las instituciones como se presentan en la actualidad, tiene como desafío construir zonas para instalar nuevos cuestionamientos y profundizar algunos debates.

Las autoras (Boschetti y Giampaoli, 2016) en su escrito retoman a otro autor, que es muy reconocido en el ámbito del Trabajo Social (Carballeda, 2013) que refiere a la necesidad de construir nuevos espacios desde el trabajo social donde todo aquellos que es construido desde la injusticia y desigualdad, pueda ser desarmado, analizado y básicamente transformado.

Para ser parte de la solución y no del problema, necesitamos contar con profesionales que tengan la convicción de promover estos nuevos espacios y de generar estos debates tan profundos como necesarios, siempre entendiendo que las estrategias a construir no son nunca en soledad, sino con otros/as, de manera colectiva. Para ello será necesario que los y las profesionales estén inmersos/as en la perspectiva de género y fundamentalmente que respeten las elecciones y la autonomía de las personas que llegan a dichos espacios, además de proponer nuevas formas de poder dentro de los consultorios, de los centros de salud y de los hospitales.

Para que estas prácticas puedan ser llevadas adelante, se hace necesario, entender que también las profesionales del trabajo social (y mujeres) están/estamos atravesadas por estos mandatos existentes en torno a nuestro cuerpo y a nuestro destino cultural relacionado siempre con esta imagen de mujer-madre. Por tal motivo, será vital cuestionar todos esos mandatos preestablecidos para llevar adelante una de-construcción que nos permita pensar e interrogar las intervenciones profesionales.

### 3. Por una clínica de la interrupción

En este apartado intentaremos construir lo que se podría denominar “*clínica de la interrupción*” pensando la intervención del Trabajo Social basada en la situación de interrupción legal del embarazo y para eso nos apoyaremos en la obra *Problematizar el Trabajo Social. Definiciones, figuras y clínica* (Karsz, 2007).

Para iniciar, será vital, retomar lo que refiere el autor sobre la definición de *clínica* como tal. Plantea que la misma se ocupa de situaciones específicas que como tales no se pueden generalizar pero dichas situaciones responden a lógicas que aparecen en otras ocasiones, o a principios que se pueden identificar en otros casos y por lo tanto a ciertas argumentaciones que hacen que una situación valga también fuera su ámbito inicial.

Partiendo de esta idea inicial y llevándola al plano de la Interrupción Legal del Embarazo, podríamos inferir que si bien cada situación que se presenta en los espacios de las Consejería/Equipos es singular y tiene ciertas características que la hacen “única” también es cierto, que cada mujer que llega se encuentra inmersa en un idéntico sistema económico, social y cultural. Este sistema, conocido como Patriarcado, hace su trabajo en todos los ámbitos de la vida cotidiana, reforzando estereotipos de lo que es “ser varón” y “ser mujer” asignando a cada uno/a roles específicos, justificando la violencia hacia las mujeres, imponiendo su obligatoria heterosexualidad, fortaleciendo mandatos como la maternidad en el caso de las mujeres despojándolas del derecho a decidir sobre su propio cuerpo.

En este sentido, el autor refiere que la clínica como tal, sigue ciertos principios, uno de ellos es el que menciona como “uno por uno” (clave para entender la clínica) que se opone a la pretensión según la cual la serie daría razón exhaustiva a cada uno de sus componentes, pero de ningún modo, se opone al hecho de que determinadas estructuras psíquicas y sociales desempeñan un indiscutible papel explicativo, parcial, pero explicativo (Karsz, 2007). De aquí se infiere, que cada mujer que llega a estos espacios de Consejería, tiene una historia singular, pero también es cierto que todas están atravesadas por este sistema patriarcal en el que se encuentran inscriptas y en eso, se encuentran también “desobedeciendo” a esta estructura que establece la obligatoriedad de la maternidad para las mujeres.

En ese “miedo” a decir-decidir se juegan muchos de estos mandatos socialmente establecidos. Romper con ellos implica una carga emocional muy fuerte que recae sobre estas mujeres. “Miedo” que no necesariamente tiene que ser traducido en angustia, pero sí hay algo de sentimiento de “censura” o de que eso no está bien cuando las mujeres llegan al espacio de la Consejería. Gracias a la lucha del movimiento feminista y la organización social que

este movimiento generó, esta situación está cambiando y el postergado derecho a decidir está pasando a un plano más visible, las mujeres empiezan a saber que tienen derechos.

Lo que se intenta en este pequeño apartado es mostrar que las situaciones de Interrupción Legal del Embarazo no son un caso aislado, sino que por el contrario, están fuertemente atadas a un sistema más amplio que les niega tanto éste como otros derechos a las mujeres.

### **3.1 El lugar del Trabajo Social en la Clínica de la Interrupción**

Dentro de esta clínica de la interrupción podríamos decir que el equipo interdisciplinario de trabajo que la lleva adelante juega un papel preponderante. Dentro de ese equipo, conformado por psicólogos/as, médicos/as, trabajadores/as sociales se hará referencia al papel del Trabajo Social.

Haciendo hincapié en el trabajo del autor (Karsz, 2007) éste menciona que existen ciertas categorías clínicas o componentes operacionales que obran como transición entre dos extremos: del caso a la situación, del beneficiario al destinatario, de la historia como contexto a la historia como materia. Suelen utilizarse como sinónimos intercambiables pero tienen ciertas diferencias y no es gratuito hablar de uno o de otro.

En este sentido, se plantea la primera transición entre dos extremos, el “caso” y la “situación”, que la tomaremos como referencia en este pequeño apartado. Siguiendo la obra de Karsz, en el trabajo social, cuando hablamos de “caso”, se pone a la persona en una situación de no-saber, en una posición de aquel o aquella que no tiene uso de la palabra y en este sentido, cuanto menos saber se le supone a la persona, más aparece éste, como un caso. En contraposición a pensar en clave de caso, el autor propone, pensar en clave de *situación* donde para que esto sea posible va a plantear que es necesario tener en cuenta tres componentes: *el usuario/a*, *el trabajador/a social* y por último, *la política social*. (Karsz, 2007, p.175).

Entonces, cuando hablamos de esta clínica de la interrupción se hace clave pensar en términos de *situación* donde exista una referencia hacia a este/a usuario/a y que éste pueda ser entendido no desde su individualidad sino como un colectivo y que la relación con él/ella no es meramente interpersonal. Por lo tanto, podemos inferir que el hecho de que una mujer llegue a solicitar una interrupción del embarazo, en realidad, tiene que ver con un movimiento mucho mayor que nuclea a muchas mujeres que están atravesando la misma situación, es decir, esto que menciona Karsz, la situación que llega es “portavoz” de muchas otras que tal vez, aún, no han podido llegar, pero están, existen.

Resulta importante también, enunciar el papel del Trabajo Social allí, que es a la vez individuo (porque trata de comprender algo personalmente con sus conocimientos, sus habilidades, sus ignorancias y miedos) y colectivo (porque nunca está solo, porque lo tranquiliza o no, el equipo del que participa, las divergencias, los malos entendidos, etc.). Y lo que no es menor, siempre el/la profesional se encuentra atravesado por redes subjetivas que puede dominar en mayor o menor medida. Siempre es portador/a de configuraciones ideológicas que pueden coincidir o tropezar con las de los/as usuarios/as. Será trabajo del/la profesional estar advertido/a de estas configuraciones que lo/a atraviesan para llevar adelante la intervención.

En este sentido, será vital entender también, que las profesionales del Trabajo Social, como se venía enunciando, están igualmente atravesadas por estos mandatos sociales (por ejemplo la figura de mujer-madre, la mujer relegada siempre al ámbito doméstico, a las tareas de cuidado, etc.) que responden al sistema patriarcal. Por lo dicho, será necesario visualizar estos atravesamientos subjetivos, con el fin de que las intervenciones que llevemos adelante no estén impregnadas de ellos y no se terminen tornando “prejuiciosas” para con la mujer que llega al espacio.

Por último, el autor (Karsz, 2007) hace referencia a un elemento fundamental, y es la *Política Social*, la cual, si se pretende trabajar con la categoría de situación tiene que ser considerada como por encima, por debajo y en el centro de la intervención, enmarcando la misma intervención, es uno de los socios activos de la misma y según el autor representa “el emblema de la imposible neutralidad”, es decir, que nunca la política social establece un contexto neutral. En la propuesta de la clínica de la interrupción se puede inferir, que se cuenta con una política social que habilita a la realización de interrupciones, (teniendo en cuenta ciertas causales) pero que en lo concreto, esa política, muchas veces no se lleva a la práctica o bien se hacen “interpretaciones restrictivas” de lo que se enuncia en la misma.

Este planteo también hace referencia a la relación que debiera existir entre profesionales y usuarios/as:

*“Tratándose de situaciones, entre usuarios y profesionales tiene lugar un aprendizaje recíproco, un intercambio de saberes y habilidades, de confrontaciones y alianzas (...) El profesional y el usuario acuerdan dar algunos pasos, construir algo juntos, sin que ellos suprima las distancias que los separan y sin que ninguno de los dos obtenga una satisfacción total” (Karsz, 2007).*

Esto corre del lugar de superioridad al/la profesional para pasar a un plano de aprendizaje mutuo y de intercambio tanto de saberes como así también de experiencias, siempre desde el lugar de generar acuerdos y no de establecer “imposiciones” o “pasos a seguir”.

Como conclusión de este apartado, que no pretende dar por cerrado nada, sino por el contrario, aportar a pensar las intervenciones desde este nuevo lugar, se puede entender que en los tiempos que corren será vital, que como colectivo, nos paremos desde este lugar, y entendamos la importancia que reviste comprender que trabajamos con situaciones y no meramente con casos, y que como tal:

*“La intervención sobre situaciones se centra en características y funcionamientos, en problemáticas que es preciso desplegar (...) no tanto para resolverlas, sino para dejarlas señaladas y contribuir a su elaboración junto con el usuario. No tenemos que obrar **para él** sino **con él**. No para salvarlo, sino para acompañarlo con pasión y, a la vez, con distancia. No se trata entonces, de imponerle que sea responsable, sino de proponerle que se las arregle para responsabilizarse de lo que pueda en el marco de imposiciones objetivas, de límites socio-políticos dados, en el seno de una formación económico-social en la que no ha elegido vivir pero en la que **debe** vivir. Responsable de una parte de su destino, de algún segmento de su vida individual y colectiva” (Karsz, 2007).*

## REFLEXIONES FINALES

Habiendo llegado a un final, que no pretende en absoluto ser cerrado, sino por el contrario, tiene la intención de generar nuevos interrogantes y nuevos caminos para lograr la ampliación de derechos de las mujeres y personas gestantes se intentará reconstruir este arduo camino llamado “Tesina”.

Las reflexiones que se exponen en este apartado, no son acabadas, sino que están basadas en la experiencia vivida a través de las entrevistas realizadas y su posterior interpretación.

Elegir la problemática del aborto en este momento de la historia Argentina, año 2018/2019 puede visualizarse como una postura un tanto cómoda, tal vez no lo haya sido de la misma manera en años anteriores, donde el piso de discusión de la temática, era otro. Pero aún así, sabiendo que existe mucha producción referida al tema, la intención estuvo centrada en hacer algún aporte a la profesión del Trabajo Social y fundamentalmente visualizar el lugar que la profesión ocupa en los equipos que atienden situaciones de ILE.

La realidad es que el aborto hoy está en debate en la sociedad Argentina y eso es altamente positivo, pero a lo largo de todo este trabajo y tal vez a raíz de las entrevistas realizadas, la pregunta que no paraba de sonar es *¿Por qué se está a favor del aborto?* y es por ello que a lo largo de todo el escrito intento hacer esta diferenciación entre dos “enfoques” (así los llamé, pero pueden ser entendidos también como corrientes o posturas dentro de quienes se encuentran a favor de garantizar el aborto y que lo entienden como una práctica de salud).

Por un lado una postura que no dejaba de sonar en el debate sucedido tanto en Senadores como en Diputados, que está cercana a lo que en el trabajo menciono o refiero como de “reducción de daños”, donde se puede visualizar un claro apoyo a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo pero siempre teniendo como prioridad (al menos así apareció en los discursos) la reducción de la mortalidad de mujeres gestantes.

Decir esto, no implica desconocer o desentenderse de lo problemático que resultan las estadísticas en relación al altísimo número de mujeres que muere a causa de abortos practicados no solo en condiciones inseguras, sino inhumanas y totalmente traumáticas. Por

el contrario, mencionarlo, tiene que ver con la necesidad imperiosa de poder ver más allá de estos números y entender el acceso al aborto desde otro plano.

Del otro lado, nos ubicamos quienes intentamos encontrarle otro sentido a la práctica de interrupción del embarazo, quienes sin desconocer los números tenemos la ambición de que el acceso al aborto sea una decisión que se tome libremente y que se la considere un derecho que no se le puede seguir negando a ninguna mujer que desee llevarla adelante.

Esta postura nos lleva a pensar que lejos de quedarnos con los números que bien nos muestran las estadísticas salgamos a pelear para que el aborto sea definitivamente legal y gratuito, seamos diez o miles quienes deseemos llevarlo adelante.

La problemática del aborto tiene que dejar de estar atada a los números para pasar al plano de los derechos, derecho que más temprano que tarde, vamos a conquistar porque ¡SERÁ LEY!

Considero que en estos tiempos difíciles donde nos encontramos con ataques constantes hacia muchos derechos conquistados es donde más fuerte nos tienen que encontrar como colectivo, teniendo en cuenta que a nivel nacional, el gobierno ha asumido una clara posición en contra de la Interrupción Voluntaria del Embarazo argumentando que es necesario brindar anticonceptivos y educación sexual para prevenir, cuando son ellos/as quienes desde el Estado han desarticulado las capacitaciones docentes y le han quitado la jerarquía que merece al programa de Educación Sexual Integral, además de no invertir en campañas y publicaciones que puedan acompañar la E.S.I.

El derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo es una deuda de la democracia que nos debería interpelar como sociedad toda, ya que la no existencia del derecho al aborto y su consecuente penalización hacen que sea el Estado, quien en última instancia, termine decidiendo sobre el cuerpo de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Sin olvidar que muchas veces, es el cuerpo, el único espacio sobre el que la mujeres podemos decidir.

Por último me gustaría retomar un fragmento de Débora Ferrandini que utilicé a lo largo del escrito y ella decía que la salud es:

*“la capacidad de luchar, de desear cambiar lo que produce sufrimiento, lo que limita la vida. Para eso es necesario asumir el protagonismo de la propia vida y encontrarse con otros”*

**Entonces si la salud es eso, la capacidad de luchar y ese deseo de cambiar lo que produce sufrimiento, este movimiento feminista goza de muy buena salud y tiene vida para rato.**

## BIBLIOGRAFIA

- Boschetti y Giampaoli. (2016). "Aborto. Aportes para la reflexión desde el ejercicio profesional". *XXVIII Congreso Nacional de Trabajo Social*, (pág. 2). San Juan.
- Botta M. (2012). *Aborto, un derecho de cada mujer*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Ciencias Médicas.
- Cazzaniga, S. (2009). *Cuestion Social e Intervención Profesional*. MIMEO.
- CEDES, ELA y REDASS. (1 de Marzo de 2018). *La revuelta*. Obtenido de La revuelta: <http://larevuelta.com.ar/2018/03/01/documento-las-cifras-del-aborto-en-argentina/>
- CELS. (18 de julio de 2018). *CELS*. Obtenido de CELS: <https://www.cels.org.ar/web/?s=objecion+de+conciencia&x=0&y=0>
- D`Atri, A. (2011). *IPS Blog de debate*. Obtenido de Instituto del pensamiento socialista Karl Marx: <http://www.ips.org.ar/wp-content/uploads/2011/03/Sexo-mentiras-y...-silencio.pdf>
- Decreto 2274/1986. (5 de Diciembre de 1986). Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Decreto N° 1282. (26 de Mayo de 2003). Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Reglamentación de la ley 25.673 . *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Reglamentación de la ley 25.673* . Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Defensoría del Pueblo. Provincia de Santa Fe- U.N.R. (2017). *Políticas Sociales y Derechos Humanos a nivel local. Evaluacion del estado de avance en Rosario 2017*. Rosario.
- Dillon, M. (2017). *ANFIBIA*. Obtenido de ANFIBIA: <http://www.revistaanfibia.com/cronica/envases-del-patriarcado/#print>
- Estefanía Cioffi y Gisela Stablum y otros. (2018). *Que sea ley: la marea de los pañuelos verdes*. Buenos Aires: OLEADA.
- F., A. L. s/ medida autosatisfactiva., F. 259 (Corte Suprema de Justicia 13 de Marzo de 2012).
- Faleiros, V. d. (1994). Servicio Social: trayectorias y estrategias. . *Revista Intervencion Social N° 9. Año IV* , 3.
- Ferrandini, D. (Noviembre de 2011). Algunos problemas complejos de Salud. *Algunos problemas complejos de Salud* . Argentina.
- Garma, M. E. (1998). La salud de la Mujer. *Revista Investigacion en salud Vol. 1 N° 2* , 2,3.

- Garma, ME. (2001). Buscando nuevas lecturas de la salud reproductiva. *Revista Miradas* .
- Grau, N. C. (2010). Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. *Reforma y Democracia N° 46*. Caracas , Artículo completo.
- Hagelstrom, J. (24 de junio de 2018). *PERFIL*. Obtenido de PERFIL: <http://www.perfil.com/noticias/sociedad/aborto-marchan-medicos-en-distintas-provincias-que-piden-objecion-institucional.phtml>
- Hayon, A. (14 de Agosto de 2018). *Pagina 12*. Obtenido de Pagina 12: <https://www.pagina12.com.ar/135195-otra-muerte-por-un-aborto-clandestino>
- Jimenez, C. A. (26 de MARZO de 2009). *SciELO* . Obtenido de <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v5n2/v5n2a05.pdf>
- Karsz, S. (2007). *Problematizar el Trabajo Social. Definiciones, figuras y clínica*. Barcelona: Gedisa.
- Lamas, M. (Junio de 2008). *SciELO*. Recuperado el 1 de Octubre de 2018, de SciELO: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-76532008000100004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532008000100004)
- LAS 12. (18 de Agosto de 2018). *Pagina 12*. Obtenido de Pagina 12: <https://www.pagina12.com.ar/135697-la-impunidad-en-la-muerte-de-liliana-herrera>
- Levin, S. (2010). *Derechos al revés: ¿ salud sexual y salud reproductiva sin libertad?* Espacio.
- Ley 26.618. (2010). LEY DE MATRIMONIO IGUALITARIO. Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina.
- Ley 26.743. (05 de 2010). LEY DE IDENTIDAD DE GENERO. Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina.
- Ley N° 26.485. (11 de 04 de 2009). LEY DE PROTECCION INTEGRAL A LAS MUJERES. Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina.
- Ley N° 21.650. (23 de Octubre de 2006). Programa Nacional de Educacion Sexual Integral. *Programa Nacional de Educacion Sexual Integral* . Buenos Aires, Buenos Aires , Argentina.
- Ley N° 21.650. (23 de Octubre de 2006). PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL INTEGRAL. Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina.
- Ley N° 25.673. (21 de Noviembre de 2002). Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Ley N° 26.529. (19 de Noviembre de 2009). DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACION CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE SALUD. Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación. (2007). *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Ministerio de Salud de la Nación. (2015). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de La Nación.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2005). *Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Nacion, M. d. (Junio de 2012). *Ministerio de Salud de la Nación*. Obtenido de [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000588cnt-Consejeria\\_en\\_SaludSexual\\_web.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000588cnt-Consejeria_en_SaludSexual_web.pdf)

OMS. (2003). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para el sistema de salud*. Ginebra: OMS.

OMS. (2012). *Aborto sin riesgos: Guía Técnica y de políticas para sistemas de salud*. OMS.

OMS. (1978). Declaración de Alma Ata. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud*. Kasajistán: OMS .

OMS. (1978). Declaración de Alma- Ata. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Kazajistán: OMS.

OMS. (1978). Declaración de Alma-Ata. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud*. Kasajistán: OMS.

ONU. (1979). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer . Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer.

ONU. (1994). *Informe de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo*. El Cairo: ONU.

ONU. (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer*. Beijing: ONU.

Payan, S. (Junio de 2008). *Alta Alegría*. Recuperado el 11 de Septiembre de 2018, de Alta Alegría: [http://altaalegria.com.ar/contenidos/Hacia\\_Nuestra\\_Propia\\_Salud.html](http://altaalegria.com.ar/contenidos/Hacia_Nuestra_Propia_Salud.html)

Portos, L. (13 de junio de 2018). *Política Argentina*. Obtenido de Política Argentina: <https://www.politicargentina.com/notas/201807/26172-ni-educacion-sexual-para-decidir-ni-anticonceptivos-para-no-abortar-ni-abortos-legales-para-no-morir.html>

Protocolo para la Atención Integral de personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo. (Junio de 2015). Protocolo para la Atención Integral de personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo. Argentina.

Resolución N° 887. (20 de Abril de 2009). Resolución N° 887. *Resolución N° 887*. Santa Fe, Santa Fe, Argentina.

Rostagnol, S. (25 de Marzo de 2018). El aborto sin estigmas. (P. 12, Entrevistador)

Teppaz, D. (24 de Febrero de 2018). Santa Fe, un caso testigo en la regulación del aborto. (D. PERFIL, Entrevistador)

Tobar, F. (Marzo de 2017). *DELS*. Obtenido de DELS: <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/145>

Vasconcellos, E. (2006). Servicio Social e Interdisciplinariedad. *Revista Servicio Social & Sociedad*, 4.

Wainerman, C. (1997). *La trastienda de la investigación*. Manantial.