

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales

Escuela de Trabajo Social

Trabajo Integrador Final - Modalidad Investigación

Del papel a la práctica: desafíos en las consejerías como horizontes para el Trabajo Social. La interrupción del embarazo en la Consejería de Salud Sexual y (No) Reproductiva del Policlínico San Martín

Autora: Scapini Dana Magalí - danascapini@gmail.com

Directora: Boschetti Silvina - licsilvinaboschetti@gmail.com

Rosario, año 2026

RESUMEN

El presente Trabajo Integrador Final, desde una perspectiva de género y de derechos, analiza las dificultades en la operatividad del Protocolo para Atención Integral de la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo en la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del Policlínico San Martín de la Ciudad de Rosario durante el año 2022.

A partir de una metodología cualitativa, se recuperan experiencias y registros producidos en el marco de la práctica profesional en Trabajo Social, junto con entrevistas semiestructuradas a trabajadoras sociales y análisis documental de normativas y protocolos. La investigación recupera a la Consejería como un espacio fundamental de acompañamiento, orientación, escucha e información para el acceso a derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos. El trabajo indaga las tensiones institucionales, las resistencias profesionales y las dificultades para sostener abordajes interdisciplinarios e integrales en la atención de la interrupción del embarazo en el marco del espacio de consejería.

Finalmente, se reflexiona sobre el lugar del Trabajo Social en instituciones de salud atravesadas por perspectivas biologicistas y patriarcales, y sobre los desafíos actuales para la garantía efectiva de derechos en los espacios de salud.

PALABRAS CLAVES

Interrupción del embarazo - Consejería - Interdisciplina - Trabajo Social - Derechos sexuales

AGRADECIMIENTOS

Llegar al final de este recorrido no habría sido posible sin el acompañamiento, el cariño y la confianza de muchas personas que estuvieron presentes a lo largo de estos años.

En primer lugar, agradezco profundamente a mi familia: a mi mamá y a mi papá, por el esfuerzo y el apoyo incondicional en cada etapa; a mi hermana y a mi pareja, por acompañarme siempre desde la complicidad y el amor; y a mis abuelos y abuelas, por ser sostén y ejemplo, y por prender una velita por mí en cada examen.

A mis amigas de la infancia, por celebrar cada logro como propio. Y a mis amigas de la facultad, con quienes compartí aprendizajes, nervios, militancia y alegrías, gracias por hacer de este camino un recorrido colectivo.

Quiero agradecer a mi directora, Silvina Boschetti, por su dedicación, compromiso y calidez durante todo el proceso.

Finalmente, agradezco a la Universidad Pública, un espacio de encuentro y de igualdad de oportunidades que me permitió formarme profesional y humanamente. Poder acceder a una educación pública, gratuita y de calidad no debe ser un privilegio individual, sino un futuro para todos. Porque no hay educación de calidad sin financiamiento, y no hay futuro sin educación.

Este trabajo es también el resultado de todos esos vínculos, cuidados y oportunidades que hicieron posible llegar hasta acá.

ÍNDICE

A modo de introducción 5

Capítulo 1: El reconocimiento del derecho a la interrupción del embarazo desde una perspectiva de género y una visión integral 10

1. La perspectiva de género y de derechos como clave de interpretación del derecho a decidir 10

2. ¿Qué dice Nuestra Ley? Un punto de partida 12

3. Las múltiples facetas del aborto 16

3.1 El aborto como problema 17

3.2 El aborto como el derecho a decidir 18

3.3 El aborto como experiencia en la vida reproductiva y disparador de otro entramado de problemáticas 22

3.4 El aborto como condensación de un proceso político 23

4. El pasaje en la concepción de salud: desde un enfoque reduccionista a una visión integral y feminista 26

Capítulo 2: La consejería de salud sexual y no reproductiva del Policlínico San Martín de la ciudad de Rosario 31

1. El Policlínico San Martín como centro de formación profesional 32

2. El Trabajo Social en el Policlínico San Martín 35

2.1 Tensiones en la construcción del trabajo en equipo 39

3. La consejería como espacio de abordaje para la interrupción del embarazo 41

3.1 La ciudad de Rosario como referente en la temática del aborto 45

4. La consejería del Policlínico San Martín 47

4.1 Una consejería atravesada por obstáculos institucionales 53

5. La pérdida del debate por la interdisciplinariedad 60

Capítulo 3: Los horizontes del derecho a la interrupción del embarazo, una visión desde el Trabajo Social 65

Reflexiones (no) finales 70

Bibliografía 74

A MODO DE INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final aborda las dificultades en la operatividad del Protocolo para Atención Integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo y la Interrupción Legal del Embarazo (en adelante IVE/ILE) en la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del Policlínico San Martín, en la Ciudad de Rosario. Este efector se distingue por ser el Centro de Salud de mayor dimensión dentro de la red pública municipal, situado en un punto intermedio entre el primer y segundo nivel de atención, debido a que cuenta con recursos de mayor complejidad, diversidad de especialidades médicas y una amplia demanda de atención.

El análisis se enfoca en el período comprendido entre los meses de junio a diciembre del año 2022, tiempo durante el cual realicé las prácticas profesionales correspondientes al tercer año de la Licenciatura en Trabajo Social. En ese proceso se registraron, tanto en el cuaderno de campo como en la memoria, experiencias, interrogantes y aprendizajes que hoy se constituyen en objeto de investigación. En este sentido, la escritura no se reduce a una mera descripción, sino que se configura como un ejercicio crítico-reflexivo y un posicionamiento político que recupera la experiencia situada para producir conocimiento.

El interés en este tema radica en aportar a la intervención profesional en el campo de la salud sexual y (no) reproductiva, con una aproximación sobre la atención de la IVE/ILE y las condiciones institucionales que influyen en la intervención. Desde una perspectiva feminista y de derechos, se apunta a generar una pausa para pensar a partir de la recuperación crítico-reflexiva de experiencias de intervención como estudiante de Trabajo Social.

Dentro del Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la IVE/ILE (Ministerio de Salud, 2023) la Consejería tiene una función como espacio de información donde el personal de salud debe acompañar la decisión de las personas que asisten y ofrecerles las opciones disponibles, a partir de una escucha atenta, actitud no prejuiciosa, trato digno, concediendo confidencialidad y autonomía. En particular, la Consejería del Policlínico San Martín, sostenida principalmente por las Trabajadoras Sociales, existió para que mujeres y personas con otras identidades de género y con capacidad de gestación[1], pacientes del centro

[1] Se decide hacer uso de un lenguaje no sexista con el fin de evitar el genérico masculino e incluir en la comunicación a las identidades que no se reconocen en la distinción “única” y binaria de los sexos. Vale aclarar que se respetará el lenguaje utilizado por les autores en citas textuales recuperadas.

de salud, accedan a su derecho a la interrupción del embarazo, en conformidad con lo instituido por la Ley Nacional Nro. 27.610 (2020)[2].

Durante la práctica profesional se evidenciaron dificultades en el funcionamiento de la Consejería que derivaron en obstáculos en el acceso a la información, en la atención integral, y, en consecuencia, en la garantía de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, que forman parte de los derechos humanos. Estas dificultades se vinculaban con resistencias profesionales (sean o no objetores de conciencia) a participar en las instancias de atención integral, previas o posteriores a la interrupción, puesto que, en principio, se trata de pacientes con gestaciones en curso, por más que su decisión sea interrumpirla. Sumado a esto, y teniendo en cuenta que se recomienda un abordaje interdisciplinario, la evasión por parte del personal de salud de integrarse a la Consejería, y la intrascendencia de un tema tan importante como la salud reproductiva de la población usuaria también aportaron dificultades.

El hecho de que la Consejería haya sido establecida, sostenida y representada por las Trabajadoras Sociales del efector, generó por un lado, una sobrecarga laboral en quienes brindan el acompañamiento, y por el otro, un funcionamiento con obstáculos al ser un factor clave la interdisciplina para que la atención en dicho espacio sea integral. De esto surge también el interés sobre cuál es el lugar que tiene el Trabajo Social en instituciones de salud atravesadas por perspectivas biologicistas y patriarcales. Del mismo modo, surge la reflexión sobre aquellos espacios para usuaries que desde les profesionales del Trabajo Social se crean, se defienden, se mantienen, se refuerzan pero también se debilitan cuando el trabajo es solitario, desvinculado y aislado.

Por lo mencionado, surgen las siguientes preguntas. ¿Cómo es el funcionamiento de la Consejería de Salud Sexual y Reproductiva del Policlínico San Martín con respecto al Protocolo para la atención integral de la IVE/ILE? ¿Qué dificultades atraviesa dicho espacio para llevarse a cabo y qué obstaculiza el acceso, la atención y la orientación a la interrupción del embarazo? ¿Cuál es el horizonte actual desde el cual el Trabajo Social (re)piensa las Consejerías y los espacios de atención hoy? Estas preguntas forman parte de la construcción tanto del objetivo general como de los objetivos específicos de este Trabajo Integrador Final.

[2] Ley Nacional Nro. 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (30 de diciembre de 2020).

El objetivo general será intentar conocer la operatividad del Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo e Interrupción Legal del Embarazo en la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del Policlínico San Martín durante el año 2022. Y como objetivos específicos, se propone indagar acerca del origen de la Consejería del Policlínico San Martín y su funcionamiento; dar a conocer los puntos de encuentro y desencuentro entre la legislación actual y las políticas de salud sexual analizando las condiciones de acceso o barreras a la interrupción del embarazo. Por último, repensar el rol del Trabajo Social en las Consejerías y los espacios de salud sexual teniendo en cuenta la experiencia expuesta.

La relevancia del tema se inscribe en un contexto en el que, si bien la legalización del aborto en la Argentina significó un avance fundamental en materia de derechos, persisten desafíos vinculados a su efectiva implementación. Pese a que una parte de la opinión pública y partidaria continúa aclamando la regresión del derecho a la IVE, la producción académica actual se encuentra "en otra página" de la discusión donde se plantean desafíos a superar, dificultades a mejorar y horizontes a alcanzar respecto a los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, en general, y sobre la IVE/ILE en particular. Los antecedentes a nivel académico son de gran importancia para contextualizar porque permiten observar la preocupación latente por la no regresión de un derecho y una ley que hace algunas décadas atrás parecían inalcanzables para las personas gestantes.

En el ámbito académico local, se destacan diversas tesinas elaboradas desde la carrera de Trabajo Social: "El lugar del Trabajo Social en la Atención de situaciones de Interrupción Legal Embarazo", escrito por Lucía Lasagna (2019), y "La intervención del Trabajo Social en el Equipo de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Provincial de la ciudad de Rosario", producido por Micaela Abatte (2019). Estos trabajos recorren un punteo histórico respecto a la evolución del derecho al aborto y los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos a nivel internacional, nacional, provincial y municipal. Otras producciones relevantes son las elaboradas por la Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS) que cuenta con integrantes de múltiples profesiones vinculados con servicios de salud pública y comunitaria de la Argentina. Entre dichas producciones se destacan: "El aporte del Trabajo Social en la atención integral del aborto" (2023), y "Recuperando voces: experiencias de intervenciones en aborto desde el Trabajo Social" (2024).

Estas producciones permiten distinguir que existió y continúa existiendo un interés académico por investigar y aportar conocimientos sobre la interrupción del embarazo, así como un reconocimiento de nuestra intervención desde el Trabajo Social. En "el antes y el después" que marcó la sanción de la Ley N° 27.610 en materia de derechos hubo un "durante" que estuvo protagonizado por escritos que plasmaron intervenciones, experiencias, voces, contenedores de la utopía, que me dirigen hoy como estudiante a continuar ese camino.

En términos metodológicos, el trabajo se inscribe en la modalidad investigación, cuya elaboración y desarrollo constituirán un aporte de conocimientos al campo disciplinar, partiendo del análisis y el abordaje de un aspecto determinado de la realidad compleja. Esta modalidad invita a pensar cómo no instalarse en aquello instituido sino en promover el movimiento instituyente hacia un camino con mayores y mejores oportunidades para les usuaries de los efectores de salud para la pura garantización de los derechos.

La perspectiva metodológica será cualitativa. La misma se interesa por las perspectivas subjetivas de les sujetes, sus historias, experiencias, interacciones, acciones, e interpreta todo aquello de forma situada, es decir, ubicándolo en el contexto particular en el que tiene lugar (Vasilachis de Gialdino et al., 2006). Por ende, teniendo en cuenta el tema a indagar les agentes sociales ocupan un lugar central en el escenario de la investigación: sus percepciones, ideas, emociones e interpretaciones, constituyen la investigación misma. En la investigación cualitativa, los métodos, como una serie de pasos que se siguen al momento de producir una contribución al conocimiento (Sautu, 2005) y dar respuesta al problema planteado, tratan de captar los elementos claves de la realidad estudiada para alcanzar el objetivo planteado. En este marco, para este trabajo se propone utilizar y apropiarse de herramientas metodológicas de las Ciencias Sociales para producir evidencia, datos e información a analizar, que permitan dar posibles respuestas a las preguntas formuladas.

En primer lugar, entre las fuentes primarias, se utiliza la entrevista semi-estructurada individual a Trabajadoras Sociales, con el objetivo de recopilar a través del relato la experiencia de llevar adelante la Consejería en el Policlínico San Martín. Las entrevistas cualitativas se caracterizan por su dinamismo y flexibilidad, son desestructuradas, alejándose del típico intercambio pregunta-respuesta, más bien simulando ser una conversación entre iguales (Taylor y Bogdan, 1992). Asimismo, se analizaron los registros en el cuaderno de campo realizados durante el año 2022 en el marco de la práctica profesional. En segundo lugar, entre las fuentes

secundarias, se apela a un análisis documental, considerando protocolos y normativas vigentes como soporte conceptual.

En cuanto a los aportes del Trabajo Social es relevante pensar los desafíos que como colectivo profesional debemos detectar y enfrentar dentro de las instituciones públicas de salud en las que trabajamos, a partir de la implementación de la Ley 27.610. El horizonte siempre es mejorar y apuntar a una mayor accesibilidad del derecho a la interrupción del embarazo, junto con todas las acciones que esto conlleva y que van más allá de la intervención médica. La atención integral, el acceso a la información, el cuidado, el acompañamiento, la contención, la escucha deben ser propias de todes les profesionales de la salud, y no únicamente de Trabajadores Sociales; no deben depender de las decisiones personales y/o voluntades individuales del personal de salud, sino de una efectiva política institucional enmarcada en legislaciones y normativas de los tres niveles del Estado.

En suma, la importancia de abordar como tema las dificultades en la operatividad de la Consejería del Policlínico San Martín respecto a la atención de la demanda por IVE/ILE, no recae únicamente en describir y analizar la problemática, sino también en aportar a la reflexión crítica sobre las prácticas profesionales y las condiciones institucionales en las que estas se inscriben. En este marco, la pregunta por el lugar del Trabajo Social y los mandatos a la profesión ofrecen elementos para revisitar críticamente la práctica profesional, recuperando tanto la experiencia concreta del año 2022 como las nuevas lecturas, reflexiones y tensiones que emergieron posteriormente en las entrevistas realizadas a quienes formaron parte de ella.

CAPÍTULO 1: El reconocimiento del derecho a la interrupción del embarazo desde una perspectiva de género y una visión integral

La interrupción del embarazo es un tema que propicia la reflexión, la investigación, la práctica, la capacitación y la discusión; a la vez que abarca múltiples temáticas, definiciones, normativas y momentos históricos de nuestra contemporaneidad. Fue necesario sembrar la popular frase "el aborto siempre existió", la cual buscó demostrar que constituye una realidad que acompañó a la humanidad desde siempre, para cultivar lo que se logró actualmente.

Que hoy, en la Argentina, se encuentre vigente la Ley Nº 27.610 no es producto del azar, ni se dio de manera imprevista, nos pertenece desde el día 30 de diciembre del año 2020. Su sanción vino a reparar una deuda histórica de visibilización y de respuesta a una práctica ancestral ligada a la decisión por parte de las personas con capacidad de gestar. La lucha de años representada por los feminismos convirtió finalmente en ley el derecho a abortar; pero esta misma lucha entiende también que la garantía de su ejercicio no culmina con la promulgación de la Ley, sino que allí se da inicio a la siguiente etapa. Tampoco la lucha "baja la guardia" sobre su vigencia, ya que sabemos que cuando hablamos de derechos vinculados a la salud sexual y que involucran cuestiones éticas, morales y religiosas, no son absolutos, mantienen una cuota de regresividad que es necesario mantener vigilada en nuestra contemporaneidad.

1. La perspectiva de género y de derechos como clave de interpretación del derecho a decidir

El presente trabajo se elabora desde y con perspectiva de género y de derechos, la cual permite comprender y problematizar el orden patriarcal hegemónico a partir de las desigualdades sociales, políticas y/o económicas entre las personas por su género, clase social, etnia, raza, edad, orientación sexual. Según Pombo, "los patrones de género, clase social y raza/etnia son estratificadores sociales de suma trascendencia en la generación de desigualdades, en el acceso a derechos y control de los recursos sociales" (Pombo, 2019, pág. 165).

Estas desigualdades, que a su vez son transgeneracionales y acumulativas, se caracterizan por ser producto de la persistencia de relaciones de poder y mandatos sociales, inherentes a la sociedad capitalista en la cual nos encontramos inmersos. A su vez, se vinculan con las diferencias sociales a partir de la diferencia biológica en la reproducción, y con la naturalización del binomio "mujer-madre". Frente a este escenario de desigualdad y

estereotipos de género, es esencial incluir nuevas representaciones de "ser" sobre las personas con capacidad para gestar, diferentes al rol materno; debemos concebirlas como sujetos con derecho a ejercer sus derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, entendiendo siempre a la maternidad como una elección y no una imposición.

La perspectiva de género, feminista e interseccional, nos permite tener en cuenta también la complejidad y singularidad de las personas. Si bien el contexto es transversal a todes, este es transitado por cada persona de diferentes modos, dependiendo de las representaciones sociales con respecto a cada momento, que a su vez varían según el momento histórico, el género, la clase, la edad, la ubicación, las vivencias, de cada une.

Como expresa Polanco, "el feminismo nos permite comprender que las prácticas arraigadas no son naturales. Habilita nuevos significados desde los cuales cuestionar/nos las relaciones sociales opresivas" (Polanco, 2019, pág. 214). En este sentido, contribuye a la visibilización de construcciones y formas de sometimiento que el patriarcado se encargó de reproducir como "naturales", negando la posibilidad de una transformación. Es interesante pensar cómo el enfoque de género trae el margen al centro, es decir, centraliza lo que antes se encontraba y mantenía en los márgenes; los feminismos ponen en el centro de la discusión el orden desigual, apuntando a que la desigualdad genera discriminación y la discriminación genera violencia (Ferreyra, 2022).

Investigar desde una perspectiva de derechos significa orientar nuestra búsqueda de conocimiento y reflexión de la práctica hacia el reconocimiento y ejercicio de los derechos de todes. El enfoque de derechos lo que permite es identificar la vulneración de derechos, exigiendo acciones públicas para garantizar su cumplimiento, y de esta forma garantizar un nivel suficiente de bienestar para todes (Levin, 2020). Este enfoque desplaza aquellas políticas que siempre han estado centradas en satisfacer necesidades mínimas o básicas, y las reemplaza por prácticas basadas en la titularidad de derechos. Este desplazamiento nos permite pensar la diferencia entre necesidades y derechos, y lo que conlleva cada una en la práctica: mientras que las necesidades pueden llegar a ser atendidas de manera opcional, los derechos, respaldados por leyes y tratados, generan compromisos para el Estado. En este sentido, reconocer una demanda como un derecho implica que el Estado deja de tener la libertad de responder o no, y pasa a tener la obligación de garantizar, respetar y promover su cumplimiento. La lucha por incorporar el respeto de los derechos humanos a las políticas, normativas, decisiones, protocolos, formaciones, es una lucha constante.

Cuando hablamos de interrupción del embarazo, inherentemente hablamos de salud. Por ello, partimos de comprender a la salud como un derecho, desde y con perspectiva de género. Esto nos permite reconocer cómo las asimetrías entre los géneros determinan el proceso de salud-enfermedad-atención y la calidad de vida de las personas, así como también permite trascender la mirada del cuerpo como mero reproductor biológico. Por otro lado, pero en vinculación con la salud, es imprescindible incorporar la noción de integralidad cuando hablamos de ella, ya que permite correr el eje de lo estrictamente "médico"; este tema será profundizado más adelante.

En suma, pensar(nos) desde una perspectiva de género implica incorporar un cambio en nuestros enfoques conceptuales, y modificar las preguntas que realizamos y los métodos que utilizamos para obtener respuestas. Internalizar y hacer uso de esta perspectiva, de manera que atraviese nuestra visión, es una tarea constante de reflexión, no sólo para nuestra propia formación, sino también para que nuestras intervenciones generen condiciones de dignidad, igualdad y autonomía de las personas.

Consecuentemente, y en relación al acceso a la interrupción del embarazo, internalizar la perspectiva de género también demanda cambios en los modelos de atención en salud y en las prácticas de les profesionales de salud; cambios orientados hacia el reconocimiento y el ejercicio de derechos de la población, así como también, hacia el mejoramiento de las intervenciones profesionales.

2. ¿Qué dice Nuestra Ley? Un punto de partida

La Ley Nº 27.610 "Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo" se sanciona en la Argentina el día 30 de diciembre del año 2020, para luego ser publicada en el Boletín Oficial el día 15 de enero de 2021, estableciendo su entrada en vigor en todo el país. Su primer artículo narra específicamente la finalidad de la normativa:

> La presente ley tiene por objeto regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible. (Ley Nº 27.610, 2021, art. 1).

A partir de la promulgación de la Ley, se establece que cualquier persona con capacidad de gestar tiene derecho a acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce, inclusive, del proceso gestacional. ¿Qué sucede después? Esta ley incorpora una serie de sustituciones de artículos del Código Penal; estos últimos entendían el aborto voluntario como un delito, a raíz de lo cual la persona debía enfrentar una pena. Actualmente, el aborto realizado con consentimiento de la persona gestante hasta la semana catorce no es un delito, y no se debe dar ninguna explicación acerca de esta decisión. La Ley 27.610 contempla un marco legal mixto, es decir, por plazos y por causales, diferenciando la interrupción voluntaria de la legal. En este sentido, las personas con capacidad para gestar tienen derecho a interrumpir su embarazo:

- Hasta la semana catorce inclusive, sin que la persona tenga que explicar los motivos de su decisión (IVE).
- A partir de la semana quince (15), cuando el embarazo es resultado de una violación o si está en peligro la vida o la salud de la persona (ILE).

Por lo tanto, fuera del plazo establecido de las catorce semanas, no será punible y es legal el aborto practicado sólo en dos situaciones, más conocidas como causales:

- Si el embarazo fuere resultado de una violación, con la declaración jurada de la persona gestante, ante el personal de salud; se hace una salvedad en los casos de niñas menores de 13 años, donde la declaración jurada no será requerida.
- Si estuviere en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante.

Este sistema de causales se encuentra vigente desde el año 1921, en nuestro Código Penal, delimitando el acceso a la ILE a determinadas circunstancias, y penando a quienes lo hagan de forma voluntaria. En los efectores de salud, esta normativa permitía brindar atención y acompañamiento solo a una parte de la población que necesitaba y podía acceder a una ILE; paralelamente, muchas personas gestantes interrumpían sus embarazos en contextos de clandestinidad, poniendo en riesgo su salud y sus vidas.

Respecto a la primera causal, no podemos pasar por alto la contribución decisiva y el antecedente notable que constituyó el fallo F.A.L. en la lucha para conquistar la Ley de Acceso a la IVE. Previamente al año 2012, y desde el año 1921, el Código penal establecía, en su artículo 86, que los abortos no eran penalizados en los casos cuando «el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente». Existían

múltiples controversias respecto a cómo interpretar este artículo, lo que derivó en una gran incertidumbre que impactó, por un lado, en las personas gestantes, que no sabían qué derechos tenían y cómo hacerlos valer, y, por el otro, en los profesionales de la salud que no tenían certeza sobre sus obligaciones. Desde la discusión feminista se ha criticado fuertemente este artículo, no solo porque nuestros cuerpos debían ser violentados para que se nos reconozca la posibilidad de decidir sobre ellos, sino también respecto a la categoría de "mujer idiota o demente", cuyo uso era discriminatorio, deshumanizante y peyorativo hacia las personas con discapacidad, negando su autonomía sexual y reproductiva.

Fue necesario la aparición de un caso para que esto fuera puesto en discusión. Una joven de 15 años, cuya identidad fue resguardada bajo las siglas A.G, de la Provincia de Chubut, quiso acceder a un aborto luego de haber quedado embarazada en el año 2010, producto de una violación por parte de su padrastro. Las autoridades del Hospital de Comodoro Rivadavia, donde llegó esta solicitud de atención, decidieron recurrir a la Justicia, dando inicio a un extenuante recorrido judicial que se resolvió cuando el Tribunal Superior de Justicia de Chubut enmarcó el caso como uno de los supuestos de aborto no punible del artículo 86 del Código Penal, mencionado anteriormente. De esta manera la joven pudo realizarse el aborto. Esto culminó con la confirmación por unanimidad por parte de la Corte Suprema de Justicia de la sentencia del Tribunal Superior provincial.

De ahí que el 13 de marzo del año 2012, la Corte emitió el histórico fallo «A.F. s/medida autosatisfactiva», más conocido como «Fallo F.A.L.», que determinó que cualquier aborto de un embarazo producto de una violación no es punible, sin importar la salud mental de quien lo practique. En otras palabras, el fallo interpreta el artículo 86 del Código Penal como causal legal a toda violación. Esto ayudó no solo a disipar la discusión y la incertidumbre envuelta en esta causal, sino principalmente en comenzar a plantear la idea del aborto como un derecho dentro de la agenda de la política sanitaria. "Este avance amplía el espectro de las causas en las cuales el sistema sanitario debe garantizar el acceso al aborto, pero aún no contempla la voluntad de la gestante como una de ellas" (Tajer, 2019, pág. 77).

Volviendo a la normativa vigente, otro punto importante a destacar de la Ley refiere al plazo de días correspondiente a la atención de la interrupción del embarazo, ya que la solicitud de una IVE/ILE debe priorizarse. La normativa dispone que los servicios del sistema de salud deben cumplir con el acceso a dicha práctica en un plazo máximo de 10 días corridos desde su requerimiento y garantizando las condiciones que se establecen tanto en esta ley, como en la

Ley Nº 26.485 “Ley de Protección Integral a las Mujeres” (2009) y la Ley Nº 26.529 “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” (2009). Asimismo, las condiciones mínimas y los derechos en la atención integral que el personal de salud debe garantizar son nombrados y explicados en el quinto artículo: trato digno, privacidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, acceso a la información y calidad. En términos normativos, la Ley, junto con los protocolos y legislaciones de los tres niveles del Estado, forman parte de la caja de herramientas que enmarcan las intervenciones profesionales y se constituyen como soporte legal para el ejercicio de la práctica cotidiana dentro de las instituciones.

En los artículos subsiguientes se tratan cuestiones vinculadas al consentimiento informado, el protocolo a seguir con personas menores de edad y con capacidad restringida, el ejercicio de la objeción de conciencia, la cobertura y la calidad de las prestaciones, el llamado a implementar la educación sexual integral para prevenir embarazos no intencionales, y la capacitación del personal de salud en los contenidos de la ley. Respecto a la objeción de conciencia, específicamente, se da un marco para ejercerla, basado en la buena fe y la no obstaculización, resguardando las convicciones morales de la persona que objeta. Pero principalmente, la ley dispone que la objeción de conciencia no puede ser ejercida para impedir el ejercicio del derecho a la interrupción del embarazo.

Podemos pensar con más profundidad que, con la Ley, se dio un cambio de paradigma, que le concedió un lugar primordial a la voluntad y el deseo de las personas con capacidad de gestar de interrumpir un embarazo no deseado. En este sentido, permitió devolverle el saber y la autoridad sobre su cuerpo a quien lo habita, teniendo como objetivo final reducir las inequidades en salud, de género y socioeconómicas.

La sanción vino acompañada del “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo” (Ministerio de Salud, 2023), dirigido al personal de salud, el cual es responsable de asegurar y no obstruir el derecho a esta práctica. El protocolo para los equipos de salud ayuda a clarificar la interpretación de las normas y unificar criterios al brindar una guía para organizar y articular eficazmente los medios y recursos. Esta guía contiene dos partes: mientras que una está dedicada a desarrollar el marco legal, la segunda parte se ocupa de describir el proceso de atención integral, explicando al profesional que el procedimiento a utilizar dependerá de la edad gestacional, las preferencias de la persona gestante y las posibilidades del efector de salud. A partir de esto, podemos decir

que “los contextos de legalidad también son importantes para que los y las profesionales se sientan protegidxs y avaladxs para garantizar este aspecto del derecho a la salud” (Tajer, 2019, pág. 80).

No obstante, no se trata del primer protocolo, es una actualización del protocolo aprobado a fines del año 2019, que a su vez fue una actualización del de 2015, que ha tomado de base las dos guías previas, conocidas bajo el nombre “Atención para abortos no punibles”, de los años 2007 y 2010. El protocolo es una herramienta para la gestión de la política sanitaria, que se va actualizando a medida que transcurre el tiempo, con el fin de incorporar nuevas legislaciones y adelantos científicos respecto a la temática. La gran diferencia que destaca al protocolo vigente en particular, es que se trata del primero que cuenta con el respaldo legal y legítimo de una decisión del Congreso de la Nación y el que reconoce el derecho a las personas gestantes al pleno ejercicio de su autonomía reproductiva. Es un protocolo sanitario que condensa muchos años de luchas, y que contribuye a que la ley lograda no quede en “letra muerta”.

La Ley se dirigió a la población para informar sobre un derecho, le habló a los efectores y profesionales de la salud sobre sus obligaciones legales, y le impuso al Estado el deber de garantizar el derecho a la IVE. También devuelve autonomía a nuestros cuerpos sobre los cuales la historia fue cruel al darnos la posibilidad de concebir sin la decisión en torno a la misma. Esto invita a reflexionar sobre que, durante muchos años, convivimos con un Estado cuyo marco legal castigaba a los cuerpos gestantes, y que actualmente eso se revirtió de alguna forma, acompañando los procesos de autonomía de las personas con capacidad de gestar.

A partir de la sanción de la ley, nos posicionamos en un nuevo comienzo, que nos plantea nuevos desafíos, nuevas luchas. Sería un error pensar que con la ley ya está todo dado y que no hay que seguir construyendo. Debemos garantizar el cumplimiento de la Ley avanzando en el acceso al aborto legal, seguro y gratuito desde prácticas profesionales comprometidas con los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos.

Por esto, que sea ley… siempre.

3. Las múltiples facetas del aborto

La interrupción del embarazo es un tema que aún genera dudas, incertidumbre, controversia, interés, y diferentes formas de pensar su abordaje desde la intervención profesional. Teniendo en cuenta esto, pensar el aborto desde un único aspecto implica

invisibilizar las otras caras de la temática que hacen también a la misma; “el aborto se representa y se narra desde diferentes perspectivas en función de los actores implicados” (Miranda Lucas y Comas d’Argemir, 2016, pág. 45). Por ello, me gustaría referirme a este tema desde al menos cuatro enfoques: el aborto como un problema, como el derecho a decidir, como una experiencia en la vida reproductiva y un disparador de otro entramado de problemáticas, y como la condensación de un proceso político.

3.1 El aborto como problema

En este primer punto, es posible pensar una bifurcación de la conceptualización del aborto como un problema desde dos formas posibles: el aborto como un problema de la salud pública, y el aborto como un problema para las personas gestantes.

Respecto a la primera idea, hemos escuchado en numerosas ocasiones que el aborto constituye un problema que pertenece al campo de la salud pública; en otras palabras, el aborto, históricamente, ha sido entendido y abordado en el sistema de salud como un problema. Esta argumentación hace referencia a diferentes cuestiones. En primer lugar, por el impacto en la mortalidad materna, debido a que antes, en nuestro país, una parte significativa de la misma se debía a abortos inseguros que se realizaban de forma clandestina y sin supervisión médica, derivando en el fallecimiento de las personas gestantes. A raíz de esto, se comienza a pensar que mantener la ilegalidad del aborto conduce a más muertes evitables. Esto mismo está plasmado en el objeto de la ley, que fue citado en al apartado anterior, cuando refiere que el fin de la misma es reducir la morbilidad y la mortalidad prevenible.

En segundo lugar, por el impacto que genera la desigualdad social en esta temática puntual, afectando de manera desproporcionada a personas gestantes de sectores vulnerables, ya que quienes tenían los recursos económicos suficientes accedían al aborto en clínicas privadas de forma más segura. En tercer lugar, porque se ha instalado en la agenda de la salud pública que la interrupción del embarazo forma parte de la salud sexual de las personas.

Esta conceptualización puede conducir a pensar que, el aborto como problema de salud pública, debe ser resuelto en dicho campo. Y si bien esta argumentación es totalmente válida, habiendo sido fundamental en el inicio de la despenalización social del aborto, hoy en día podemos reflexionar sobre lo que quedó en segundo plano detrás de esta argumentación, y que es aún más importante: el aborto pensado como un derecho.

Por otro lado, la segunda idea se vincula a la necesidad imperiosa de solucionar lo que para la persona gestante es un problema (el aborto) y debe resolverse inmediatamente. También podemos relacionarlo al tiempo en que esta práctica fue penalizada no solo social sino también legalmente, ya que hasta hace muy poco, en la Argentina, era un delito y se encontraba regulado por el Código Penal. Sobre esto nos preguntamos, ¿cuáles son los impactos en la subjetividad de vivir en un país donde el aborto es ilegal, o legal solamente por causales? Esto condujo a que el aborto fuera un problema para las personas gestantes a la hora de buscar resolver cómo realizar esta práctica, siendo algo que debía hacerse a escondidas de su entorno, sumando el peso mismo de la ilegalidad. Este contexto también acarreaba que fuera impensado acceder a una interrupción, y que el problema sea llevar a cabo un embarazo no deseado. En este sentido, respecto a esta idea planteada, también es posible revisitar cómo el aborto pensado como derecho queda en segundo plano, sobreponiéndose su conceptualización como problema, en un contexto signado por la falta de normativa vigente que acompañe el deseo voluntario de las personas con capacidad de gestar.

Por otro lado, un aspecto que es esencial desmitificar también es el de conceptualizar el aborto como un problema sólo de las personas pobres que no pueden pagar abortos clandestinos. Sobre esto, se cuestiona que, si el aborto clandestino es un problema, no solo atañe a las personas que no lo pueden pagar, sino que es un problema de todes; aún quienes podían acceder al aborto de forma paga lo hacían en condiciones de clandestinidad y, por supuesto, sin informar a nadie del entorno cercano (Tajer, 2019).

Concluyendo este primer aspecto, podemos decir que la interrupción del embarazo requiere intervención, requiere diálogo, requiere romper estigmas y creencias. No constituye únicamente un problema, ni tampoco debe pensarse ni resolverse desde un único campo de conocimiento o disciplina.

3.2 El aborto como el derecho a decidir

Otro aspecto del aborto, y que lo define, es que implica en sí mismo el derecho de las personas con capacidad para gestar a decidir sobre sus cuerpos, sobre sus vidas y sobre el mandato de la maternidad. La interrupción del embarazo no es un evento único o aislado, se encuentra enmarcado en el respeto y el cumplimiento de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, reconocidos como parte integral de los derechos humanos. Estos refieren a la posibilidad de decidir en forma autónoma y sin discriminaciones si tener o no hijos, cuántos tener y el espaciamiento entre sus nacimientos (Ferrara, 2016). Por lo tanto, no acceder al aborto

mediante procedimientos seguros, de calidad y gratuitos, se constituye indiscutidamente en una violación de los derechos humanos. La ilegalidad del aborto voluntario es un claro marcador del margen que existe en las sociedades para que una persona con capacidad de gestar decida por sí misma; este marcador, por lo tanto, mide el grado de autonomía que las personas tienen en la sociedad.

Si tenemos que ubicar en tiempo y espacio cuándo comenzó a reconocerse mundialmente los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos como parte de los derechos humanos, debemos trasladarnos al año 1979. Con la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer se reconoció el derecho de las mujeres a decidir la cantidad y espaciamiento de los hijos. Si bien no hubo una manifestación clara respecto a los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, se sentó un precedente. Llegamos al año 1994, cuando tuvo lugar la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, una reunión coordinada por la Organización de las Naciones Unidas que tuvo lugar en El Cairo, Egipto. Con esta Conferencia se reconoce explícitamente que los derechos sexuales y reproductivos forman parte de los derechos humanos universales; y también se vincula la salud sexual y reproductiva con el desarrollo, la equidad de género, la autonomía de las mujeres y el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre su vida reproductiva. Al año siguiente, en 1995, en la Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing, China, se refuerzan estas mismas cuestiones, enfatizando como único objetivo la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, ubicado en el centro de la agenda mundial.

Desde ese entonces, y a nivel mundial, se consolidó un consenso internacional de que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos. Además, se empieza a adoptar un enfoque de género que reconoce que toda la estructura de la sociedad y las relaciones entre las personas debían ser reevaluadas, repensadas y modificadas. Este proceso de conquista paulatina de derechos deviene de un extenso período de vulneraciones, desigualdades y control de los cuerpos; discusión que fue excluida de la escena pública y de las decisiones políticas de los países, y que ha obstaculizado el derecho a decidir sobre nuestros cuerpos.

En la Argentina, la Reforma Constitucional del año 1994 es reconocida por ser el punto de inflexión en materia de derechos humanos, al brindar rango constitucional a tratados internacionales, ampliando el marco de protección, reconocimiento y jerarquización de los derechos, en consonancia con los consensos internacionales de la época. Esto implicó que los principios y obligaciones emanados de dichos tratados adquieran la misma supremacía

normativa que la propia Constitución. Como consecuencia directa de esto, el Estado argentino quedó obligado a garantizar el ejercicio de los derechos consagrados, entre ellos los sexuales y reproductivos.

En simples palabras, si hay un derecho existe la obligación de garantizarlo. Y la forma en que nuestro país comenzó a emprender este camino fue con la sanción, en el año 2002, de la Ley Nº 25.673, la cual crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. A partir de esto, se reconoce que el Derecho a la Salud comprende la Salud Sexual y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no planificados, sumando el acceso a la información, orientación y métodos referidos a la procreación responsable. Asimismo, garantiza el acceso gratuito a métodos anticonceptivos en hospitales, centros de salud, obras sociales y prepagas. En los años posteriores, en la Argentina se sancionan una seguidilla de importantes leyes que garantizan derechos vinculados a los derechos sexuales y reproductivos: Ley Nº 26529 Derechos del Paciente; Ley Nº 26.485 Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales; Ley Nº 26.743 Identidad de Género; Ley Nº 26.618 Matrimonio civil; Ley Nº 26.862 Fertilización Asistida; Ley Nº 26.130 Anticoncepción quirúrgica; Ley Nº 26.150 Educación Sexual Integral; Ley N° 27.610 Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

Retomando la reflexión teórica, los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, al ser incluidos en los derechos humanos, en tratados internacionales y en la propia Constitución, son inalienables y parte del ejercicio de la ciudadanía. Para ser ciudadanos plenos, necesitamos construir una identidad política como sujetes autónomos, donde la maternidad y la adscripción a la vida familiar sean producto de una decisión individual y autónoma fruto de un derecho, no de una imposición social, y libre de coacción, violencia y discriminación.

Durante un largo período los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos fueron tenidos en cuenta en una asociación directa entre mujer y maternidad y el foco sobre la salud de la mujer fue puesto en relación al proceso reproductivo y también como factor de producción. Paulatinamente nos fuimos distanciando de estas concepciones, entendiendo la importancia del derecho al goce, de la libre expresión sexual y de la capacidad de decidir sobre nuestros cuerpos. De este modo, nos empezamos a referir ya a derechos sexuales “no”

reproductivos, que desnaturalizan la maternidad como único destino posible en el proyecto de vida de las personas con capacidad para gestar.

En este sentido, el abordaje de la interrupción del embarazo debe enmarcarse en el respeto de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, como parte fundamental de los derechos humanos de las personas con capacidad para gestar y para decidir. Y también como deber de todo profesional de la salud, cuyas intervenciones y estrategias deben apuntar a cuestionar el destino cultural acerca de la maternidad y del "deber ser" que ronda como un fantasma sobre nuestros cuerpos gestantes. La repetida expresión "mi cuerpo, mi decisión" debe constituirse como algo real, entendiendo que la maternidad es una elección personal y que es deber de los equipos acompañar tanto en el deseo de maternar como en el deseo de no hacerlo, asegurando la privacidad, el trato digno y la información de calidad, y promoviendo sobre todo el reconocimiento y concientización sobre los propios derechos.

No obstante, es importante reconocer que aún en la actualidad las presiones sociales de la maternidad y el rol de las personas con capacidad para gestar continúan siendo un gran desafío que debemos deconstruir para avanzar. Estas creencias y prejuicios no atañen solamente a la población en general, sino que toca de cerca al personal de salud, principal actor de la atención integral para la interrupción del embarazo, y responsables, en ocasiones, de la dilatación de tiempos, transmisión de sus propias creencias y la desinformación, influyendo de forma directa en las decisiones de quienes solicitan una IVE/ILE.

Sabemos de forma explícita que respecto al aborto hay un posicionamiento a favor y otro en contra, que es muy fácil de dilucidar. Pero lo dicho hasta el momento nos permite pensar que existen diferentes posturas dentro de un mismo posicionamiento. Por ello nos preguntamos, ¿desde qué posicionamiento se puede estar a favor del aborto? ¿Solo por la necesidad de reducir la mortalidad materna como reducción de daños? ¿O porque es un derecho a decidir cuándo la elección es maternar y cuándo no? Levantar la bandera del derecho a decidir, por sobre la reducción de daños, no implica ignorar y pasar por alto las muertes evitables producto de la clandestinidad. El punto de interés está en que se reconozca el derecho a decidir sobre nuestros cuerpos, y que, principalmente, este derecho sea garantizado de forma gratuita y acompañada. Esto último se vincula a que las desigualdades de clase también afectan la soberanía de los cuerpos y profundizan las brechas de acceso entre las personas con capacidad de gestar.

En conclusión, desde este trabajo se parte de comprender que el acceso a una interrupción del embarazo forma parte de los derechos sexuales, reproductivos y no

reproductivos enmarcados dentro de los derechos humanos inherentes a todas las personas. Esto también implica de forma inherente el acceso a una atención integral de calidad, la cual se materializa en el espacio de la Consejería, tema que se ahondará en el capítulo siguiente.

3.3 El aborto como experiencia en la vida reproductiva y disparador de otro entramado de problemáticas

Así como la maternidad constituye una experiencia en la vida reproductiva de las personas con capacidad para gestar, el aborto también lo es. Sin embargo, no solo se trata de una experiencia personal e individual sino que se plantea como hecho social complejo que se enmarca en un contexto de relaciones de poder donde están involucradas cuestiones vinculadas a la salud, la sexualidad, la maternidad y la moral (Discacciatia et al., 2020). Esto hace que la interrupción del embarazo no sea una consulta o una práctica más.

Es indiscutible que la decisión sobre gestar o no hacerlo, de maternar o no, atraviesa un sinnúmero de dimensiones que las posibilitan o las obstaculizan. Existen una gran diversidad de circunstancias por las cuales una persona decide abortar, y esto hace a la singularidad del acto. En esta decisión se encuentran y chocan los deseos con el deber ser, apareciendo en la escena las presiones sociales tradicionales de la reproducción, aquellos llamados "instintos maternales", no dando lugar a que puede llegar a suceder que no exista un deseo que viabilice una crianza. En este sentido, la interrupción del embarazo, entendida como experiencia en la vida reproductiva, viene a poner en jaque la condición maternal como mandato ineludible de las personas con capacidad de gestar.

Es interesante concebir al acto de abortar como "desestabilizador de lo femenino ligado a lo maternal", permitiendo otros destinos posibles y alternativos al de ser madre (Zorzoli, 2024). "Interrumpir un embarazo, impedir un nacimiento, paradójicamente proyecta un futuro para alguien. A partir de esta decisión la persona recobra la esperanza de inventar una nueva forma de habitar su cuerpo" (Zorzoli, 2024, pág. 95).

Así como se trata de una experiencia singular, el aborto también es un acto atravesado por la complejidad, por las significaciones simbólicas y culturales que se ponen en juego. Su complejidad deviene de que es un tema en el que se entrelazan dudas, miedos, incertidumbres, mitos, imaginarios, que se diversifican por clase y generación. Mucho de esto es consecuencia de la ilegalidad de muchos años de esta práctica, atravesada por la condena social y vincular. No obstante, pese a la despenalización legal y, en parte, social, y la eliminación del riesgo de

muerte al llevar adelante la práctica, la legalidad no evita la carga emocional y corporal que el aborto conlleva. Sobre esto último, no debemos confundir el acceso y la exigibilidad de un derecho con el dilema que cada persona puede tener frente a la decisión de abortar (Tajer, 2019). "Que el hecho de que exista acceso a un aborto legal, seguro, libre y gratuito no significa que una mujer deba abortar, sino que su proceso de decisión acerca de si continuará o no con la gestación se dará en un marco de legalidad en el cual podrá decidir si desea o no seguir con el proceso" (Tajer, 2019, pág. 81). Actualmente, no hay espacio para que la clandestinidad y el riesgo de muerte influyan en la toma de decisión, ya que el marco legal de seguridad sanitaria está dado.

Otro aspecto importante a mencionar, es que, en gran parte, "la situación de aborto opera como disparadora de otro entramado de problemáticas que atraviesan a la persona gestante, invisibilizadas o no planteadas en otros ámbitos" (Schneider, 2024, pág. 108). Cada persona que se acerca a solicitar una interrupción de su embarazo no lo hace por el único motivo de querer hacerlo, sino que se encuentra atravesada por una diversidad de cuestiones que pueden o no ser catalogadas como problemáticas, pero que condicionan a la persona gestante en la toma de su decisión. Estas cuestiones pueden vincularse a la situación socioeconómica, habitacional, escolar, laboral, etaria; e incluso pueden aparecer otras relacionadas a la violencia de género, el consumo problemático de sustancias, la ausencia de referentes o redes cercanas de contención. Estas situaciones, que han sido invisibilizadas o segmentadas, deben ser contempladas de forma integral, al mismo tiempo que se acompaña en la decisión de continuar o no un embarazo.

Por todo lo mencionado, es que se requiere indispensablemente de un acompañamiento interdisciplinario, en el marco de estrategias integrales y espacios propicios para el respeto en la toma de la decisión. Es importante recordar que "cuando intervenimos sobre problemas sociales no intervenimos solo sobre problemas sociales, intervenimos sobre el padecimiento que los mismos generan" (Montaño, 2000, pág. 118). Sobre esto, la Ley permitió construir una oportunidad para acompañar otras situaciones de vulneración, que atraviesan también a la decisión de interrumpir un embarazo.

3.4 El aborto como condensación de un proceso político

Tal como expresa Hermida "siempre es importante reponer el contexto de la situación que nos convoca" (Hermida, 2024, pág. 7). Por ello, es esencial destacar que nada de lo conquistado hubiera sido posible sin la lucha de los movimientos feministas, con la reconocida "marea verde", que inundó las calles de nuestro país y logró instalar la temática del aborto en

la agenda pública y política, lo que derivó finalmente en el reconocimiento del derecho al aborto. La creciente visibilización empezó en el año 2018, luego de la presentación del Proyecto de Ley de IVE. Como se mencionó al principio, fue necesario sembrar la popular frase "el aborto siempre existió", para preguntarnos qué hacemos con esta afirmación y cómo nos posicionamos frente a ello: ¿es un derecho? ¿De quiénes? ¿Es asunto del Estado? ¿Cuáles son los procesos que transitan las personas que solicitan una IVE/ILE? ¿Cómo nos preparamos para dar respuesta a esa solicitud?

No obstante, esta lucha no nace ni culmina en el año 2018. En primera instancia, nos remontamos al año 2005, cuando en la Argentina se lanza la "Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito". Luego, al año siguiente, la Campaña formuló su primer Proyecto de Ley, el cual fue presentado en el año 2008, y en los años subsiguientes se realizaron reiteradas presentaciones, no alcanzando la instancia de votación en el Congreso de la Nación. El quiebre se dio en el año 2018, cuando el 6 de marzo la Cámara de Diputados otorgó media sanción al Proyecto, pero la Cámara de Senadores lo rechazó con la mayoría de votos negativos, lo que impidió que volviera a considerarse hasta dos años después.

Si bien en el plano legal y público era incipiente el debate sobre la interrupción voluntaria del embarazo, en otros espacios la discusión ya estaba zanjada, y ya existían actores que se estaban ocupando de ello: Socorristas en Red. Se trata de una red de feministas de la Argentina que realizaban acompañamientos en situaciones de aborto, y que decidieron articularse para compartir saberes y experiencias, siendo sus primeros inicios en el año 2012. Su objetivo era brindar información sobre los usos seguros de medicación para abortar, acompañando a las personas gestantes en sus decisiones, en el marco de un espacio amigable y confiable, a través de líneas telefónicas públicas. Esto lo hacían siguiendo los lineamientos y protocolos dispuestos por la Organización Mundial de la Salud respecto a la temática. A su vez, trazaban vínculos necesarios con efectores de salud para la atención post-aborto. No solo fue importante la tarea de las socorristas en cuanto a la garantización de un derecho mundialmente reconocido -pero nacionalmente no-, sino también fue esencial su producción de conocimiento situado y feminista, sistematizando el activismo realizado y recolectando información estadística. Esto mismo posibilitaba "generar saberes sobre las prácticas de aborto, es información que permite derribar mitos e ideas circulantes por el sentido común" (Socorristas en Red, 2016, pág. 2).

A fines del año 2020, en un contexto particular signado por la crisis sanitaria producida por la pandemia, la lucha de años de los feminismos convirtió en ley el derecho a abortar. Esta sanción vino a reparar una deuda histórica que el Estado tenía con nuestros cuerpos, logrando visibilizar una práctica ancestral vinculada a la decisión de las personas con capacidad para gestar sobre maternar. También constituyó una contestación y oposición a los mandatos que el patriarcado impuso en relación a la reproducción a cargo exclusivamente de los cuerpos gestantes. El impacto social que generó esta sanción en las agendas sanitarias fue el acercamiento de las personas gestantes a solicitar su derecho y el empuje para trabajar en su acceso; esto se relaciona también a la despenalización social que también devino a partir de su legitimación. Por ello, entendemos que la garantía del ejercicio de este derecho no culmina con la Ley, sino que allí comienza otro momento para garantizar lo que la normativa plantea.

Los avances significativos logrados con la implementación de la Ley, pueden llegar a ser opacados por nuevos obstáculos sobre los cuales debemos prestar atención: presencia de grupos religiosos, escasa formación académica en perspectiva de género y derechos humanos, avance de movimientos antiderechos, desmantelamiento del Estado. Respecto a esto último, la Argentina se vio atravesada por profundas modificaciones en el plano estatal, producto de un exacerbado giro a la derecha oficiado por el gobierno a cargo de la gestión del Estado nacional desde diciembre del año 2023, el cual continúa implementando un ajuste del gasto público y una restricción de la inversión social. Las políticas que se llevaron adelante afectan tanto a los sectores más vulnerables y castigados de nuestra sociedad, como a aquellos grupos que antes estaban protegidos por ciertos derechos, siendo “empujados hacia la precarización infringida desde el mismo Estado” (Milotich, 2024, pág. 85, como se citó en Hermida, 2024, pág. 7).

Muchas de las conquistas logradas por el movimiento feminista y puestas en funcionamiento en el gobierno anterior, fueron revocadas. Ejemplo de ello es el cambio de rango del Ministerio de Mujeres, Género y Diversidades a Subsecretaría de Protección contra la Violencia de Género, dependiente inicialmente del Ministerio de Capital Humano, para luego pasar a la órbita del Ministerio de Justicia. Esto era sólo un “mientras tanto” para completar su cierre definitivo como Subsecretaría tiempo después.

Otro intento, no concretado por el momento, de revocar derechos, tiene que ver con la presentación del proyecto de Ley, por parte del partido político La Libertad Avanza, para derogar el aborto legal, seguro y gratuito, y penalizarlo con condenas de cárcel. En momentos como el actual, cuando se vuelve a poner en tela de juicio conquistas tan importantes como la

legalización de la IVE, “se reedita la máxima de que los cuerpos feminizados no tenemos (ni debemos esperar tener) la potestad de administrar, no ya nuestros bienes, nuestros vínculos, nuestras ideas, sino nuestro propio cuerpo” (Hermida, 2024, pág. 8). Es esencial tener en cuenta que la Ley no sólo disputó el acceso a la salud, sino también la posibilidad de sobrevivir y decidir para los cuerpos gestantes que, antes, por fuera del sistema legal de causales, quedaban arrojados a la violencia, la desprotección, la clandestinidad y la muerte.

Estas medidas, y las que están por venir, cuestionan las redes institucionales y legales que brindan una protección contra la precariedad de los cuerpos, así como también ponen en riesgo y exponen las propias vidas de los integrantes de dichos colectivos. Esas redes las tejen, la sostienen, la cuidan, la defienden los cuerpos politizados y los cuerpos profesionales.

Por todo lo mencionado es que se plantea la interrupción voluntaria del embarazo en tanto derecho como la condensación de un proceso político, y no sólo como un evento biológico o experiencia en la vida reproductiva. Y en tanto proceso político, existen idas y vueltas, avances y retrocesos, fortalecimientos y debilidades. Entendemos que el desafío actual es el cumplimiento efectivo de la Ley Nacional respondiendo a la demanda de manera integral desde el sistema de salud público. En ocasiones, el contexto puede ser favorecedor porque existen políticas públicas comprometidas en impulsar el cumplimiento de la ley. En otro momento, nuestro contexto puede ser perjudicial y debemos ser nosotros quienes exijamos e impulsemos su cumplimiento.

4. El pasaje en la concepción de salud: desde un enfoque reduccionista a una visión integral y feminista

Este apartado surge a raíz de pensar acerca de la causal que permite practicar una interrupción del embarazo cuando está en riesgo la salud integral de la persona gestante. Frente a esto, la responsabilidad de los equipos de salud es evaluar dicha causal para garantizar el acceso a la interrupción de manera legal. A la hora de reflexionar sobre esto, surgen interrogantes: ¿cómo definimos a la salud? ¿Hay una única salud posible? ¿Qué conlleva un abordaje integral de la misma?

Cuando se trata de conceptualizar la noción de salud, es clave tener en cuenta que confluyen diversas perspectivas, saberes, poderes y discursos que se disputan en el campo de la salud. En este sentido, la noción de salud se construye socialmente y está vinculada estrechamente a las circunstancias históricas de nuestro contexto particular. En esta misma

línea, Pacheco sostiene que la salud se "expresa a través de pautas de interacción, costumbres y creencias por las que resulta posible comprender el sentido que tienen para las personas, y que contribuyen a la elección y organización de los sistemas de cuidado" (Pacheco, 2020, pág. 2).

Ciertamente, en lo primero que pensamos a la hora de precisar lo que entendemos por salud sea la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (1948): un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta conceptualización es, tal vez, la más difundida y aceptada internacionalmente. No obstante, es posible problematizarla a partir de interrogarnos sobre si es posible alcanzar en algún momento ese "estado de completud" al que hace referencia, y si aquello es realmente factible de realizar en las sociedades contemporáneas complejas signadas por profundas desigualdades. ¿Cómo, a partir de esta definición, los servicios de salud y les profesionales piensan y realizan su trabajo?

Históricamente la idea de salud estuvo, y continúa estando, estrechamente vinculada a la enfermedad, o a la falta de ella. Concebida esta última como algo externo a las personas, algo en lo cual les profesionales de la salud deben concentrarse exclusivamente, dejando por fuera a las personas que la vivencian. Esto trae como consecuencia por un lado, reducir la noción de salud en términos meramente fisiológicos e individuales y por el otro, reducir a cada sujeto a su cuerpo y este a sus características señaladas como "anormales". Sobre este tema, Pérez expresa que "el rasgo «anormalizado» (...) es también la puerta de entrada de la patologización y del trabajo de «corrección» de los cuerpos para llevarlos nuevamente al terreno de lo «saludable». (...) El concepto de «salud» funciona de hecho como un instrumento legitimado para el ejercicio de distintas formas de violencia sobre los cuerpos «anormalizados», en pos de su normalización" (Pérez, 2019, pág. 32). Es el régimen normalizador el que determina que existe el cuerpo sano y, como contrapartida, el cuerpo enfermo.

Dentro del campo de las prácticas de salud se interviene a partir de un lugar socialmente legitimado, como es el de la medicina, y tales intervenciones se traducen en acciones y procesos de cuidado de la salud sobre un otro que, en muchas ocasiones, es tomado como objeto, y no se lo incluye como sujeto en acción (Carvalho et al., 2007). Ese sujeto que, a su vez, es único e irrepetible, y ese "estado de completud" al cual hace referencia la Organización Mundial de la Salud, borra todo tipo de singularidades que caracterizan y determinan a las personas. Por otro lado, esta definición también se caracteriza por su a-historicidad y estatismo. En oposición a

esto, resulta pertinente el interesante planteo de Floreal Ferrara, un sanitarista argentino, que sostiene que la salud es lucha, "una búsqueda incesante de la sociedad, como una apelación constante a la solución de los conflictos que plantea la existencia"; y agrega que "la salud nunca es la misma, como tampoco lo es la sociedad" (Ferrara, 1985, pág. 10).

Sin embargo, y teniendo en cuenta el año en que la definición de la Organización Mundial de la Salud fue construida, no podemos ignorar el hecho de que constituyó un gran avance al intentar desprenderse de una concepción puramente biologicista de la salud, para pensar a la misma de forma integral y compuesta por varias dimensiones (física, mental-emocional y social).

A raíz de esta problematización del concepto tradicional de salud, en principio se deduce que la salud es un campo social complejo, que no equivale a la práctica médica hegemónica, ni tampoco se define por la mera ausencia de enfermedad. Por ello, entendemos que no existe "una" salud o "la" salud, sino que coincidimos con lo expuesto por Paz y Ramírez cuando refieren que debemos pensar en la existencia de "saludes diversas y plurales, porque si hay un único modo de salud, no puede ser sino opresivo" (Paz y Ramírez, 2019, pág. 95).

El enfoque integral de la salud refiere a que las afectaciones o riesgos hacia la misma no deben entenderse solamente cuando se enfrenta una enfermedad, sino que se deben incluir también todas aquellas situaciones que afectan integralmente a una persona. Pensar una noción amplia de salud implica considerar las condiciones de existencia de los cuerpos y sujetos, las emociones, las circunstancias de vida.

Desde una perspectiva de derechos, entendemos a la salud como un derecho y una condición inalienable de la dignidad humana, lo que implica pensar al Estado como garante de ese derecho (Pacheco, 2020), y como responsable del impacto en la subjetividad de las personas. Ciertamente, las concepciones de la salud a las que adscribimos y por las que luchamos responden a este paradigma integral, y no fragmentado, que excede la noción como algo que afecta al cuerpo. Por ello, para empezar a pensar en salud en sentido integral, deben tenerse en cuenta ciertos aspectos que hacen fundamentalmente a la vida de les sujetes, como lo son la vivienda, la educación, el alimento, los ingresos económicos, los vínculos con otres. A su vez, la visión integral incorpora no solo la dimensión clínica, sino también la psicológica, social y subjetiva, que funcionan como determinantes sociales de la salud y como causales que habilitan y enmarcan una solicitud por interrupción del embarazo.

En suma, podemos decir que la salud constituye un proceso histórico-social que incluye tanto enfermedades y padecimientos, como los procesos que la protegen y la potencian. También en ella está inmiscuida una compleja red de cuidados, que se funda en la interrelación entre usuarios, profesionales e instituciones, y se traduce en actitudes como el trato digno, el respeto y la protección. El trabajo humano es fundamental e insustituible en la producción del cuidado, aunque no sea reconocido socialmente. "Las saludes son procesos relacionales de cuidados y sus modos de gestionarlos" (Paz y Ramírez, 2019, pág. 95).

Las perspectivas hegemónicas actuales sobre la salud, que se encuentran tanto en la práctica sanitaria como en el sentido común, han chocado históricamente con perspectivas alternativas que ofrecen un cambio radical respecto del modo en que entendemos actualmente a les sujetes y la salud. De este modo, como el concepto tradicional y hegemónico de salud estuvo centrado en lo biológico y el cuerpo también lo estuvo en la masculinidad.

Por tal motivo, resulta fundamental interpelar el campo de la salud desde el lente del género. Los feminismos también han ayudado a poner en cuestión el modelo hegemónico de la salud, basado en la jerarquía del saber, el biologicismo y la concepción binaria y heteronormativa de los cuerpos. De este modo, plantean el desafío de lograr incorporar lógicas de construcción de una salud feminista dentro de las instituciones responsables de producirla. ¿Es posible pensar en la equidad en salud sin la autonomía de las personas para decidir sobre sus propios cuerpos?

Enfocándonos puntualmente en la salud sexual, esta es también llamada "salud de la mujer". Frecuentemente, en la agenda de salud vinculada con género, el "género" se reduce a "mujeres", y estas a mujeres cis, las cuales, a su vez, se reducen a su "marca diferencial", su capacidad reproductiva. Desde una perspectiva queer, Pérez plantea que "la salud sexual y reproductiva no compromete exclusivamente a las mujeres cis, sino a todo tipo de sujetos, comenzando por aquellos que tienen capacidad de gestar, sean o no mujeres" (Pérez, 2019, pág. 33). Comúnmente, cuando se habla de salud sexual, se la asocia de forma exclusiva con las relaciones sexuales, cuando en realidad sabemos que es mucho más que eso. Cuando hablamos de salud sexual desde una visión integral, nos referimos al (auto)cuidado, la necesidad de construir vínculos sanos, de desnaturalizar prácticas, poner límites, expresar nuestra verdad, decidir. También se vincula con la promoción del ejercicio de la autonomía, el respeto, el placer y la dignidad de las personas. En este sentido, una conceptualización integral de la salud sexual implica alejarnos también de la asociación mujer-maternidad, como único objeto de estudio y

práctica. Significa poner el foco desde otra perspectiva vinculada al derecho al goce y la expresión sexual, y los cuidados que ello conlleva.

A partir de todo lo dicho, si pensamos la salud de un modo integral, llevar adelante un embarazo no deseado e interrumpirlo no debe convertirse en una cuestión meramente médica, desestimando otras circunstancias y sentires que hacen a la salud integral. Cada persona gestante que se presenta a solicitar una interrupción del embarazo lo hace acompañada de una historia particular cargada de subjetividades. El rol de les profesionales de la salud debe ser acompañar a aquellas personas para que tengan las herramientas y la seguridad necesarias que aporten de forma positiva en la toma de decisión, que sea desde un lugar informado y veraz, poniendo en valor sus subjetividades. Y, por supuesto, no olvidarnos de la atención post-aborto, igual de importante que la instancia previa. Es por esto que, la mirada integral a la que adscribimos permite visibilizar la complejidad y multidimensionalidad de las vivencias que atraviesan las personas con capacidad de gestar, y también las dificultades, obstáculos, tensiones, potencialidades y facilitadores tanto de las instituciones del Estado como de les profesionales partícipes de aquellos ámbitos donde se plantea una demanda por interrupción del embarazo (Arminchiardi et al., 2024).

Con este apartado, apuntamos a retomar los diversos debates sobre el concepto de salud, que nos llevan a repensar sobre la necesidad de revisar los modelos vigentes de atención en salud si queremos, en verdad, promover la autonomía y la dignidad de las personas. Con la crítica expuesta no se busca un rechazo absoluto de la medicina, ni una desvalorización de sus prácticas. Como bien dice Pérez, invitar "a repensar su rol en nuestra cultura, poniéndola al servicio del bienestar de las personas, en lugar de que ellas se adapten a los requerimientos de las concepciones hegemónicas de la salud" (Pérez, 2019, pág. 38).

Por este motivo, debemos incluirnos en dicho ejercicio ya que estamos implicades en nuestras prácticas cotidianas por las nociones tradicionales y patriarcales sobre salud y sobre los cuerpos. Con este horizonte, se busca transformar el sistema de salud, cambiar sus lógicas de organización, para que cada une pueda vivir su corporalidad con autonomía y libertad, accediendo a una atención de calidad y un acompañamiento sin violencia ni discriminación. Para ello debemos identificar aquellos aspectos que hacen al funcionamiento de dicho sistema y que obstaculizan el acceso al derecho a la salud desde una visión integral y transformarlos en facilitadores. Y sobre todo, con la visión puesta en "una salud feminista, a inventar y multiplicar" (Paz y Ramírez, 2019, pág. 93).

CAPÍTULO 2: La consejería de salud sexual y no reproductiva del Policlínico San Martín de la ciudad de Rosario

El presente capítulo relata mi experiencia como estudiante en el Policlínico San Martín durante mis prácticas profesionales del año 2022. Sumado a esto, se expondrá lo desarrollado sobre la Consejería de Salud Sexual y No Reproductiva. Todo lo expuesto será relacionado con el diálogo surgido de la entrevista con una de las Trabajadoras Sociales del Policlínico, que desde el año 2019 al año 2023 estuvo desempeñando su rol allí.

Parte fundamental en nuestro camino de formación como futures trabajadores sociales son las prácticas profesionales durante tres años. Además de ser imprescindibles para avanzar en nuestra formación las mismas son razón motivante para nuestra continuidad en la licenciatura. Nos permiten conocer por primera vez y en primera persona, de forma más activa en ocasiones, o ocupando un lugar más ligado a la observación en otras, cómo se desempeña un profesional de Trabajo Social en diferentes ámbitos, puestos y contextos.

A lo largo de todo un año lectivo, y durante tres años, como estudiantes somos convocados a transitar espacios, instituciones, organizaciones; conocemos personas, profesionales, trabajadores, y estos nos conocen a nosotros, se aprenden nuestros nombres, nos permiten ingresar una o dos veces por semana a su espacio de trabajo diario. También observamos y aprehendemos las lógicas institucionales, los circuitos, la convivencia de los equipos de trabajo; somos parte de reuniones de equipo y/o reuniones interinstitucionales. Buscamos entablar un vínculo con la población, y agradecemos que nos permitan escuchar su demanda, padecimiento o problemática en las entrevistas. Comenzamos a comprender cómo funciona verdaderamente “lo público”, el Estado territorial, el Estado con los pies en la tierra, el que pone el cuerpo y tiene ojos para ver al otro, el que se le pone enfrente al Estado incorpóreo de la burocracia y las rigideces normativas en situaciones de emergencia (Merklen y Filardo, 2019). Y muchas veces nos indignamos, junto a los co-formadores, respecto a esto, pero al mismo tiempo, no dudamos en salir a defenderlo en tiempos de desfinanciamiento, incriminación y puesta en duda sobre su valor.

Es para distinguir también el rol fundamental de los co-formadores, sin elles nada de esto sería posible, al ser el “puente” entre nosotres y la institución, los demás trabajadores y la población. Incorporar estudiantes a la vorágine del desempeño profesional no es tarea sencilla ya que implica asumir la responsabilidad de ser sujetos activos en la formación académica de un estudiante.

Con esto, se busca desnaturalizar las prácticas profesionales como algo típico u obligatorio en nuestra formación, y comenzar a entenderlas como un punto de inflexión y de partida. Como bien expresa Hermida, "escribir es una forma de reescribir nuestra propia historia encontrando los porqués y paraqués que laten escondidos" (Hermida, 2024, pág. 8); en este caso, que laten escondidos en mi cuaderno de campo, principal herramienta de registro de mis prácticas profesionales. Escribir es "un modo de reencontrarnos con lo hecho para ver la trama oculta que sostiene los hilos de cada acción, decisión, acierto, error" (Hermida, 2024, pág. 8).

A modo de apreciación personal, cada una de las experiencias que transité en tres centros de formación profesional diferentes, serán recordadas por siempre. Y más aún mi paso por el Policlínico San Martín, que, sin siquiera imaginarlo en ese momento, se convirtió hoy en el objeto de investigación de este trabajo que culmina mi etapa como estudiante, colocando un punto y seguido en mi formación profesional.

En el siguiente apartado se expondrá una breve historización sobre el Policlínico San Martín describiendo su funcionamiento, organización y conformación. El Policlínico fue mi centro de formación profesional asignado en el año 2022, mientras cursaba el tercer año de la Licenciatura, siendo mis primeras prácticas profesionales.

1. El Policlínico San Martín como centro de formación profesional

El Policlínico San Martín es el centro de salud más grande de la Dirección de Centros de Salud de Rosario y se encuentra ubicado en Chubut 7145, en el distrito Noroeste, Barrio Belgrano. Su fundación se estima en el año 1973 lo que permite proclamarlo pionero entre los centros de atención primaria de salud. Dentro de la Red de Atención en Salud de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario compuesta por los tres niveles de atención, el Policlínico se ubica en el primer nivel, el cual corresponde a los centros de salud de la ciudad distribuidos en distritos. Se dice que constituyen la puerta de entrada al sistema de salud. Allí se brindan servicios de salud con el fin primordial de resolver necesidades de atención básicas y más frecuentes de la población.

El sistema de salud público en Rosario es representado como una red de interacciones entre todas las instituciones, recursos y trabajadores, que integra acciones del municipio, la provincia y la nación y cuyo objetivo principal consiste en cuidar y garantizar el derecho a la salud. Su organización en niveles corresponde a una división meramente conceptual, ya que al tratarse de una red cada nivel y dentro del mismo cada institución y/o dispositivo organiza su

accionar en red. Intenta abordar de forma integral la salud de la población dentro de un proceso de prevención-promoción-atención-cuidado. Siguiendo con la descripción de los tres niveles de atención, el segundo nivel está conformado por aquellos hospitales y servicios que se caracterizan por ser de mediana complejidad (Hospital Dr. Roque Sáenz Peña, Hospital Intendente Gabriel Carrasco, Hospital Juan Bautista Alberdi, Maternidad Martin, Instituto de Rehabilitación (ILAR), Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario), y, por último, el tercer nivel, compuesto por aquellos hospitales con mayor tecnología y atención de alta complejidad (Hospital de Niños Víctor J. Vilela, Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez). Esta red se completa con el Servicio de Internación Domiciliaria y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), con ambulancia para traslados y emergencias.

Asimismo, este trabajo en red no se limita al territorio de nuestra ciudad, sino que se extiende al resto de la provincia de Santa Fe, permitiendo intervenir, articular y cooperar junto con otras instituciones y/o dispositivos de otras localidades. La magnitud del tercer nivel convierte a nuestra ciudad en la principal referencia para muchas personas que padecen patologías complejas que requieren procedimientos especializados y que viven en otras ciudades, pueblos, e incluso provincias.

Dentro de este sistema, los centros de salud se rigen por una estrategia de salud transversal, denominada Atención Primaria de la Salud (en adelante APS) la cual supera los límites de la clasificación en niveles de complejidad. Esta lógica de atención primaria parte de entender a la salud como un derecho garantizando el acceso a una atención apropiada, integral y cercana con un enfoque territorial. A su vez, articula lo preventivo con lo promocional, da cuenta de lo singular, lo familiar y lo comunitario, y favorece la participación social (Schmidt, 2024).

Durante mi práctica preprofesional allí, logré advertir que se hacía referencia al Policlínico como un “mini-hospital” u “hospitalito” manteniendo una ambivalencia entre el primer y segundo nivel de atención. Para entender esta indeterminación debemos remontarnos al momento de su fundación. Su historia institucional comienza en 1927, a partir de la donación de los terrenos donde aún hoy se emplaza por parte de la familia Alzaga, con la condición de que en esos terrenos se construyera el “Hospital de Barrio Belgrano”. Esta donación incluía una cláusula de retrocesión: si el terreno no se destinaba al fin hospitalario previsto, debía ser devuelto a los donantes. Por ello, para 1937 ya se había fundado lo que llamaban “el hospitalito”, como un centro asistencial básico para los vecinos de la zona. Con el tiempo su

definición institucional devino en “policlínico”, entendido como un “efector de salud pública constituido por primer y segundo nivel de atención con guardia de 24hs polivalente, destinado a la atención integral de problemas de salud demandado en un territorio específico” (Borgna, Capra y Di Caro, 2016, pág. 13).

En este sentido, esta indeterminación propia de sus comienzos se traslada a nuestra contemporaneidad. Por un lado, el Policlínico actualmente cuenta con recursos de complejidad y tecnología superior (sector de rayos x, ecografía, “shock room”), mayores dimensiones edilicias (ocupando casi una manzana) y gran diversidad de especialidades médicas (cardiología, neurología, traumatología, ginecología, odontología, kinesiología, psicología, psiquiatría); se resaltan estos factores en comparación a otros centros de salud de la ciudad. Y por el otro, porque posee una guardia de 24 horas, recientemente construida, y que es la tercera con más demanda que recibe de Rosario, ya que cuenta con camas para una internación transitoria, así como también con el personal y el equipamiento necesario para la recepción, evaluación y estabilización de pacientes que se encuentren en estado crítico, permaneciendo allí hasta el momento en que se encuentren en condiciones de ser derivados a otro efector de la red de ser necesario. Estas particularidades son propias de un efector que comparte características tanto del primer como del segundo nivel de atención.

Esta actual forma de organizar la atención proviene de la propuesta de descentralización como estrategia de achicamiento del Estado que se desplegó durante la década de 1990, que habilitaría mayor decisión de los actores territoriales y acercaría las decisiones a los destinatarios de las acciones. Sin embargo, “lejos de generar una institucionalidad alternativa, deterioró los dispositivos institucionales preexistentes, muchas veces sin generar nuevas instituciones y trasladando a los territorios las responsabilidades sin los respaldos necesarios” (Arias, 2013, pág. 5).

Sin embargo, a mediados de los 90, y a partir de quienes lideraron la gestión municipal de ese entonces, Rosario marcó la diferencia al propugnar los principios de universalidad denunciando las políticas focalizadas (Campana, 2018). A partir de ese momento se comenzó a hablar de la construcción de ciudadanía y la participación social y a plantear la descentralización teniendo en cuenta las particularidades geográficas, poblacionales e institucionales de los territorios; a todo esto se suma un constante y marcado incremento del presupuesto municipal. Mientras que a nivel nacional las medidas neoliberales arrollaban la

política sanitaria pública, en Rosario, a la privatización y el vaciamiento se opuso la responsabilidad del Estado como garante de derechos.

En este contexto, se tornó estratégico en ese momento fortalecer el primer nivel de atención como gran base de sustentación de la red de Salud Municipal; a partir de esto el "Policlínico San Martín" pasó a ser designado como Centro de Salud (Borgna, Capra y Di Caro, 2016). Como consecuencia de esta decisión, la sala de guardia de 24 horas y la variedad de especialidades médicas se volvía innecesaria en una atención de primer nivel. Ante esto la comunidad no permaneció pasiva y los vecinos comenzaron a movilizarse reclamando la no degradación del Policlínico, proliferando asambleas entre vecinos y funcionarios. Como resultado, la guardia permaneció y se trasladaron sólo algunas especialidades al CEMAR. Sin embargo, el reclamo de vecinos no se disipó allí, sino que sentó un precedente; en los años que siguieron los vecinos presentaron proyectos en el Consejo para mejorar y agrandar la sala de guardia ante la alta demanda y la falta de espacio físico. La ampliación de la guardia fue votada en múltiples ocasiones en el conocido Presupuesto Participativo de Rosario. Este tan esperado deseo por la población, finalmente, se cumplió en el año 2019, con la inauguración de la nueva guardia al lado del centro de salud, con el fin primordial de profundizar un servicio de 24 horas para una vasta población. Estos hechos que forman parte de la historia del Policlínico, son un claro ejemplo de la frase "gente que lucha, y Estado que responde".

Más allá de su indeterminación entre un nivel u otro de atención, los aspectos descritos sobre el Policlínico (multiplicidad de especialidades, dimensiones edilicias, tecnología y complejidad, trayectoria histórica, reformas significativas) hacen que se diferencie y se autoproclame una referencia fundamental para la población usuaria del efector de salud, y para la población en general, al involucrarse con la comunidad, y por ende, con sus necesidades, demandas, problemas, trayectorias, representaciones. En suma, el Policlínico San Martín, desde la estrategia de intervención de APS, tiene como fin construir un sistema de salud más cercano.

2. El Trabajo Social en el Policlínico San Martín

A lo largo de las experiencias que obtuve en tres diferentes centros de formación profesional como estudiante, pude dilucidar que el lugar que ocupa el Trabajo Social en tanto profesión y disciplina tiende a ser cambiante y esto depende del contexto, del ejercicio profesional, de la institución, del equipo de trabajo, de la población. A su vez, cada profesional lleva su impronta al lugar donde desarrolla su intervención adecuándose a los marcos normativos e institucionales y a la ética profesional. Algunes se posicionan desde una actitud

más instituyente, otres desde una posición que se apoya en lo ya establecido. A esto último puede sumarse también el sentimiento de derrotismo por no poder cambiar la realidad desigual e injusta a través de la intervención profesional. Esta última, es definida por Cazzaniga como una puesta en acto de una acción con sentido, que tiene como punto de partida a la demanda de les sujetes (Cazzaniga, 2015). Cuando decimos que la intervención profesional se lleva a cabo desde un hacer fundado, nos referimos a que todas las intervenciones comprenden un modo particular de ver la realidad, una posición ética-política y una intencionalidad explicitada en buscar generar modificaciones en la situación, y donde la ética es el marco.

Particularmente, el espacio de Trabajo Social dentro del Policlínico San Martín, durante el período 2019-2023, se caracterizó por mantener un carácter instituyente, plasmado en la búsqueda de un espacio propio de la profesión dentro del centro de salud, la incorporación de una segunda trabajadora social por primera vez en la institución, el impulso por mantener las reuniones de equipo, el incentivo a repensar y mejorar los circuitos institucionales, la puesta en valor y necesidad de las visitas al territorio. Asimismo, las intervenciones se distinguían por un abordaje tanto individual, familiar y/o comunitario de las situaciones problemáticas o necesidades planteadas por la población, vinculadas a la salud desde una visión integral, desarrollando estrategias adaptadas a cada necesidad que promuevan el ejercicio del derecho a la salud. Entendemos la estrategia como "… una manera de ponerse en situación de aproximarse a alcanzar la meta: ganar espacio, ganar tiempo, establecer condiciones favorables a nuestro propio desempeño…" (Testa, 1995, pág. 11, citado en Guzmán Ramonda et al., 2019, pág. 5), es decir, más que un paso a seguir, como un proceso.

En el ínterin entre los años 2019 y 2021, hubo una sola trabajadora social. En la entrevista realizada, la misma relata sus comienzos en el Policlínico. El simple hecho de no tener un lugar físico fijo de referencia para les usuaries, fue puesto en discusión por la trabajadora social. En principio, desarrollaba su trabajo en el área de administración del "San Martín", ocupando una computadora para cargar registros, redactar informes y guardar archivos; y realizaba las entrevistas en cualquier consultorio médico vacío y disponible al momento de necesitar utilizarlo. El uso compartido con les trabajadores de la administración, en ocasiones, generaba molestias por las consultas espontáneas que realizaban usuaries a la trabajadora social al verla allí. La misma relata que a partir de que comenzó a reunir elementos ortopédicos y otros elementos que llegaban como donación, se planteó la necesidad de un lugar para guardarlos: *"generé tal desborde que dijeron, vamos a darle un consultorio, y fue así, nos dieron un consultorio. Yo en ese momento hacía chistes, pero cuando hacés el análisis*

institucional… Es porque molestaste en todos lados. Te ponen en un lugar para que no molestes más a nadie". Para la trabajadora social esto fue un verdadero logro, siendo que para otres esto es interpretado como lo contrario, argumentando que el tener un consultorio propio puede ser señal de no querer trabajar con el resto del equipo, aunque esto mismo no se le cuestiona al resto de las profesiones del centro de salud. Implícitamente, la advertencia de "encerrarse en los consultorios" acecha solo a les trabajadores sociales.

En el año 2021, durante la pandemia por Covid-19, ingresó una segunda trabajadora social al Policlínico San Martín con un fin diferente: integrar un dispositivo de soporte de salud mental en la guardia. Rápidamente, esto fue puesto en discusión por la primera trabajadora social planteando la verdadera necesidad de su incorporación: atender la demanda del centro de salud la cual era mayor que la de la guardia. En la entrevista, la misma relata que se elevó como solicitud a la Dirección de Trabajo Social aumentar la carga horaria de la nueva trabajadora social permitiendo así estar en el centro de salud y en caso de ser necesario, en la guardia. También turnarse entre ambas, intercambiando atención entre el centro de salud y la guardia. Esto significó un gran paso hacia una mejor atención para la población y hacia la descarga de todo el trabajo en una sola profesional.

Desde el espacio de Trabajo Social del Policlínico se sostenía una "atención a demanda", lo que se conoce como demanda espontánea: *"la gente venía, golpeaba la puerta, pasaba, y nosotras nos encargábamos de armar los procesos de atención"*. En el espacio del consultorio, la persona usuaria explicitaba el motivo de su consulta, a partir del cual las trabajadoras sociales definían líneas de intervención en articulación con las políticas sociales y los recursos disponibles para abordar las distintas situaciones. El horario de atención era de 8 a 14 horas, de lunes a viernes. También se incluía el uso del handy como otra herramienta propia de Trabajo Social del Policlínico para dar respuesta a consultas sencillas o brindar información. Respecto a la atención de la demanda, durante la entrevista, la trabajadora social presenta en retrospectiva cierta inquietud que surge de una comparación: mientras que en otros centros de salud se acostumbra a que les otres profesionales presenten situaciones a Trabajo Social, para que luego el trabajador social cite al usuarie, en el Policlínico esto no sucedía de esa manera. En palabras de la trabajadora social: *"yo no recuerdo haber citado a alguien en el poli. Nunca alguien nos contó algo, nos pidió intervención, para después citar y conocer a la persona. Era al revés, el paciente llegaba, lo escuchábamos, lo alojábamos y hacíamos el circuito con el médico"*.

Intersectorialmente, desde el espacio de Trabajo Social se intervenía con los Centros Cuidar, principalmente con el Centro Cuidar Belgrano, y con las escuelas, apuntando a una intervención más enfocada en trabajar por las niñeces y los grupos familiares. También se planteaba un trabajo en conjunto con las organizaciones sociales que había en el territorio; un ejemplo de ello fue el armado de campañas de vacunación durante la pandemia. De esta forma, el trabajo interinstitucional e intersectorial con los actores con los que se comparte un mismo territorio constituyó una parte fundamental de las intervenciones llevadas a cabo por las trabajadoras sociales en el Policlínico San Martín.

Compartimos la posición de Campana respecto a considerar la asistencia social como derecho, superando su posición residual asociada a la beneficencia y el clientelismo (Campana, 2017). Las trabajadoras sociales del Policlínico San Martín no rechazaban la dimensión asistencial de su oficio puesto que era una de las líneas con más prevalencia dentro de su intervención profesional. Desde esa lógica, y en el marco de los procesos de atención en salud, se acompañaba con prestaciones económicas (gestión de subsidios por subsistencia, por emprendimiento, por materiales), prestaciones materiales (gestión de solicitud de sillas de rueda, muletas, lentes) y prestaciones técnicas (asesoramiento de trámites, órdenes médicas, circuitos institucionales). El Trabajo Social funciona como mediador que ofrece información, acompañamiento y gestión con el fin de posibilitar el acceso a prestaciones y beneficios. Sin embargo, emergen tensiones cuando las demandas recibidas no se encuentran asociadas a una problemática de salud que habilite institucionalmente la intervención, en términos de elaboración de informe social y gestión de prestaciones. En estos casos, resulta relevante observar cómo el centro de salud se configura, para les usuaries, como una posible puerta de acceso al derecho a la asistencia, mediado por la intervención del área de Trabajo Social.

El Trabajo Social, en tanto profesión y práctica especializada cuya intervención profesional está orientada a transformar situaciones problemáticas, requiere del despliegue de técnicas e instrumentos que permitan pasar de la idea a la acción (Travi, 2007). Por lo tanto, es imprescindible no solo el conocimiento de lo que se pretende transformar, sino también el desarrollo de habilidades técnicas y el manejo del instrumental. La autora define la técnica como el conjunto de procedimientos y actividades utilizados en un oficio o arte. Lo instrumental se inscribe dentro de una perspectiva epistemológica y su construcción/utilización supone siempre una decisión teórica y político-ideológica, vinculada a valores, principios y una concepción acerca de les sujetes y el rol político del Trabajo Social. La técnica es siempre teoría puesta en acto.

Dentro de las técnicas utilizadas por las trabajadoras sociales del Policlínico San Martín, encontramos la entrevista, la observación, la visita domiciliaria, el informe social. No existe una visita domiciliaria en la que la palabra y la mirada no estén presentes así como tampoco se puede elaborar un informe sin una entrevista previa para conocer la situación. Si bien ninguna de las técnicas es específica del Trabajo Social, en ocasiones suelen ser atribuidas por otros actores institucionales como un mandato para la disciplina. Sin embargo, estas herramientas se diferencian de las atenciones que realizan otres profesionales. Esta diferencia radica principalmente en la formación profesional, que refiere a una experticia en el desarrollo de las mismas. Además, no cualquier diálogo en un consultorio entre un profesional y un paciente, constituye una entrevista; así como tampoco cualquier intervención realizada en un domicilio, refiere a una visita domiciliaria en sí misma.

En síntesis, el recorrido presentado permite comprender que el Trabajo Social del Policlínico San Martín se configuró como espacio clave dentro del centro de salud, no solo por las prestaciones que gestiona, sino por el modo específico de intervención que desplegaba. Se ofrecía "un modo específico de mirar la realidad, habilitando una puerta de entrada dentro del sistema de salud, enriqueciendo el análisis de la situación y de los procesos de salud-atención-cuidado" (Arminchiardi y Zorzoli, 2023, pág. 5). La impronta instituyente, la atención a demanda espontánea, el trabajo intersectorial y la apropiación crítica de técnicas e instrumentos dieron cuenta de una práctica orientada a ampliar la accesibilidad y a sostener una concepción integral del derecho a la salud. Las trabajadoras sociales operaron como mediadoras y productoras de estrategias en escenarios atravesados por la complejidad, la vulnerabilidad, las tensiones institucionales y los límites estructurales. De este modo, su intervención no sólo respondió a demandas emergentes, sino que contribuyó a disputar sentidos al interior de la institución, consolidando un lugar profesional que aún en contextos adversos buscó sostener una perspectiva ética-política comprometida con el derecho a la salud.

2.1 Tensiones en la construcción del trabajo en equipo

Por otro lado, las dificultades que desde el Trabajo Social se planteaban con respecto al desempeño cotidiano del Policlínico San Martín no se vinculaban con la población ni con la escasez de recursos, sino principalmente con el trabajo en equipo junto a les demás profesionales. Se identificaban múltiples tensiones por diversos motivos. Uno de ellos se relacionaba a la decisión explícita de algunes profesionales de "no salir al territorio". Esta postura negativa a efectuar visitas domiciliarias, era justificada, en parte, por la inseguridad en

el territorio; aunque también pudo leerse como un distanciamiento respecto de la demanda, la población y el propio territorio de inserción institucional. En la entrevista, la trabajadora social lo expresa en los siguientes términos: *"no sé por qué algunos compañeros están en centros de salud… se nota que no les gusta la demanda, no les gusta la población, no les gusta el territorio; viste cuando se dice «no da el perfil»"*.

A ello se sumaba la variable etaria y la trayectoria institucional: la mayoría de les profesionales del Policlínico rondaba los 50 años y contaban ya con una extensa permanencia en el efector. Esta situación contrastaba con la edad de las trabajadoras sociales y con su reciente incorporación al equipo. Durante la entrevista, la trabajadora social señala esta diferencia generacional y de recorrido institucional como un elemento que incidía en los modos de concebir la práctica, la disposición al trabajo territorial y la apertura a revisar circuitos establecidos. Esto contribuía a comprender las dificultades en el trabajo conjunto, dando lugar a tensiones que no solo se sostuvieron en el tiempo, sino que en algunos momentos tendieron a profundizarse.

Otro de los factores señalados se vinculaba con la dificultad para abordar interdisciplinariamente la demanda espontánea la cual en determinadas ocasiones adquiere un carácter de urgencia. Desde la perspectiva de la trabajadora social esta limitación respondía a la escasa predisposición de algunes profesionales para sostener instancias de acompañamiento y escucha conjunta. En la entrevista, la misma establece una comparación con su experiencia actual: *"hoy en el centro de salud que trabajo, yo llamo a la psicóloga, la psicóloga me llama a mí, hacemos las dos una escucha, después ella evalúa si amerita citar a la persona con un turno o no"*. Esta modalidad de trabajo podría conceptualizarse como una forma de "plasticidad" en la práctica profesional en el marco de la APS, en tanto supone flexibilizar la lógica rígida de turnos y agendas cuando la complejidad de la situación requiere una intervención articulada en el momento. La posibilidad de una escucha conjunta no solo enriquece el análisis de la demanda, sino que amplía el horizonte de estrategias de intervención al incorporar miradas disciplinares complementarias desde el inicio del proceso. Sin embargo, según lo expresado por la trabajadora social, esta plasticidad no formaba parte de la dinámica cotidiana del Policlínico. La prevalencia de prácticas más segmentadas y estructuradas en torno a agendas individuales dificultaba la construcción de espacios compartidos de abordaje, limitando así el despliegue de intervenciones verdaderamente interdisciplinarias.

Las reuniones de equipo constituyen otro punto de controversia dentro del funcionamiento institucional. Si bien se sostenían con una frecuencia semanal, su continuidad estuvo fuertemente ligada a la insistencia y a la valorización que las trabajadoras sociales otorgaban a este espacio. En este sentido, resulta elocuente lo expresado en la entrevista al referirse al período posterior a su desvinculación del Policlínico: "después que nos fuimos, se dieron el gusto de levantarlas (a las reuniones), obviamente". Esta afirmación permite inferir que la institucionalización de dichos encuentros no se encontraba plenamente consolidada, sino que dependía en gran medida de la iniciativa de las trabajadoras sociales.

En el marco de un centro de salud, las reuniones de equipo se configuran como espacios de comunicación y articulación entre trabajadores (profesionales o no profesionales) destinados a compartir información, analizar situaciones, planificar intervenciones, tomar decisiones conjuntas y acordar circuitos. Su relevancia no radica únicamente en dar respuesta a situaciones críticas sino en sostenerse de manera sistemática como instancias preventivas que posibiliten anticipar dificultades antes de que impacten en la atención a usuaries o en el clima laboral. Asimismo, permiten tramitar tensiones ya existentes, evitando su acumulación y eventual profundización. Por eso, cuando estos espacios logran mantenerse en el tiempo, se constituyen en herramientas de fortalecimiento institucional y mejora continua favoreciendo la comunicación interna y la construcción de criterios compartidos. En contraposición, su discontinuidad puede leerse como un indicador de fragilidad en los dispositivos de trabajo colectivo y en la apuesta por la construcción interdisciplinaria.

En este apartado se evidenció la relación tensionante entre el espacio de Trabajo Social y el resto de les profesionales del Policlínico San Martín. No obstante, dichas tensiones no pueden comprenderse únicamente en clave de conflicto interpersonal sino como expresión de posicionamientos diferenciados frente a la institución y a los modos de intervención. En este escenario, se advierte la intencionalidad de las trabajadoras sociales de revisar y transformar los circuitos institucionales, imprimiendo una lógica instituyente que interpela lo ya establecido. Esta impronta instituyente se orienta a ensayar nuevas formas de hacer, a flexibilizar prácticas sedimentadas y a evitar que la institución derive en dinámicas rígidas o burocratizadas. Sin embargo, todo movimiento de transformación supone también tensiones, en tanto confronta con trayectorias, hábitos profesionales y disposiciones subjetivas que no siempre se encuentran disponibles para el cambio.

3. La consejería como espacio de abordaje para la interrupción del embarazo

Si bien la Ley 27.610 no menciona de manera explícita el término “consejería”, la incorpora como dimensión constitutiva del derecho al acceso a la interrupción del embarazo. En su artículo 6º, al establecer la obligación de los establecimientos de salud de brindar información adecuada, suficiente y oportuna sobre el aborto y la salud sexual y reproductiva, consagra implícitamente el deber estatal de garantizar un espacio de orientación y acompañamiento profesional. Esto se enmarca, a su vez, en la Ley 25.673 (2003) que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el cual significó una transformación en el modelo de atención al reconocer el acceso a la información y el asesoramiento en salud sexual y procreación responsable como una responsabilidad indelegable del Estado, de forma universal y gratuita.

En este marco, protocolo para la atención integral de la IVE/ILE más reciente disponible, que corresponde a la actualización del año 2023, incorpora la consejería como parte del proceso de atención integral, señalando el deber de los equipos de salud de “realizar consejería” u “ofrecer consejería” en dos momentos específicos: en la instancia de información sobre opciones y procedimientos disponibles para la IVE/ILE, y en la atención postaborto, en relación con la salud sexual y los métodos anticonceptivos. De este modo, la consejería no aparece como un complemento opcional sino como una condición de posibilidad del acceso efectivo al derecho a decidir.

Existen múltiples formas de definir la consejería así como también de nombrarla; en cada efector de salud se la conoce y se lleva a cabo de diferentes maneras. En algunos se la emplea para un único fin (solicitud de IVE/ILE), y en otros se abarcan múltiples temáticas que hacen a la salud sexual. También hay efectores en los que no se encuentra la consejería como espacio físico con días y horarios estipulados, pero sí puede surgir como momento en las consultas diarias. No obstante esta diversidad, es posible construir una definición común.

Partimos de reconocer que la consejería existe como resultado de la lucha colectiva de movimientos feministas, que posibilitaron que el aborto voluntario fuera parte de la agenda política estatal y se materializara en la sanción de la Ley (Biaggi Russi et al., 2024). La definimos como un modelo de atención de salud, una estrategia de promoción, prevención y asistencia, que no solo busca informar, sino que se centra en fortalecer la autonomía y acompañar a les usuaries en la toma de decisiones sobre la salud sexual y (no) reproductiva de manera libre, consciente e informada (Ferrara, 2016). Su implementación adopta múltiples modalidades según las condiciones institucionales: puede constituirse como espacio específico

con días y horarios asignados, integrarse a consultas generales o desplegarse en ámbitos comunitarios. Esta diversidad de formas no altera su núcleo constitutivo: la creación de un espacio de encuentro que habilite la palabra, la escucha y la reflexión en torno a opciones posibles. En el caso de las solicitudes de interrupción del embarazo, la consejería adquiere un carácter central, en tanto constituye la instancia donde se garantiza, por parte del equipo profesional, el acceso a información clara y basada en evidencia, permitiendo que la persona ejerza su derecho sin coerciones ni dilaciones indebidas. La decisión final corresponde exclusivamente a la persona gestante, y el sistema de salud debe garantizar la práctica en tiempo oportuno.

Asimismo, la consejería se inscribe en una perspectiva de género y de derechos humanos. Se enmarca en el respeto por los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos. En este sentido, opera como una herramienta que contribuye a democratizar el acceso a la salud sexual, cuestionando mandatos históricos asociados a la maternidad obligatoria y desarticulando lógicas tutelares que han atravesado tradicionalmente la atención sanitaria. La consejería, entonces, no solo acompaña decisiones individuales, sino que interviene en un campo de disputas simbólicas y culturales sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción. Implica un cambio cultural al poner en cuestión los mandatos existentes según el cual el rol de la persona con capacidad de gestar está ligado al mandato de ser madre. En este sentido, se reconoce a la persona como sujeto de derechos: a la anticoncepción, el parto respetado, la interrupción del embarazo, la identidad sexual y de género. En este marco de ruptura con el enfoque tradicional del modelo de atención de la salud sexual, el espacio de consejería que se defiende se orienta más al cuidado de la población en general, sin puntualizar en las mujeres, ya que no se trata de un espacio de ginecología y obstetricia, sino que va más allá, al plantear la idea de democratizar el cuidado de la salud sexual. Sin embargo, esto último es aún una tarea por trabajar, ya que continúa siendo frecuentado en su amplia mayoría por mujeres.

En este sentido, la consejería desplaza la lógica tradicional del modelo biomédico -centrado en la autoridad del profesional y en una mirada predominantemente corporal- hacia una práctica basada en la construcción de decisiones informadas, libres y conscientes. El abordaje integral que propone implica trascender la dimensión estrictamente biomédica para incorporar las trayectorias de vida, los contextos sociales, económicos y familiares, y la subjetividad de cada situación. De este modo, se configura como un espacio de asesoramiento singularizado, donde las particularidades de cada experiencia adquieren centralidad. La tarea profesional, entonces, no se agota en la transmisión de información, sino que incluye la

posibilidad de alojar: sostener una escucha activa que habilite la expresión de inquietudes, dudas, deseos y temores. Desde esta perspectiva, la consejería se consolida como un dispositivo relacional y político, en el cual la información constituye una condición necesaria pero no suficiente. Precisamente, es esta dimensión relacional la que permite que el derecho formalmente reconocido se traduzca en una experiencia concreta y efectiva de acceso.

La efectividad de la consejería como dispositivo de garantía de derechos no depende únicamente de su fundamentación normativa o de la disposición ética de les profesionales, sino también de las condiciones materiales e institucionales que la sostienen. La disponibilidad de espacios privados que aseguren confidencialidad, la capacitación continua de los equipos, la provisión adecuada de insumos y la organización de circuitos ágiles constituyen elementos indispensables para evitar que el derecho quede reducido a una declaración normativa. En este sentido, la infraestructura y los recursos no pueden pensarse como aspectos secundarios, sino como condiciones políticas que hacen posible la materialización concreta de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos. Sin un ámbito adecuado para el encuentro -flexible, confidencial y respetuoso- la consejería pierde su potencia transformadora. A su vez, el compromiso profesional resulta central: garantizar una escucha activa, libre de prejuicios, y ofrecer información clara y comprensible en un marco de respeto por la autonomía, son prácticas que dotan de contenido real al derecho. De lo contrario, el reconocimiento legal corre el riesgo de vaciarse en la experiencia cotidiana de quienes buscan ejercerlo.

En relación con su implementación, el protocolo para la atención integral de la IVE/ILE recomienda el trabajo interdisciplinario, atendiendo a la singularidad de la situación y complejidad de las situaciones. No obstante, esta recomendación pierde su importancia al sostener lo siguiente: “la conformación del equipo no debe convertirse en un requisito, ya que esto podría dificultar el acceso a los derechos de las personas. Basta con una persona profesional de la salud para la realización de la práctica de IVE/ILE” (Ministerio de Salud, 2023, pág. 41). Esta aclaración introduce una tensión relevante: por un lado, la interdisciplina amplía las miradas y enriquece el abordaje integral; por otro, su exigencia formal podría convertirse en una barrera si no se cuenta con los recursos necesarios.

La interdisciplina brinda la posibilidad de abarcar las consultas, situaciones, demandas, problemáticas, desde distintas ramas y colaborar a la mejora laboral al interior de los equipos de salud; implica “articular conocimientos de los que se dispone en una u otra disciplina sobre diferentes dimensiones de la misma problemática” (Montaño, 2000, pág. 118). Ninguna

disciplina, de manera aislada, puede dar respuesta acabada a situaciones que involucran aspectos médicos, psicológicos, sociales y jurídicos. Es necesario el diálogo con las diferentes disciplinas, traspasando las fronteras establecidas por las profesiones, lo que permite socializar experiencias y compartir saberes.

Si bien es válido aclarar que la integración interdisciplinar de la consejería no debe constituirse en una dilación en el acceso a la interrupción, debemos defender la idea de una consejería constituida por un equipo de trabajo interdisciplinario, que habilite un abordaje integral y desde distintas miradas (medicina, psicología, trabajo social, derecho, educación), sobre todas las situaciones que se presenten. La defensa de un abordaje interdisciplinario debe constituirse como un horizonte de calidad en la atención. En este marco, el Trabajo Social tiene un papel primordial, del cual hablaremos en el último capítulo de este escrito.

En suma, la consejería se configura como un dispositivo estratégico dentro del sistema de salud: no sólo viabiliza el ejercicio del derecho a decidir, sino que tensiona y transforma prácticas institucionales tradicionales y los mandatos vinculados al rol de la persona con capacidad de gestar. Al desplazar el eje desde la tutela hacia la autonomía, desde la prescripción hacia el acompañamiento, la consejería redefine el vínculo entre Estado, profesionales y usuaries, consolidándose como una herramienta central en la garantía efectiva de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos.

3.1 La ciudad de Rosario como referente en la temática del aborto

Desde hace dos décadas, la ciudad de Rosario y su sistema público de salud han sido reconocidos a nivel nacional como espacio pionero o referente en el acompañamiento de interrupciones del embarazo. Sin embargo, este reconocimiento no puede leerse únicamente como acumulación de normativas (adherencia a protocolos nacionales y creación de legislaciones locales), sino como el resultado de una construcción político-institucional sostenida que fue configurando un dispositivo local de acceso incluso antes de la sanción de la Ley 27.610. En este proceso, la ciudad no se limitó a adherir pasivamente a lineamientos nacionales, sino que produjo sus propias regulaciones, organizó circuitos y destinó recursos que anticiparon, en la práctica, el horizonte de ampliación de derechos. Por ello, resulta interesante repasar ciertos acontecimientos y normativas en las que nuestra ciudad fue partícipe en la temática para garantizar la interrupción del embarazo.

En el año 2005, a nivel nacional se sancionó la Resolución Nº 989, la cual aprueba la "Guía para el mejoramiento de la atención en el post aborto", a la que Rosario adhiere desde entonces. Esto marcó un primer momento de formalización de prácticas que ya comenzaban a problematizar el abordaje punitivo y estigmatizante de la interrupción del embarazo. Posteriormente, mientras en 2007 el Ministerio de Salud de la Nación emitía el "Protocolo sobre atención de abortos no punibles", Rosario sancionaba la Ordenanza Nº 8.186, aprobando su propio "Protocolo de Atención Integral para las Personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo". Esta simultaneidad muestra que el nivel local no actuó de manera subordinada, sino que se posicionó como actor activo en la traducción normativa del derecho. Del mismo modo, el impacto del fallo F.A.L. de 2012 no solo implicó adecuaciones normativas, sino que fortaleció el marco interpretativo que ya encontraba en la ciudad condiciones institucionales para su implementación.

Un punto de inflexión significativo fue la decisión, en el año 2012, de la Secretaría de Salud Pública de Rosario de adquirir Misoprostol (medicamento utilizado para la interrupción del embarazo) para garantizar la práctica de interrupción del embarazo. Esta medida supuso el pasaje del reconocimiento formal a la provisión concreta de insumos, evidenciando que el acceso efectivo a derechos requiere respaldo presupuestario y decisión política. La posterior producción pública de Misoprostol por parte del Laboratorio Industrial Farmacológico de la Provincia de Santa Fe, la cual permitió abastecer a hospitales y centros de salud, profundiza esta lógica: no se trata solo de disponibilidad farmacológica propia sino de soberanía sanitaria, de una apuesta estatal por sostener materialmente la política de acceso y de un empuje simbólico en el cumplimiento de la interrupción del embarazo.

Luego, en el año 2014, la Ordenanza N° 9.310 aprueba la creación de las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva, en Rosario. Esto consolidó un gran avance a nivel local sobre la democratización del acceso a derechos en materia de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género y derechos. Allí se reconoce que la garantía del acceso no se agota en la práctica médica, sino que requiere dispositivos que promuevan la autonomía personal, la igualdad, la diversidad y la confidencialidad. En este sentido, la política local comienza a inscribirse en una concepción ampliada de salud, donde el buen trato resulta insuficiente sin estrategias sistemáticas de capacitación, sensibilización, organización y sostenimiento institucional, con el fin de garantizar y mejorar una atención de calidad en los efectores de salud; se necesitan políticas públicas que acompañen, se necesitan consejería bien empleadas y desarrolladas.

Adicionalmente, la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario fue pionera en la región en la implementación de la técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) en hospitales públicos de la ciudad para complementar la utilización de Misoprostol; esto refuerza la lógica de ampliación de opciones y fortalecimiento de la autonomía. "A partir del año 2016 se comenzaron a conformar tres equipos de trabajo (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario -CEMAR-, Hospital Roque Sáenz Peña, Hospital Alberdi), siendo las unidades de atención que actualmente proveen servicios de aborto por AMEU dentro de la red municipal (Botta et al., 2024, pág. 16). Esto evidencia una decisión de estructurar servicios especializados dentro de la red de salud pública, consolidando un circuito que diversifica las alternativas disponibles para las personas que solicitan una interrupción del embarazo. No se trata únicamente de incorporar una técnica, sino de institucionalizarla como parte de una política pública sostenida.

A la luz de este recorrido, puede afirmarse que en Rosario se configuró tempranamente una política local orientada a garantizar el acceso seguro y gratuito a la interrupción del embarazo, incluso en un contexto nacional previo a la legalización. El Estado municipal asumió un rol activo en la ampliación de derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, demostrando que la voluntad política, acompañada de decisiones administrativas y presupuestarias, puede generar condiciones de acceso aún en marcos legales restrictivos. Esto demuestra lo que se pudo hacer sin aborto legal.

Finalmente, este proceso también tuvo resonancia en el ámbito académico, particularmente en la Universidad Nacional de Rosario, donde la creación de cátedras específicas sobre aborto y salud sexual da cuenta de la producción de saberes situados que dialoga con las prácticas institucionales. De este modo, la política pública no solo se implementa, sino que también se estudia, se problematiza y se forma profesionalmente, consolidando un entramado entre Estado, sistema de salud y sistema de educación que refuerza la perspectiva de derechos.

4. La Consejería del Policlínico San Martín

La consejería del Policlínico San Martín no surge como un dispositivo plenamente institucionalizado, sino como una construcción situada que fue tomando forma a partir de decisiones, tensiones y vacíos dentro del propio entramado institucional. Cuando la trabajadora social se incorpora en abril de 2019, la anterior profesional le comunica un "circuito" ya existente para la ILE, pero fuertemente restringido: *"este tema no se puede trabajar con nadie,*

excepto con el jefe (médico) y el psicólogo". Esta información inicial no sólo delimitaba interlocutores, sino que revelaba que la interrupción del embarazo circulaba como un asunto encapsulado, concentrado en pocas figuras y no asumido como responsabilidad colectiva del equipo de salud.

Con el cambio de dirección en el mes de junio de ese mismo año, el dispositivo queda desarticulado en uno de sus pilares: la presencia médica. *"Al irse él quedó como descubierta la pata médica"*, señala la trabajadora social. Esta expresión permite visualizar cómo el circuito descansaba más en voluntades individuales que en una estructura institucional consolidada. Luego, con la incorporación de la obstetra a las consultas por ILE, junto a la trabajadora social, se reconfigura el esquema, pero al mismo tiempo pone en evidencia la fragilidad organizativa del proceso. No obstante, se comienza a percibir que la atención era desorganizada. La percepción de desorden no alude únicamente a prácticas clínicas, sino a una modalidad de atención que reducía la intervención a la entrega de medicación, sin seguimiento ni integralidad: *"era como el kioskito de misoprostol, le tiras el misoprostol y después no hay seguimiento de las situaciones, no hay control, no hay anticoncepción post"*. Allí aparece con claridad la tensión entre una lógica procedimental y una lógica de derechos.

Frente a esta situación, la trabajadora social propuso establecer un día y un lugar fijo de atención con el fin de ordenar la atención: los viernes, de 12 a 14 horas, en el consultorio de Trabajo Social del Policlínico. Esto fue mucho más que una decisión organizativa: implicó un intento de institucionalizar el dispositivo, dotarlo de previsibilidad, visibilidad y referencia pública. La hoja manuscrita pegada en la puerta - "Consejería de Salud Sexual y Reproductiva" - materializó este gesto instituyente. De esta forma, se inauguró formalmente el espacio de consejería. Se trató de una inscripción simbólica que transforma una práctica dispersa en un espacio reconocible. A su vez, el hecho de que las demandas continuarán llegando al espacio de Trabajo Social del Policlínico San Martín muestra que la referencia comunitaria en materia de interrupción del embarazo ya estaba anclada allí. La consejería no se impuso desde arriba, sino que se consolidó desde la práctica y el reconocimiento social.

Paradójicamente, la sanción de la Ley no produjo un quiebre sustancial en la dinámica cotidiana del Policlínico; como se mencionó anteriormente, en la ciudad de Rosario la interrupción legal del embarazo ya se encontraba protocolizada desde el año 2007, con un gran respaldo por parte de la Secretaría de Salud Pública. Por lo tanto, existía un marco legal que amparaba el ejercicio profesional. Tal como expresa la trabajadora social, *"en la práctica era*

el mismo trabajo de siempre, lo único que cambió fue que en la ecografía la médica puso de diagnóstico IVE. Cambió una letra". Esta afirmación resulta significativa: mientras que en gran parte del país la ley implicó la apertura de circuitos inexistentes, en Rosario formalizó prácticas ya instaladas. No obstante, que la práctica precediera a la ley no significa que el dispositivo estuviera exento de tensiones; más bien pone en evidencia que la garantía efectiva de derechos depende tanto de marcos normativos como de decisiones locales previas.

Asimismo, el hecho de que el equipo felicitara a la trabajadora social, *"porque para ellos era un tema que pertenecía a Trabajo Social"* problematiza la distribución de responsabilidades al interior del centro de salud. La consejería, lejos de ser asumida como política institucional transversal, quedaba asociada a un área específica, reproduciendo cierta delegación temática que, si bien habilitaba autonomía en la práctica, también aislaba el proceso del resto del equipo.

Como bien mencionamos, no existe un único modelo de consejería ni tampoco en todas las instituciones se realiza del mismo modo o para un único fin. La propia trabajadora social reconoce que la consejería del Policlínico San Martín se configuró de manera acotada: funcionaba casi exclusivamente para recibir solicitudes de IVE/ILE cuando conceptualmente debería abarcar también consultas sobre anticoncepción y otros aspectos de la salud sexual y reproductiva. Esta limitación evidencia cómo los dispositivos pueden estrecharse en función de la urgencia de la demanda, tensionando su potencial integral. Sin embargo, aun en ese recorte la consejería operó como espacio de acceso efectivo a derechos para personas con capacidad de gestar en el marco de la Ley Nº 27.610.

El perfil de la población que asistía -mayoritariamente entre 20 y 30 años, y en muchos casos, con hijes previos- permite desmontar imaginarios estigmatizantes en torno a la interrupción del embarazo. La consejería, en este sentido, no solo garantiza una práctica sanitaria, sino que confronta narrativas morales que circulan socialmente. La experiencia concreta desarma el mito de la irresponsabilidad juvenil y muestra decisiones tomadas en contextos de vida complejos y reflexionados. También es una variable interesante las personas que asistían al espacio solas o acompañadas, y si esta decisión era compartida con sus vínculos cercanos o era escondida por cuestiones subjetivas.

La demanda de interrupción en la consejería del Policlínico no se presentaba de manera lineal. Aunque existía un día y horario estipulado, las consultas se presentaban en otros espacios del centro de salud. Esta circulación revela que el momento en que una persona decide consultar

no siempre coincide con la organización institucional. Allí radica un punto central: un dispositivo como el de la consejería debe tener la capacidad de alojar la demanda cuando ésta emerge. La escucha inicial, aun fuera del horario formal, constituía un acto de reconocimiento de la autonomía y un modo de evitar dilaciones innecesarias.

El circuito que seguía, una vez que la persona presentaba la solicitud de una interrupción del embarazo, era la confirmación diagnóstica mediante ecografía, la definición de edad gestacional, la consideración de riesgos para la salud y la información sobre métodos disponibles. Esto no puede leerse como mera secuencia técnica. Cada paso forma parte de una arquitectura que busca equilibrar seguridad clínica, respeto por la decisión y celeridad en el acceso (dentro del plazo de diez días que establece la ley). La posibilidad de realizar ecografías en el mismo efector y de articular rápidamente con el sector de farmacia allí mismo, o con el CEMAR, muestra cómo las condiciones organizativas impactan directamente en la reducción de barreras, contribuyendo a que las interrupciones se realicen en edades gestacionales tempranas. La cantidad de semanas del embarazo determinaba si el acompañamiento de la consejería se daría en el marco de una interrupción voluntaria del embarazo o una interrupción legal del embarazo.

La consejería no sólo cumplía una función informativa, sino también de diálogo y escucha activa, en el marco de una entrevista, la cual era guiada por las trabajadoras sociales. En este primer acercamiento se exploraba la red de apoyo con la que contaba la persona, así como también se identificaban posibles situaciones de violencia de género o violencia sexual. La decisión de interrumpir un embarazo no se produce en el vacío, sino que el contexto puede ser complejo e implicar ambivalencias. Esta decisión se encuentra atravesada por condiciones materiales, vínculos, dependencias económicas, mandatos y, en ocasiones, por relaciones de poder que pueden restringir la autonomía. Por ello, las profesionales debían estar atentas a los relatos y, cuando era necesario, activar derivaciones asistidas que no deleguen la responsabilidad en la persona, sino que acompañen efectivamente el acceso a otros dispositivos de protección o atención.

Este encuadre exige que la entrevista se configure como un espacio de cuidado y contención, donde la escucha activa no sea meramente técnica, sino ética y política: no interrumpir el relato, no anticipar juicios, no moralizar la decisión. Según la experiencia de la trabajadora social, algunas personas llegaban a la consejería con una decisión ya tomada; otras, en cambio, se encontraban en pleno proceso deliberativo. Reconocer esa diversidad de

posiciones subjetivas es clave para no imponer tiempos ni direccionamientos. En este sentido, cada entrevista encierra una potencia: puede constituirse en una oportunidad de contención, orientación y articulación con otros recursos del sistema de salud; o bien, si se realiza desde la desatención o el juicio, puede transformarse en una oportunidad perdida que profundice barreras y vulneraciones. Allí radica, nuevamente, el carácter político del dispositivo.

La elección entre método farmacológico (misoprostol más mifepristona, o misoprostol solo) o quirúrgico (Aspiración Manual Endouterina) para la interrupción era planteada desde una perspectiva de autonomía, considerando las preferencias de la persona, sus antecedentes y recursos, así como la edad gestacional. *"No se trata solamente de tomar pastillas y ya está"*, expresa la trabajadora social, subrayando la dimensión integral del abordaje. Cuando la persona optaba por el método farmacológico, la intervención no se reducía a la entrega de misoprostol, sino que implicaba una articulación institucional con la farmacia del efector para garantizar la disponibilidad del medicamento. Allí se evidencia cómo el derecho se sostiene en prácticas coordinadas y no en decisiones individuales aisladas. La explicación detallada sobre el modo de uso, los tiempos esperables, los síntomas habituales y las pautas de alarma constituía una instancia central del proceso. La consejería no se limitaba a habilitar una práctica o transmitir información técnica, sino de posibilitar condiciones para que la persona pudiera transitar el procedimiento ambulatorio con seguridad, previsibilidad y autonomía. En este sentido, funcionaba como un dispositivo de transferencia de saberes y de construcción de confianza.

Asimismo, la evaluación de comorbilidades o de situaciones de vulnerabilidad social introducía un criterio de cuidado diferencial. En estos casos se indicaba una internación en un efector de segundo nivel, para realizar el procedimiento medicamentoso, independientemente de la edad gestacional. Esto respondía a la necesidad de adaptar la estrategia a las condiciones concretas de vida y salud de cada persona. Nuevamente, la integralidad operaba como principio organizador de la práctica.

Por otro lado, cuando la elección era el método quirúrgico mediante AMEU, la red sanitaria municipal se activaba como soporte del derecho. Dado que el Policlínico tiene como referencia del segundo nivel al CEMAR, la derivación no se limitaba a entregar una orden, sino que implicaba comunicación directa entre equipos, envío de estudios, coordinación de turnos y seguimiento. Esta gestión activa evitaba que la persona quedara sola frente a la burocracia del sistema. Incluso la provisión de "ticket taxi", cuando se gestionaba traslados al CEMAR, revelaba una lectura situada de las barreras económicas que podían obstaculizar el acceso a la

interrupción del embarazo. Estas acciones evidencian que la accesibilidad no es abstracta, se construye resolviendo obstáculos concretos y habilitando condiciones materiales para que la decisión adoptada pudiera concretarse en tiempo y forma, reduciendo las brechas entre el derecho formal y su ejercicio efectivo.

Particular relevancia adquiría la articulación con la consejería de segundo trimestre del CEMAR, la cual, como su nombre lo indica, se dedica especialmente a embarazos avanzados. En estos casos, *"cada día vale"*, y la intervención del primer nivel no se limitaba a derivar, sino que implicaba la elaboración de un informe por parte de las profesionales, en el que se plasmaba la construcción de la causal que habilitaba el acceso a la ILE. De esta manera, se inscribía la demanda en el marco normativo vigente y se garantizaba su continuidad en el segundo nivel de atención. La derivación al CEMAR incluía la articulación previa entre equipos, de modo que la persona no quedara expuesta a reiterar su relato ni a enfrentar nuevas barreras institucionales. Los abortos en segundo trimestre suelen estar atravesados por trayectorias marcadas por demoras estructurales: dificultades en la confirmación del embarazo, desconocimiento de referencias sanitarias, obstáculos en el acceso al sistema de salud o situaciones de violencia. En gestaciones avanzadas, el tiempo adquiere una dimensión crítica y cualquier dilación puede traducirse en mayores complejidades. Por ello, la intervención exige una lectura situada y una capacidad de respuesta ágil. La comunicación directa y fluida que las trabajadoras sociales sostenían con la dirección de obstetricia del CEMAR funcionaba, en este sentido, como una estrategia para reducir tiempos, evitar circuitos burocráticos innecesarios y asegurar que el derecho no se viera erosionado por la fragmentación del sistema.

Otro momento clave del proceso de atención es el consentimiento informado, que lejos de constituir un mero requisito formal, condensa una dimensión ética, jurídica y política de la práctica. Como en toda intervención en salud, la interrupción del embarazo requiere la firma del consentimiento por parte de la persona titular del derecho; sin embargo, su sentido no se agota en la producción de un documento. El consentimiento expresa que la persona ha recibido información clara y suficiente, que ha podido formular preguntas, despejar dudas y decidir de manera autónoma, libre de presiones y con conocimiento de los posibles riesgos. Su incorporación a la historia clínica y el registro en el sistema informático municipal, con el debido resguardo del secreto profesional, no inscriben la práctica en el marco de legalidad vigente.

En los casos de interrupción legal del embarazo por causal violación, el procedimiento adquiere particular relevancia. Además del consentimiento informado, se solicita una declaración jurada en la que la persona manifiesta haber atravesado dicha situación, sin necesidad de detallar los hechos. La no exigencia de denuncia judicial o policial constituye un posicionamiento claro del sistema de salud: la palabra es suficiente para activar el derecho. No obstante, desde el equipo profesional se ofrece información y acompañamiento respecto a la posibilidad de denunciar, respetando siempre la voluntad de la persona. De este modo, el consentimiento informado y la declaración jurada no sólo formalizan la práctica, sino que materializan una concepción de la autonomía basada en la confianza en la palabra y en el reconocimiento de la persona como sujeto de derechos.

La atención postaborto, centrada en el seguimiento del resultado de la interrupción y en la oferta de anticoncepción, resignificaba la consejería del Policlínico como oportunidad de cuidado integral. Lejos de imponer métodos, se promovía la elección informada, incluyendo métodos de larga duración. En este punto, el dispositivo articulaba interrupción y prevención, ampliando la mirada hacia la trayectoria reproductiva de cada persona.

En suma, la consejería del Policlínico San Martín, sostenida principalmente por Trabajo Social entre los años 2019 y 2023, operó como un dispositivo que articuló normativa, organización institucional y práctica relacional para garantizar el derecho a la interrupción del embarazo. Podemos decir que su potencial radica en la capacidad de resolver en el primer nivel gran parte del circuito (ecografía, medicación, orientación, derivación), en la existencia de un espacio físico identificable y en la construcción de una referencia comunitaria clara. El acompañamiento brindado estuvo atravesado por el criterio de la salud como derecho, ligado a las posibilidades de mejoramiento de la calidad de vida, lo cual implica continuar fortaleciendo la perspectiva de atención primaria de la salud. Al mismo tiempo, la consejería buscó llevar adelante abordajes integrales basados en las condiciones en las que se presenta la demanda, en defensa de la voluntad autónoma que expresa la persona, asegurada por la confidencialidad, el consentimiento y el buen trato.

No obstante, como todo dispositivo, su funcionamiento estuvo atravesado por tensiones internas, límites estructurales y resistencias institucionales que condicionaron su alcance. Precisamente en esa coexistencia entre potencialidades y obstáculos se juega la complejidad de garantizar derechos en el territorio.

4.1 Una consejería atravesada por obstáculos institucionales

Partir del reconocimiento de que el sistema de salud es un entramado de relaciones, jerarquías y disputas permite comprender que la consejería se desarrolla en una trama institucional concreta. Como plantea Schmidt, "reconocernos parte de un todo mayor nos devuelve a la posición del aquí y ahora de nuestra intervención, nos ayuda a reconocer nuestros límites y potencialidades al momento de trabajar en pos de los objetivos que pretendemos desde nuestro lugar" (Schmidt, 2024, pág. 37). En este sentido, los obstáculos que atravesaron la consejería del Policlínico San Martín no pueden leerse como fallas individuales, sino como expresiones de tensiones estructurales dentro del equipo y de la institución.

Si bien no existe un único modelo, sí hay lineamientos que orientan su organización y finalidad. Las trabajadoras sociales supieron adaptarlos al funcionamiento del efector; sin embargo, esa adaptación requirió insistencia, negociación y una permanente tarea de instalación simbólica del espacio como referencia legítima para quienes solicitaban una interrupción del embarazo. La necesidad de acordar circuitos claros, ágiles y eficaces respondía no solo a una cuestión organizativa, sino a la urgencia inherente a cada situación particular, donde el tiempo constituye una variable crítica en términos de derechos.

Aunque cada interrupción solicitada fue finalmente garantizada, ello no implicó la ausencia de barreras. Por el contrario, las dificultades operaban de modo implícito sobre el ejercicio del derecho, generando dilaciones, tensiones y un importante desgaste y sobrecarga en las profesionales intervinientes. La garantía del derecho coexistía, entonces, con un escenario institucional frágil, sostenido por la voluntad y la gestión de Trabajo Social.

Puede inferirse que uno de los principales obstáculos fue la resistencia médica a integrar la consejería. Las argumentaciones eran diversas: desconocimiento, sospechas sobre la legalidad (especialmente antes de la sanción de la Ley 27.610), falta de experiencia en la temática, objeción de conciencia, sobrecarga laboral, posicionamientos morales y religiosos. Este conjunto heterogéneo de razones configuraba un entramado que habilitaba un retiro simbólico de la responsabilidad profesional. Así, la interrupción del embarazo quedaba escindida del abordaje integral de la salud que se pretendía, como si no formara parte del campo legítimo de la práctica médica.

Como sabemos, el acceso y la atención a la interrupción del embarazo se encuentra atravesado por múltiples diálogos de saberes, así como por cuestiones ideológicas y religiosas que pueden involucrar a la objeción de conciencia. Pero esto no puede influir en la garantía del derecho a la accesibilidad a la IVE/ILE. En este marco, emergía otra modalidad de obstáculo:

profesionales que, aun sin declararse objetores de conciencia, actuaban como tales en la práctica, limitándose a derivar de manera inmediata a Trabajo Social, sin abrir espacio a la anamnesis ni a la primera escucha, "sin tener en cuenta que se trata de un abordaje de salud integral donde una de las dimensiones que se trata es la interrupción" (Sanabria, 2024, pág. 45). La trabajadora social lo describe con crudeza: *"la persona llegaba y la pateaban a Trabajo Social"*. Esta dinámica no sólo fragmentaba la atención, sino que despojaba a la persona gestante de su condición de paciente integral, reduciendo la consulta exclusivamente al conflicto moral que el aborto aún suscita en algunos sectores. El embarazo dejaba de ser un evento de salud para transformarse en un problema a "trasladar".

En cada reunión de equipo, las trabajadoras sociales insistían en la necesidad de incorporar a otro médico que pudiera cubrir la ausencia de la obstetra o, incluso, habilitar un nuevo día de consejería para ampliar la accesibilidad. Este planteo no respondía únicamente a una demanda organizativa, sino a una condición estructural del dispositivo: la presencia médica resultaba imprescindible para la emisión de órdenes de ecografía (estudio que se realizaba en el mismo efector) que constituía un insumo central para la toma de decisiones clínicas. La dependencia de una única profesional evidenciaba la fragilidad del circuito y la excesiva concentración de funciones en una figura particular.

Un episodio relatado por la trabajadora social ilustra con claridad esta tensión: ante una orden elaborada por las profesionales de Trabajo Social y firmada por el director, la ecografa interpeló la situación preguntando a quién debía dirigir una eventual devolución en caso de detectar una complejidad médica en el embarazo. La escena pone de relieve un nudo problemático del dispositivo: la búsqueda de garantizar el acceso no podía desentenderse de las responsabilidades profesionales y de los marcos de incumbencia. Como reconoce la entrevistada, *"tenía razón, estaba mal lo que hacíamos, pero no teníamos otra opción"*. Esta afirmación revela el modo en que, frente a la ausencia de respuestas institucionales, el equipo se veía obligado a generar soluciones provisorias para no interrumpir el derecho, aun cuando ello implica tensionar los límites formales de la práctica.

La discusión fue llevada a la reunión de equipo entre trabajadoras sociales y ecógrafa; sin embargo, el planteo no produjo los cambios esperados. El silencio de algunos y el rechazo explícito de otros evidenciaron que el obstáculo no era meramente técnico, sino político-institucional. La negativa a ampliar la participación médica consolidaba un dispositivo sostenido en la excepcionalidad y en la sobrecarga de Trabajo Social, antes que en acuerdos

colectivos que distribuyeran responsabilidades y garantizaran continuidad. De este modo, la accesibilidad quedaba supeditada a voluntades individuales y no a una decisión institucional, reafirmando las tensiones ya presentes en el funcionamiento de la consejería.

Otra modalidad de obstáculo se expresaba cuando una consulta por IVE/ILE ingresaba a través de otro médico del Policlínico. En estos casos, la derivación a la consejería del día viernes era inmediata y automática, sin mediación ni instancia de diálogo. Esta práctica no sólo eludía la responsabilidad profesional de quien recibía la consulta, sino que fragmentaba el proceso de atención, reduciendo la situación exclusivamente al pedido de interrupción. Se perdía así la posibilidad de inscribir la demanda en un abordaje integral: antes que nada, se trataba de una persona cursando un embarazo, por lo cual requería controles, evaluación clínica y escucha, como en cualquier otro proceso de salud. Sin embargo, una vez manifestado el deseo de no continuar con la gestación, el embarazo dejaba de ser considerado un evento clínico que demandara atención médica.

La trabajadora social describe esta dinámica con una comparación contundente: *"era una carnicería eso; imaginate que vas y decís 'me duele el diente', y te mandan a que te vea la psicóloga. Estaba mal por todos lados. Hoy la persona está embarazada, ¿qué va a hacer con su deseo? No importa, está embarazada, requiere atención de salud"*. La expresión revela no sólo malestar, sino la percepción de una práctica institucional que desplazaba el problema hacia otro sector, como si la interrupción del embarazo no formara parte del campo legítimo de incumbencia médica. La derivación automática operaba, así, como una forma de objeción encubierta o de retiro simbólico de la responsabilidad clínica.

Así como la consulta médica era prescindida, también lo era el pedido de ecografía. Esta omisión fue reiteradamente planteada en reuniones de equipo, donde las trabajadoras sociales proponían que el estudio se solicitara antes de la derivación, con el objetivo de agilizar el circuito y garantizar que la persona llegará a la consejería con información clave ya disponible. La constatación de la edad gestacional y la evaluación de posibles riesgos no constituye un detalle administrativo, sino un requisito central para definir el método más adecuado. Además, la normativa vigente establece un plazo máximo de diez días corridos desde la solicitud para garantizar el acceso al aborto, lo que convierte cada demora en una vulneración potencial del derecho.

En este punto, resulta necesario subrayar que el pedido de ecografía constituye un acto médico, independientemente del motivo que origine su solicitud; omitirlo no solo retrasa el

circuito, sino que implica un incumplimiento del protocolo para la atención integral de la IVE/ILE y una delegación impropia de responsabilidades. Que esta tarea recayera sobre el área de Trabajo Social tensionaba los límites de incumbencia profesional y reforzaba una distribución desigual de funciones dentro del equipo. La garantía del derecho no debe sostenerse sobre acuerdos institucionales claros que aseguren la corresponsabilidad en cada instancia del proceso.

A estas dificultades se sumaba la poca predisposición e interés del resto de les profesionales a integrar activamente la consejería, aun frente a los reiterados planteos de las trabajadoras sociales en las reuniones de equipo. La localización física del dispositivo en el consultorio de Trabajo Social y el hecho de que históricamente este espacio hubiera asumido la referencia temática contribuyeron a consolidar cierta "exclusividad" respecto al asunto. De este modo, lo que debía constituirse como responsabilidad compartida terminó configurándose como incumbencia sectorial.

En la práctica, las trabajadoras sociales no sólo sostenían la entrevista inicial, sino que concentraban múltiples dimensiones del proceso: recolección de datos, problematización del deseo cuando era necesario, identificación de causales en los casos de IVE, acompañamiento y sostén subjetivo, administración de consentimientos informados, articulación interinstitucional -por ejemplo, ante solicitudes de AMEU o derivaciones a la consejería de segundo trimestre en el CEMAR), gestión de estudios complementarios y seguimiento posterior. Esta acumulación de funciones no respondía a una definición formal del dispositivo, sino a una dinámica institucional que fue desplazando hacia Trabajo Social tareas que, en un abordaje integral, deberían distribuirse interdisciplinariamente.

Si bien podría hablarse de la existencia de un equipo de trabajo, este operaba fundamentalmente puertas adentro de la consejería. El resto de les profesionales que compartían el mismo efector de salud quedaban al margen del proceso de garantización de interrupción del embarazo. Esta fragmentación debilitaba la posibilidad de construir un abordaje integral en situaciones complejas, donde la articulación de saberes resulta indispensable. La generación de vínculos basados en el intercambio mutuo es condición para intervenir en problemáticas complejas (Ferrandini, 2011); la recompensa de mantener vínculos entre disciplinas, a través de un trabajo interdisciplinario, permite generar no solo un acompañamiento empático y una escucha integral a la persona que solicita una interrupción, sino también construir y fortalecer la empatía institucional y entre profesionales. Sin embargo, la ausencia de esos lazos no sólo

limitaba la intervención, sino que reproducía la lógica de compartimentos estancos dentro del propio centro de salud.

Las razones esgrimidas para no integrar la consejería variaban, pero configuraban un patrón común de corrimiento de la responsabilidad. El desconocimiento y la falta de capacitación eran argumentos frecuentes, aun cuando las propias trabajadoras sociales no habían recibido formación específica más allá del estudio de los protocolos vigentes. La objeción de conciencia (figura regulada por la ley) aparecía en algunos casos de manera formal; en otros, operaba sin explicitación a través de prácticas que evitaban la primera anamnesis o el abordaje clínico integral de la persona gestante. Previo a la sanción de la ley, también circulaban sospechas de ilegalidad. Tal como relata la trabajadora social en la entrevista, algunes profesionales de la medicina sostenían que *"no existía la ley, que sólo había un protocolo"*, lo que generaba temores frente a posibles consecuencias jurídicas. Ante este escenario, desde Trabajo Social se convocó a una profesional especializada en medicina legal para exponer el marco normativo y el procedimiento. Esta acción no fue meramente informativa, sino que constituyó una estrategia de gestión orientada a desmontar resistencias basadas en el desconocimiento y a disputar sentidos en torno a la legitimidad de la práctica.

El rol del área de salud mental constituía otro punto de tensión dentro de la consejería. Si bien no existía una objeción de conciencia explícita por parte de les profesionales de psicología, su no integración formal a la consejería producía un efecto concreto: la ausencia en el momento en que la complejidad requería una intervención interdisciplinaria inmediata. Situaciones como embarazos avanzados, gestaciones producto de violencia sexual, personas menores de edad, ambivalencias respecto del deseo o escenarios de coerción demandaban una escucha conjunta que no siempre podía concretarse. La dificultad no radicaba en la negativa abierta, sino en la falta de disponibilidad operativa. La imposibilidad de contar con un profesional de salud mental en el mismo momento en que la persona acudía a la consejería obligaba a recurrir al circuito habitual de turnos. La lógica administrativa del sistema, con sus tiempos prolongados y sus barreras conocidas, entraba en tensión con la urgencia que caracteriza a la demanda de IVE/ILE. Como sintetiza la trabajadora social: *"en salud mental no había objeción de conciencia, pero sí había dificultades para la plasticidad"*. La expresión alude precisamente a esa falta de flexibilidad institucional para adecuar recursos a situaciones excepcionales.

Frente a esta ausencia, el equipo de Trabajo Social implementó estrategias de presión institucional: recurrir a la Dirección de Salud Mental para solicitar la asignación de un profesional a la consejería, lo cual operó como mecanismo de gestión para visibilizar el problema. A partir de ello, desde la dirección del Policlínico San Martín se acordó la participación de uno de los psicólogos. No obstante, esta presencia no se tradujo en una integración efectiva al dispositivo, ya que no se garantizaba disponibilidad ante la demanda espontánea. En palabras de la trabajadora social, la lógica que prevalecía era un *"si me convocan, estoy"*, lo que mantenía la intervención supeditada a la convocatoria puntual y no a una inserción orgánica en el funcionamiento cotidiano de la consejería.

Otra barrera relevante, que no sucedía con frecuencia, era la inestabilidad en la falta de la medicación para llevar a cabo las interrupciones. Esto producía incomodidad en el equipo de la consejería e incertidumbre para quienes solicitaban la práctica, debido a que su demanda se sitúa en un marco de necesidad urgente que debe solucionarse inmediatamente.

Desde la consejería del Policlínico San Martín, junto con el sector de farmacia, se acordó realizar una reunión con la directora de ese entonces del Distrito Noroeste para solicitar continuidad en la medicación, ya que había algunas semanas más que otras, que, por alta demanda, no alcanzaba la medicación y la persona debía esperar a la semana siguiente. A partir de dicha reunión, la farmacia del Policlínico comenzó a recibir más pastillas para garantizar el tratamiento medicamentoso. Por primera vez, una barrera pudo superarse.

Por último, una dificultad que emerge al interior de la propia consejería se vinculaba con el seguimiento posinterrupción. Si bien el espacio había logrado consolidar cierta organización en la instancia inicial -con consultorio propio, día y horario fijo-, esa estructuración no se replicaba con igual solidez en el momento posterior a la interrupción del embarazo. La cita para el control estaba prevista, pero no siempre se concretaba. Este desfasaje evidenciaba que la institucionalización del dispositivo fue más consistente en la fase de acceso que en la de continuidad del cuidado. Sobre esto la trabajadora social refiere: *"intentamos hacer una planilla de seguimiento, se anotaba que vino la paciente tal día, se la atendió, se le pidió la ecografía, se le dio la medicación, se le pidió la ecografía post, como para tener un registro de cada situación. Pero muchos no llegaban a los controles post, a mostrarnos esa última ecografía, y no podíamos terminar de completar el circuito"*.

El intento de sistematizar el proceso mediante una planilla de seguimiento revela, justamente, la búsqueda de fortalecer el circuito y dotarlo de mayor trazabilidad. Como señala

la trabajadora social, se registraban cada una de las instancias (consulta, solicitud de ecografía, entrega de medicación, pedido de control posterior) con la intención de no perder de vista ninguna situación. Sin embargo, la inasistencia a los controles posinterrupción impedía completar el recorrido. En muchos casos, la devolución tranquilizadora de les ecografistas bastaba para que la persona considerara cerrado el proceso, sin advertir que el seguimiento no se agotaba en la constatación de la interrupción efectiva.

Aquí se pone en juego una cuestión central: la atención posaborto no se reduce a verificar un resultado clínico, sino que constituye una instancia clave para trabajar la anticoncepción, fortalecer la autonomía y prevenir nuevos embarazos no planificados. Cuando el seguimiento se interrumpe, no sólo se pierde un registro administrativo, sino una oportunidad estratégica de inscribir la consejería en una lógica de salud integral y de cuidado sostenido. La dificultad, entonces, no radica únicamente en la ausencia de la persona al control, sino en la necesidad de revisar las estrategias del dispositivo para sostener el vínculo más allá de la urgencia inicial.

En este sentido, las barreras descritas a lo largo del apartado permiten advertir que los obstáculos a la garantía del derecho a la IVE/ILE no siempre se presentan como negativas explícitas; muchas veces se configuran en la falta de gestión, en la debilidad de los acuerdos y en la ausencia de corresponsabilidad institucional. Las trabajadoras sociales asumieron un rol activo en la problematización constante de estas dificultades, llevando cada tensión a las reuniones de equipo e intentando transformar prácticas arraigadas. Tal como señala Burchardt, "generar espacios seguros tiene que ver no solo con la capacidad de ampliar la accesibilidad sino también con la capacidad de gestión" (Burchardt, 2024, pág. 82). La propia entrevistada lo expresa con claridad al señalar que era necesario *"meter gestión, poner cabeza"*, generar acuerdos y sostenerlos en el tiempo, revisando colectivamente sus incumplimientos.

En definitiva, la persistencia de obstáculos en la consejería del Policlínico no puede atribuirse a hechos aislados, sino a una trama institucional caracterizada por vínculos frágiles, resistencias multicausales y acuerdos poco consolidados. Esta configuración impactaba directamente en la efectividad del derecho a la interrupción del embarazo y en la calidad de la atención, al tiempo que producía un desgaste sostenido y una sobrecarga en el área de Trabajo Social. La experiencia muestra que la existencia del marco normativo es condición necesaria pero no suficiente: la garantía real del derecho se juega en la capacidad institucional de organizarse, articularse y sostener colectivamente las prácticas que lo hacen posible.

3. La pérdida del debate por la interdisciplina

La consejería del Policlínico San Martín no logró configurarse como un espacio de trabajo interdisciplinario, no por ausencia de condiciones formales, sino por la persistencia de sentidos y prácticas que tendieron a sectorizar la intervención. Desde antes de la incorporación de la trabajadora social en el año 2019, la atención para garantizar la ILE se encontraba concentrada en un número reducido de profesionales, configurando un circuito restringido que operaba más por disposición individual que por definición institucional. En la entrevista, la trabajadora social recupera la indicación por parte de la anterior profesional: *"este tema solo se puede trabajar con dos personas, nadie más"*, delimitando de antemano quiénes podían asumir esa práctica.

En este marco, los reiterados intentos por ampliar la participación y promover debates en las reuniones de equipo no lograron traducirse en transformaciones sostenidas en la práctica cotidiana. La interdisciplina aparecía como un horizonte enunciado, pero no como una lógica efectivamente instituida. Esta dificultad no puede leerse únicamente como una carencia organizativa, sino como el resultado de una trama institucional que no habilita la construcción de corresponsabilidades.

Si bien el protocolo para la atención integral de la IVE/ILE recomienda el trabajo interdisciplinario en función de la singularidad y la complejidad de las situaciones (Ministerio de Salud, 2023), al mismo tiempo habilita su prescindencia cuando no fuera posible que el equipo esté conformado de manera interdisciplinaria. Esta ambivalencia normativa debilita el carácter estratégico de la interdisciplina, al ubicarla más como una opción que como una condición necesaria para garantizar la integralidad de la atención de la IVE/ILE. En este sentido, se diluye la posibilidad de problematizar en profundidad su significado y su potencial transformador en los equipos de salud.

Ahora bien, el caso del Policlínico presenta una particularidad que tensiona ciertos supuestos habituales. Mientras que, se tiende a pensar que la interrupción del embarazo queda subsumida a una lógica médico-biologicista que invisibiliza otras dimensiones, aquí se observa un movimiento inverso: profesionales de la medicina que se corrían de la intervención, ubicando la práctica como incumbencia casi exclusiva de Trabajo Social. Cuando pensamos en la necesidad de un trabajo interdisciplinario, suponemos que esto tiene que ver, por un lado, con la falta de una lectura social, que en este caso la aporta el Trabajo Social, y, por el otro, con la predominancia de la lectura médico-biologicista-hegemónica sobre la interrupción del embarazo. Sin embargo, en el Policlínico sucedía lo opuesto. Ese corrimiento puede leerse

como una de las expresiones del modelo biomédico hegemónico. Al definir la interrupción del embarazo como un acto “no médico”, se la excluye del campo legítimo de la práctica clínica, aun cuando se trate de una intervención sanitaria que involucra dimensiones biológicas, subjetivas y sociales.

A su vez, este posicionamiento puede comprenderse como un mecanismo de defensa frente a la interpelación que la práctica del aborto introduce en las identidades profesionales. La incorporación de una perspectiva de género y de derechos, el reconocimiento de la autonomía de las personas gestantes, la necesidad de revisar prejuicios y juicios de valor, así como la exigencia de trabajar de manera articulada y no jerárquica, tensionan los pilares tradicionales del saber médico. En este contexto, la derivación a Trabajo Social opera no sólo como una estrategia organizativa, sino como una forma de evitar una interpelación sobre el rol profesional y de sostener, de manera implícita, una delimitación rígida de roles.

En consecuencia, no se lograba consolidar un reconocimiento efectivo de la importancia del abordaje interdisciplinario para una atención integral de las situaciones, ni tampoco que les demás profesionales se asumieran como actores activos en la garantía del derecho a la IVE/ILE. Tal como plantea Schmidt, para consolidar la perspectiva interdisciplinaria debemos considerar que el momento en el cual se determinaron las competencias o incumbencias profesionales nos antecede y excede, pero nos permite contextualizar y “procurar instituir prácticas cooperativas entre las profesiones superando los resabios de la competitividad” (Schmidt, 2024, pág. 39), traspasando las fronteras establecidas por las profesiones. En el caso analizado, este pasaje no terminaba de producirse.

Desde esta perspectiva, la interdisciplina no puede reducirse a la coexistencia de múltiples disciplinas, sino que supone, siguiendo a Stolkiner un posicionamiento ético que obliga “a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina” (Stolkiner, 2005, pág. 5). Asimismo, permite abordar una demanda desde distintas miradas y colaborar a la mejora laboral al interior de los equipos. Esto comprende tanto a les profesionales de otras disciplinas, como al Trabajo Social, volviendo necesario articular los diferentes conocimientos entre las propias disciplinas. “El carácter interdisciplinario y complejo de los temas no puede ser reducido a la especificidad de un saber profesional” (Hermida, 2024, pág. 19). La ausencia de esta articulación no sólo limita la comprensión integral de las situaciones, sino que produce intervenciones parciales y, en muchos casos, fragmentadas.

Aportes como el de Cazzaniga permiten profundizar esta lectura al señalar que, si bien existen incumbencias específicas pertenecientes a cada disciplina, la comprensión de situaciones complejas “merecen un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de integralidad, para luego identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad” (Cazzaniga, 2002, pág. 39). Es en esa articulación donde se construyen intervenciones más integrales, capaces de reducir omisiones y fortalecer la calidad de la atención. Desde esta perspectiva, la interdisciplina no es un agregado deseable, sino una condición para garantizar derechos en sentido pleno: no sólo el acceso a la IVE/ILE, sino también el derecho a la información, a la participación en la toma de decisiones y a un trato digno.

Asimismo, el trabajo interdisciplinario contribuye a ampliar la comprensión del proceso de salud-enfermedad-cuidado, incorporando la dimensión subjetiva y desplazando enfoques exclusivamente biologicistas (Stolkiner, 2012). Esto supone construir colectivamente criterios de intervención, repensar las prácticas y sostener espacios de intercambio que permitan definir el “cómo trabajar” en los equipos de salud, en el marco de un proceso de producción colectiva y no individual, colaborativa y no parcial, complementaria y no fragmentada, teniendo en cuenta que los saberes son herramientas en acción. Sin embargo, en el Policlínico San Martín, esta potencialidad de la consejería como espacio de encuentro entre disciplinas no lograba desplegarse plenamente.

El potencial del abordaje interdisciplinario sobre las interrupciones del embarazo no debe ser minimizado ni subestimado. Y es fundamental destacar cómo la consejería aporta al desarrollo de la interdisciplina, en tanto espacio que promueve el encuentro y diálogo entre disciplinas en pos de un abordaje integral de las situaciones. Sin embargo, en el Policlínico San Martín se sostenía más por la iniciativa y el compromiso del área de Trabajo Social que por una apropiación institucional colectiva. A pesar de los reiterados intentos por instalar el debate y promover la participación de otras disciplinas, las trabajadoras sociales continuaron asumiendo un rol central en la organización y sostenimiento del dispositivo, demostrando que frente a escenarios trabajosos y barreras conflictivas, es posible garantizar un derecho. Esto da cuenta, por un lado, del aporte significativo del Trabajo Social en la construcción de abordajes integrales con perspectiva de género y de derechos; pero, por otro, evidencia las condiciones de sobrecarga y desgaste que implica sostener en soledad o con escasa articulación un dispositivo que, por definición, requiere del trabajo conjunto.

En este escenario, emerge un interrogante que trasciende el caso analizado: ¿por qué es el Trabajo Social quien, de manera recurrente, asume la tarea de sostener espacios, articular actores, problematizar prácticas y disputar sentidos en pos de la garantía de derechos? Esta pregunta no se agota en una respuesta individual o disciplinar, sino que abre la puerta a reflexionar sobre el lugar histórico y político de la profesión al interior de los equipos de salud, cuestión que será retomada en el próximo capítulo.

CAPÍTULO TRES: Los horizontes del derecho a la interrupción del embarazo, una visión desde el Trabajo Social

En un intento de responder la interrogante planteada, resulta necesario problematizar los aportes específicos del Trabajo Social al acompañamiento de la interrupción del embarazo. Es fundamental entender que su intervención no se limita a la dimensión procedimental del aborto, sino que se inscribe en una perspectiva ético-política más amplia: no se trata solo de abortar, sino de abordar. Este "abordaje" implica una puesta en acto de una acción con sentido que parte de la demanda de les sujetes, trascendiendo el evento biológico para situarlo en la complejidad de lo social. Al intervenir desde un hacer fundado, el Trabajo Social aporta una intencionalidad clara: no ser meros ejecutores de un protocolo, sino agentes que buscan generar modificaciones en las condiciones de vulnerabilidad, utilizando la ética profesional como marco ineludible para garantizar la dignidad de las personas.

En este sentido, una de las principales potencias del Trabajo Social radica en la construcción de una escucha política. Esta no debe confundirse con una escucha neutra ni meramente receptiva; por el contrario, se define como una práctica situada que recupera y pone en valor las condiciones sociales, económicas y subjetivas que atraviesan a las personas con capacidad de gestar. Esta escucha habilita la problematización de los miedos, dudas y ambivalencias que puedan surgir en un espacio de consejería, como expresiones de la tensión entre los deseos individuales y los mandatos sociales de la maternidad obligatoria; al tiempo que reconoce las trayectorias de vida, las redes de apoyo y las implicancias que conlleva la toma de decisión en torno a la continuidad o interrupción de un embarazo. De este modo, la construcción de una escucha política desde el Trabajo Social se configura como una herramienta central para el ejercicio de la autonomía en clave de derechos, que permite correr el eje de lo estrictamente "médico" para incorporar la noción de integralidad.

Desde esta perspectiva, las consignas “mi cuerpo, mi decisión” y “la maternidad es una elección” dejan de ser enunciados abstractos para constituirse como una práctica concreta, mediada por condiciones materiales, simbólicas e institucionales. El Trabajo Social aporta a que esa autonomía sea efectivamente ejercida, promoviendo el reconocimiento de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, y acompañando tanto el deseo de maternar como el de no hacerlo. En este proceso, el vínculo profesional-usuarie se construye sobre bases de confianza, respeto y no juzgamiento, configurando un acompañamiento empático con perspectiva feminista y de derechos.

Históricamente, profesionales del Trabajo Social han demostrado su capacidad de intervención en torno al aborto incluso en contextos de ilegalidad o restricción normativa: la militancia y el compromiso con la ampliación de derechos se materializaban en cada intervención concreta. En ese marco, desde la disciplina se produjeron saberes y estrategias orientadas a garantizar accesibilidad en los derechos, tensionando los límites institucionales y aportando a una concepción integral de la salud. Este recorrido da cuenta de un posicionamiento ético-político comprometido con la ampliación de derechos. En la actualidad, con la vigencia de la Ley, este desafío no se clausura, sino que se resignifica: se trata de sostener y profundizar las condiciones para que los derechos no solo existan en el plano normativo, sino que se efectivicen en la práctica cotidiana. Se debe seguir apostando y edificando desde los cimientos construidos para que los contenidos de la normativa se conozcan, se demanden y se garanticen. En esta línea, "posicionarse como agente que acerca derechos, brinda marcos normativos y herramientas, y no influye en las decisiones de les sujetes de derecho es clave para construir vínculos y estrategias de acompañamiento" (Schnorr, 2024, pág. 49).

Asimismo, el Trabajo Social ocupa un lugar estratégico en espacios como la consejería, en tanto posibilita el armado de redes entre actores, niveles de atención e instituciones. Su intervención contribuye a dotar de densidad a los procesos, construir redes y sostener circuitos de atención, favoreciendo la accesibilidad y continuidad de las prácticas. En este sentido, no solo acompaña decisiones individuales, sino que también incide en la organización institucional de las respuestas y favorece la deconstrucción de las prácticas desde una perspectiva de género y de derechos.

Ahora bien, al preguntarnos por qué el Trabajo Social asumió un rol protagónico en el Policlínico San Martín, es necesario desplazar la mirada de lo meramente descriptivo hacia una interpretación situada. Por un lado, puede pensarse que la formación interdisciplinaria propia de la disciplina, muchas veces leída como inespecificidad, se convierte en una fortaleza frente a problemáticas complejas que exceden los límites de un saber único. Ser portadores de saberes interdisciplinarios nos reposiciona como profesionales capaces tanto de comprender situaciones complejas que desbordan las fronteras disciplinares, como de elaborar estrategias flexibles y contextualizadas, especialmente en escenarios donde el trabajo interdisciplinario no logra consolidarse.

Por otro lado, también es posible identificar la emergencia de una responsabilidad autoasumida frente a la no participación de otros actores institucionales. La pregunta sería, si

no lo hace el Trabajo Social ¿quién? No expresa una pretensión de exclusividad en la acción que posiciona a la profesión como el único agente adecuado para intervenir, sino más bien, da cuenta de un escenario en el que otras disciplinas se retraen de la intervención. En este sentido, el protagonismo del Trabajo Social puede ser leído como el resultado de una distribución desigual de responsabilidades al interior de los equipos de salud y la disposición de las profesionales a alojar, escuchar, acompañar; abordar el aborto.

En este punto, resulta necesario problematizar las intervenciones en soledad. Si bien, "ninguna profesión es absoluta cuando pensamos en un abordaje integral" (Zorzoli, 2024, pág. 91), en la experiencia del Policlínico San Martín la integralidad de la atención fue sostenida, en gran medida, desde el Trabajo Social. Esto permitió, por un lado, abrir grietas en el modelo médico-hegemónico, ofreciendo una puerta de entrada distinta al sistema de salud y promoviendo un pensar situado sobre las prácticas. Pero, por otro lado, también implicó asumir una sobrecarga de tareas que exceden las incumbencias disciplinares.

En este marco, la capacidad resolutiva del Trabajo Social se expresó en la construcción de respuestas concretas frente a las limitaciones institucionales, cuestionando lógicas expulsivas frente a lo "no-reproductivo" y generando condiciones de accesibilidad. Las trabajadoras sociales del Policlínico supieron asumir el desafío político de garantizar un derecho recientemente despenalizado, así como también instalar dentro de la institución la instancia del abordaje del aborto. Tal como se señala, "el trabajo social ofrece romper con el binarismo del saber médico-hegemónico; ser una puerta de entrada distinta al sistema de salud; y un modo de mirar la realidad social desde un pensar situado" (Zorzoli, 2024, pág. 91). Sin embargo, estas prácticas no deben ser leídas como evidencia de una autosuficiencia disciplinar, sino como intentos de sostener derechos en contextos adversos y de operacionalizar las máximas políticas de la lucha sobre la autonomía corporal, la justicia social y la salud pública, en acciones concretas que permitan materializarlas.

En este sentido, emerge con fuerza la noción de subjetividad heroica, entendida como la tendencia a asumir responsabilidades sin reconocer los propios límites (De la Aldea, s. f.). Tal como se advierte, no poder decir que no y no reconocer las propias limitaciones "lleva a que el caudal del trabajo que no involucra al procedimiento en sí sea mayoritariamente asumido por el Servicio Social, no dejando lugar para pensar" (Gómez y Zarza, 2024, pág. 101). Esta dinámica no solo incrementa la carga laboral, sino que también obtura espacios de reflexión sobre la práctica, fundamentales para su transformación.

El desgaste que implica sostener estos procesos se vincula tanto con la complejidad de las situaciones como con la insuficiencia de recursos y el costo subjetivo de encarnar un derecho social en contextos institucionales que no siempre acompañan. En este marco, “es menester seguir tramando estrategias organizadas de cuidado colectivo” (Hermida, 2024, pág. 15), que permitan sostener las intervenciones sin comprometer la salud de quienes las llevan adelante.

Al mismo tiempo, resulta necesario recuperar la dimensión política del Trabajo Social. La intervención profesional se inscribe en relaciones sociales inscritas en la lógica capitalista y patriarcal, y atravesadas por desigualdades y disputas de poder (Lera, 2015). Esto implica asumir un posicionamiento activo en la construcción, visibilización e instalación de problemáticas en la agenda pública, y en la lucha por la materialización de respuestas por parte del Estado. Respecto a esto, Zorzoli reflexiona que “como profesionales del trabajo social es fundamental apelar a nuestros análisis acerca del rol de los Estados y de las políticas sociales que castigan o acompañan procesos de autonomía de las mujeres y disidencias” (Zorzoli, 2024, pág. 95). Desde esta perspectiva, la consejería llevada adelante por las trabajadoras sociales del Policlínico, puede ser leída no sólo como un dispositivo de atención, sino también como un espacio de producción de ciudadanía y ejercicio de derechos.

Hay reflexiones y experiencias que, al hablar de IVE/ILE, remiten también a dimensiones más amplias de la intervención profesional. Conocer esos procesos, las estrategias desplegadas, las dinámicas institucionales y las dificultades que atraviesan una práctica que resiste, deja un saldo de múltiples pistas para repensar y reinventar la intervención (Hermida, 2024). En este sentido, ese ejercicio de problematización no solo habilita la formulación de nuevos interrogantes, sino también la identificación de los obstáculos que tensionan la accesibilidad, con el objetivo de construir alternativas que allanen el recorrido de quienes requieren acceder a la interrupción del embarazo.

Entre los principales obstáculos identificados, adquiere centralidad la modalidad de trabajo interdisciplinario. El quehacer con otres no resulta un proceso lineal ni exento de tensiones, y se complejiza aún más cuando implica la construcción de miradas compartidas entre disciplinas con formaciones, lenguajes y marcos de referencia diversos. No obstante, reconocer estas diferencias no invalida la apuesta por la interdisciplina; por el contrario, refuerza la necesidad de sostenerla, en tanto ninguna profesión es absoluta cuando se trata de garantizar un abordaje integral.

A modo de cierre, los horizontes del derecho a la interrupción del embarazo, desde una mirada del Trabajo Social, no se agotan en la garantía formal de la práctica, sino que implica una disputa de sentidos constante por construir accesibilidad, sostener acompañamientos y tensionar los límites institucionales. La experiencia analizada en el Policlínico San Martín revela que, frente a la fragmentación y las resistencias institucionales, el Trabajo Social no sólo "gestiona un recurso" o “garantiza una práctica”, sino que edifica una escucha política capaz de alojar la complejidad de las trayectorias de vida, en el marco de una consejería convertido en escenario de ejercicio de ciudadanía.

El protagonismo asumido por las trabajadoras sociales entre 2019 y 2023 demuestra que el Trabajo Social opera como el tejido que sostiene la red de cuidados cuando otros actores se retraen. Sin embargo, este rol no debe ser idealizado bajo una subjetividad heroica que naturalice la sobrecarga y el aislamiento profesional. Por el contrario, el desafío ético-político actual consiste en transformar esa intervención en soledad en una exigencia de corresponsabilidad interdisciplinaria.

El horizonte, por tanto, es seguir construyendo una práctica que resista la normalización de los obstáculos y que continúe tensionando las instituciones para que la soberanía sobre los cuerpos sea, finalmente, un derecho conquistado y efectivizado.

REFLEXIONES (NO) FINALES

La elaboración de este Trabajo Integrador Final no constituye un punto de llegada, sino más bien una instancia de apertura. Lejos de pretender cerrar las discusiones en torno a la interrupción del embarazo y su abordaje en las instituciones de salud, estas reflexiones tituladas como "no finales" se inscriben en la necesidad de continuar problematizando, desde una perspectiva de género y de derechos, las distancias persistentes entre el reconocimiento normativo de derechos y sus condiciones reales de acceso. En este sentido, el pasaje "del papel a la práctica", que da nombre a este escrito, se revela no como un tránsito lineal, sino como un proceso complejo, atravesado por tensiones, disputas, obstáculos y contradicciones.

Retomar desde la escritura la experiencia de la consejería del Policlínico San Martín implicó volver sobre escenas, prácticas, discursos y preguntas. A partir de esto fue posible identificar que si bien la sanción de la Ley Nº 27.610 significó un avance histórico a nivel nacional en materia de derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, su implementación efectiva en las instituciones de salud continúa dependiendo, en gran medida, de las condiciones institucionales, de la organización de los servicios de salud y, en muchos casos, de las voluntades individuales de les profesionales de la salud. Esta situación pone en evidencia que el reconocimiento legal de un derecho no garantiza por sí mismo su ejercicio pleno, sino que requiere de dispositivos concretos, gestión y recursos adecuados, y posicionamientos ético-políticos comprometidos con su cumplimiento. Como bien sostienen Gómez y Zarza, "aun con la existencia de la ley vivimos en un mundo de desigualdades e inequidades en salud y es por eso que continuamos en la lucha (Gómez y Zarza, 2024, págs. 102-103)".

En este marco, la consejería del Policlínico se presenta como un espacio de referencia para la población del centro de salud, en particular, y como un espacio clave para la materialización del derecho a la interrupción del embarazo, en general; pero al mismo tiempo, como un dispositivo frágil, condicionado por múltiples obstáculos institucionales que tensionan su potencial. Las dificultades en su operatividad -vinculadas a la falta de trabajo interdisciplinario, las resistencias dentro del equipo de salud y la sobrecarga de las profesionales que la sostienen- dan cuenta de los límites que adquiere la pretensión de una atención integral desde un abordaje interdisciplinario cuando no existen condiciones institucionales que la respalden de manera sostenida.

Particularmente, la entrevista con la trabajadora social de ese entonces permitió ahondar sobre el lugar del Trabajo Social en ese escenario, el cual aparece como central y, a la vez,

problemático. Por un lado, se configura como una profesión que impulsa, sostiene y garantiza espacios de acompañamiento, escucha y acceso a derechos, y que se constituye en una puerta de entrada distinta al sistema de salud, habilitando otras formas de acceso; pero que muchas veces ocupa espacios vacíos que otres actores no asumen. Por otro lado, esta misma centralidad conlleva el riesgo de la sobrecarga, la soledad profesional y la naturalización de intervenciones que deberían ser responsabilidad de equipos interdisciplinarios, evidenciando los límites de sostener prácticas que deberían ser colectivas.

En este sentido, resulta significativo que, mientras parte del equipo médico no logró autoreconocerse como actor clave en la garantía del derecho a la interrupción del embarazo, las trabajadoras sociales del Policlínico San Martín supieron asumir el protagonismo profesional en el abordaje de la problemática del aborto, y el desafío político de garantizar un derecho recientemente despenalizado. Sin embargo, este protagonismo no debe leerse como una confirmación de que el Trabajo Social puede -o debe- intervenir sobre todo y todes, sino todo lo contrario. Lo han hecho demostrando que era posible un trabajo interdisciplinario. El problema no radica en que el Trabajo Social 'esté', sino que otres no 'estén'.

Por ello, se vuelve imprescindible continuar problematizando los mandatos históricos de la profesión, así como también disputar colectivamente las condiciones de trabajo y los sentidos de la intervención. Estas reflexiones buscan recuperar este proceso para tensionarlo, resignificarlo y proyectarlo en el marco de mi futura intervención profesional.

Asimismo, el análisis realizado permite reafirmar que la interrupción del embarazo no puede ser comprendida únicamente como un procedimiento médico ni como una cuestión aislada, sino como una experiencia compleja, situada y atravesada por múltiples dimensiones. En cada demanda de IVE/ILE se ponen en juego trayectorias de vida, condiciones materiales, vínculos, violencias, desigualdades, mandatos y proyectos posibles de las personas con capacidad de gestar. De allí la necesidad de sostener abordajes integrales que contemplen esta complejidad y que no reduzcan la intervención a una respuesta técnica, sino que la inscriban en una perspectiva de derechos y de género, rompiendo con el saber médico-hegemónico.

En este punto, resulta fundamental recuperar el carácter político de las prácticas profesionales. Garantizar el acceso a la interrupción del embarazo no es una tarea neutral ni meramente técnica: implica posicionarse, disputar sentidos y asumir un compromiso ético con la autonomía de las personas con capacidad de gestar. Tal como se fue desarrollando a lo largo del trabajo final, la existencia de un marco legal constituye una herramienta indispensable que

habilita y compromete el ejercicio profesional, pero no suficiente. Su efectivización depende de prácticas concretas que la hagan operativa en lo cotidiano, en cada consulta, en cada decisión, en cada intervención.

A su vez, no puede perderse de vista que los derechos conquistados son también el resultado de luchas colectivas, y que, como tales, requieren ser sostenidos, defendidos y promovidos. En un contexto en el que persisten resistencias, disputas y posibles retrocesos, desde el Trabajo Social se vuelve necesario mantener y fomentar una actitud vigilante y activa en torno a su garantía. En este sentido, como profesión históricamente vinculada a la ampliación de derechos y al movimiento feminista, se tiene un lugar estratégico en la construcción de prácticas que no solo acompañen, sino que también promuevan transformaciones. Para ello, es pertinente conceptualizar como "acción reflexiva" en tanto herramienta fundamental para problematizar y desnaturalizar las prácticas profesionales y tomar decisiones respecto de qué se debe hacer, cómo y para qué (Dosso, 2017). "Es una reflexión que tiene sentido siempre y cuando se vuelque a la acción, al cambio de prácticas en la salud, para que tiendan al cuidado y el respeto" (Dosso, 2017, pág. 18).

Por todo lo expuesto, estas reflexiones (no) finales buscan, más que cerrar, abrir interrogantes: ¿cómo construir condiciones institucionales que no dependan de voluntades individuales para garantizar derechos? ¿Cómo fortalecer el trabajo interdisciplinario más allá del discurso? ¿Cómo evitar la sobrecarga y la naturalización del rol del Trabajo Social en estos espacios? ¿Qué estrategias colectivas pueden impulsarse para sostener y profundizar los avances logrados? Recuperar estas preguntas no implica desconocer los avances alcanzados, sino, por el contrario, asumir que la garantía de derechos es una construcción permanente, situada y en disputa. En este camino, la consejería aparece no sólo como un dispositivo de atención, sino como un espacio político donde es posible tanto materializar como obstaculizar derechos, y donde las intervenciones profesionales, lejos de ser neutrales, constituyen prácticas situadas y atravesadas por posicionamientos éticos-políticos que adquieren un sentido que trasciende lo individual al poder constituirse tanto en facilitadoras como en barreras para el ejercicio de derechos.

Escribir sobre esta experiencia implicó también reescribirla, otorgarle nuevos sentidos y reconocer en ella no sólo aprendizajes, sino también desafíos que interpelan mi futura práctica profesional. En este sentido, estas reflexiones no son un cierre, sino una invitación a seguir pensando, cuestionando y construyendo intervenciones comprometidas con una salud

verdaderamente integral y con la garantía efectiva de los derechos de todas las personas. En particular, el derecho a acceder a una interrupción del embarazo existe legalmente, pero su garantía sigue siendo una construcción cotidiana, situada y disputada.

"En tiempos de crueldad, agobio y desesperanza, seguir soñando activamente con un mundo donde quepan muchos mundos, parece ser la propuesta y resistencia primera que como oficio se nos impone" (Hermida, 2024, pág. 19).

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Álvarez-Díaz, J.A. (2008). El concepto de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en bioética. En *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, Vol. 51, Nº 6, p. 249-251. Recuperado en: https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un086f [En línea 17/08/2025]

Arminchiardi, S., y Zorzoli, A. (2023). El aporte del Trabajo Social en la atención integral del aborto. REDAAS.

Arminchiardi, S., Zorzoli, A., Lorea, M. V. y Zamarreño, F. M. (2024). Introducción. En S. Arminchiardi, A. Zorzoli y M. V. Lorea (Comps.), Recuperando voces: experiencias de intervenciones en aborto desde el Trabajo Social (pp. 5-6). Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Berra, A. (2014). Acerca del acceso de las mujeres al aborto no punible desde una perspectiva de género y salud. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires

Biaggi Russi, A., Rosas, A. y Greco, E. (2024). Espacios de consejería en salud sexual y reproductiva en la ciudad de Venado Tuerto, Santa Fe. En S. Arminchiardi, A. Zorzoli y M. V. Lorea (Comps.), Recuperando voces: experiencias de intervenciones en aborto desde el Trabajo Social (pp. 66-70). Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Bosio, M. T., y Morillo, A. (2023). ¿Cómo seguir? Obstáculos y límites a la implementación de la IVE. Sección Perspectivas. En *Cuadernos De Coyuntura*, Vol. 8, p. 1-8. Recuperado en: https://revistas.unc.edu.ar/index.php/CuadernosConyuntura/article/view/40547 [En línea 17/08/2025]

Botta, M. P., Chaumet, D., y Macagno, B. (2024). Implementación de la aspiración manual endouterina para interrupciones voluntarias y legales del embarazo en centro ambulatorio. Revista AMAdA.

Burchardt, I. (2024). Experiencia de intervención del trabajo social en ela acceso al aborto y posaborto en el Hospital SAMCo “Dr. Ricardo Nanzer”. En S. Arminchiardi, A. Zorzoli y M. V. Lorea (Comps.), Recuperando voces: experiencias de intervenciones en aborto desde el Trabajo Social (pp. 76-83). Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Carvalho, L.C., Feuerwerker, L.C., y Merhy, E.E. (2007). Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. Salud colectiva, 3(3), pp. 259-269.

Cazzaniga, S. (2002). Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. En *Revista Margen*, Nº 27. Recuperado en: https://www.edumargen.org/docs/curso6/unid04/apunte04_04 [En línea 17/08/2025]

Cóppola, F. (2013). Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia en Uruguay. Revista Médica Uruguay; 29(1):43-46.

De la Aldea, E. (s. f.). La subjetividad heróica: Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022). Consejerías en salud sexual y reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Ministerio de Salud de la Nación.

Discacciatia, V., Epstein, D., Terrassa, S., Volij, C. y Volpi, M. (2020). La interrupción legal del embarazo en Argentina. Evidencia. Actualización en la práctica ambulatoria, 23(1).

Ferrandini, D. (2011). Algunos problemas complejos de salud. Recuperado en: https://www. ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/cursos/ConcepcionesSalud-Ferrandini.pdf

Ferrara, F. (1985). Teoría Social y Salud. Catálogos Editora.

Ferrara, M. (2016). Sobre mi cuerpo, yo decido: la excepcionalidad del caso de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña de la ciudad de Rosario. Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales.

Ferrari, N., Verón, Z., y Romero, M. (2021). ABC del aborto. Serie Documentos REDAAS Nº 14. Recuperado en: https://redaas.org.ar/documentos-redaas/abc-del-aborto-2021/ [En línea 18/08/2025]

Ferreyra, M. (2022). Elementos conceptuales de la teoría y enfoque de género. Enfoque de derechos humanos y enfoque de necesidades, en Ferreyra, M. et al. (2022). Políticas públicas y perspectiva de género. Indicadores, seguimiento y monitoreo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO. San José: INAMU. Instituto Nacional de las Mujeres. Cooperación Sur-Sur. Cooperación Triangular Santa Fe: Ministerio de Igualdad, Género y Diversidad.

Gómez, M. F. y Zarza, M. L. (2024). IVE-ILE: La experiencia desde un servicio social de un hospital público del conurbano bonaerense. En S. Arminchiardi, A. Zorzoli y M. V. Lorea (Comps.), Recuperando voces: experiencias de intervenciones en aborto desde el Trabajo Social (pp. 99-103). Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

González, A., Moreno, D. y Grass, D. (2021). Interrupción voluntaria del embarazo en Latinoamérica, superando barreras. Salud UIS. 53: e21013.

Guzmán Ramonda, F., Chelotti, T. y Salazar, L. (2019). Hegemonía y estrategia. Herramientas de intervención profesional del Trabajo Social. Revista Utopías, N° 25.

Hermida, M. E. (2024). Prólogo. En S. Arminchiardi, A. Zorzoli y M. V. Lorea (Comps.), Recuperando voces: experiencias de intervenciones en aborto desde el Trabajo Social (pp. 7-20). Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Kleba, T., y Lolatto, S. (2013). Políticas Públicas con transversalidad de género. Rescatando la interseccionalidad, la intersectorialidad y la interdisciplinariedad en el Trabajo Social. Cuadernos de Trabajo Social. Vol. 26-2. Recuperado en: https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/41397/41396 [En línea 18/08/2025]

Levin, S. (2020). Las Políticas Municipales de Violencia de Género en Rosario: Implicancias de un proceso de Institucionalización, en Rodríguez, A. L. Marchas y Contramarchas. Colección Grupos de Trabajo CLACSO. Buenos Aires.

Levín, S. (2018). ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?: El conflicto por el aborto en Argentina. Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús.

Menéndez, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2023). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE): Actualización 2022. Recuperado en: https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/1.-Protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-IVE-ILE-.-Actualizacion-2022.-Res.-1063_2023.pdf

Montaño, C. (2000). La naturaleza del servicio social. Brasil. Cortez Editora.

Organización Mundial de la Salud (2022). Directrices sobre la atención para el aborto: resumen Ejecutivo.

Pacheco, I. (2020). Transitar los equipos en tiempos de "salud y enfermedad". s/d. Recuperado en: https://trabajosocialsantafe.org/wp-content/uploads/2020/07/IRENE-PACHECO-TRANSITAR.pdf

Paz, A. y Ramírez, C. (2019). Riesgo(s) en disputa: el poder de definir el futuro deseable. En Balaña, S. et al. (2019). Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización (pp. 89-100). Editorial Tinta Limón.

Pérez, M. (2019). Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. En Balaña, S. et al. (2019). Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización (pp. 31-48). Editorial Tinta Limón.

Polanco, N. (2019). El feminismo como lente privilegiada para el análisis crítico en el ejercicio profesional, en las políticas públicas y en las prácticas cotidianas. En L. Riveiro (Comp.), Trabajo Social y feminismos: Perspectivas y estrategias en debate (1ª ed.). Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. https://catspba.org.ar/wp-content/uploads/2020/01/FEMINISMO-Web.pdf

Pombo, G. (2019). La interseccionalidad y el campo disciplinar del trabajo social: topografía en diálogo. En L. Riveiro (Comp.), Trabajo Social y feminismos: Perspectivas y estrategias en debate (1ª ed.). Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. https://catspba.org.ar/wp-content/uploads/2020/01/FEMINISMO-Web.pdf

Ramón, A., Ariza, S., y Repka, D. (2021). Objeción de conciencia en la Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo en Argentina. Serie Documentos REDAAS Nº 15. Recuperado en: https://redaas.org.ar/documentos-redaas/objecion-de-conciencia-en-la-ley-sobre-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-2021/ [En línea 18/08/2025]

Rodriguez, L. (2015). Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos. Fondo de Población de Naciones Unidas.

Sanabria, A. (2024). El aborto como "problema de salud pública". Experiencias post sanción de la Ley N° 27.610 en Villa Mercedes, San Luis. En S. Arminchiardi, A. Zorzoli y M. V. Lorea (Comps.), Recuperando voces: experiencias de intervenciones en aborto desde el Trabajo Social (pp. 42-47). Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Sautu, R. (2005). Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación. Lumiere.

Schmidt, J. L. M. (2024). Aborto legal, seguro y gratuito: una experiencia de intervención desde el Centro de Salud "Mauricio Casal". En S. Arminchiardi, A. Zorzoli y M. V. Lorea (Comps.), Recuperando voces: experiencias de intervenciones en aborto desde el Trabajo Social (pp. 36-41). Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Schneider, M. (2024). Trabajo social y aborto. Una mirada retrospectiva y actualizada desde un hospital de tercer nivel de la provincia de Santa Fe. En S. Arminchiardi, A. Zorzoli y M. V. Lorea (Comps.), Recuperando voces: experiencias de intervenciones en aborto desde el Trabajo Social (pp. 104-108). Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Schnorr, R. M. (2024). Experiencias de intervención del trabajo social en el acceso al aborto y posaborto. En S. Arminchiardi, A. Zorzoli y M. V. Lorea (Comps.), Recuperando voces: experiencias de intervenciones en aborto desde el Trabajo Social (pp. 48-50). Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados. Paidós.

Tajer, D. (2019). El aborto como problema de salud colectiva. En Balaña, S. et al. (2019). Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización (pp. 75-85). Editorial Tinta Limón.

Travi, B. (2007). Diseño, aplicación y evaluación de técnicas e instrumentos en la intervención profesional. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM, 17(2), pp. 201-22 3.

Vasilachis de Gialdino, I., Ameigeiras, A. R., Chernobilsky, L. B., Giménez Béliveau, V., Mallimaci, F., Mendizábal, N., Neiman, G., Quaranta, G. y Soneira, A. J. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Editorial Gedisa.

Zorzoli, A. (2024). Experiencia de intervención en el abordaje del aborto desde el trabajo social en un hospital de tercer nivel de complejidad. En S. Arminchiardi, A. Zorzoli y M. V. Lorea (Comps.), Recuperando voces: experiencias de intervenciones en aborto desde el Trabajo Social (pp. 91-98). Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

NORMATIVA

Ley Nacional 27.610/2020. Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Buenos Aires, 30 de diciembre de 2020. Infoleg, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación. Recuperado de: https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/346231/norma.htm [En línea 10/08/2025]

Ordenanza 9310/2014. Creación de las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva. Municipalidad de Rosario, Rosario, 19 de octubre de 2014. Sistema de Información de Normativa Municipalidad de Rosario. Recuperado de: https://www.rosario.gob.ar/normativa/ver/visualInterna.do?accion=verNormativa&idNormativa=102599 [En línea 10/08/2025]