



Facultad de ciencias políticas y relaciones internacionales.

Escuela de Trabajo Social

---

*" Una mirada profesional sobre la interrupción del embarazo en segundo trimestre de gestación: el caso de un equipo de salud interdisciplinario en Rosario"*

---

**Tesina Licenciatura en Trabajo Social**

**Estudiante:** Florencia Olmos.

**Directora:** Ma. Eugenia Garma

[flor\\_olmos32@hotmail.com](mailto:flor_olmos32@hotmail.com) - [tetegarma@gmail.com](mailto:tetegarma@gmail.com)

**Rosario 2023**

<b>Índice</b>	
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>9</b>
1. Recorrido para ser Ley	
1.2 Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos	
1.3 Derechos Humanos y Derechos Sexuales y Reproductivos	
1.4 Aborto No Punible en Argentina	
1.5 Ley 27.610 Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo	
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>20</b>
2. Santa Fe, una Provincia con un Modelo de Salud Pública referente en el País	
2.1 Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en la Provincia de Santa fe	
2.2 Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo	
2.3 Santa Fe e interrupción voluntaria del embarazo	
2.4 Aborto de Segundo Trimestre de Gestación	
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>26</b>
3. Equipos en Salud Publica que hacen Historia	
3.1 Equipos en Salud Sexual y Salud Reproductiva	
3.2 Consejería de Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Hospital Provincial de Rosario	
3.3 Aborto de Segundo Trimestre en el Hospital	
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>33</b>
4. La Práctica Profesional atravesada por la Subjetividad de Miradas Profesionales	
4.1 Motivaciones en la Práctica	
4.2 Obstáculos en la Efectivización de la Práctica	
4.3 Lo Innombrable: El Feto	
4.4 Límites Éticos en la Práctica	
<b>REFLEXIONES FINALES.....</b>	<b>43</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>47</b>

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias la Universidad Pública, a todxs sus profesores y al personal por la formación y el recorrido, sumamente agradecida y orgullos por caer donde caí.

Gracias a mi familia por ser el sostén de tantos años, por siempre confiar en mí cuando ni yo misma confiaba.

Gracias a mi compañero Germán por tener clarísimo que el trabajo en casa y el cuidado de nuestro hijo es una tarea compartida, sin dudas eso significó muchísimo en el avance de la escritura.

Gracias a mi hijo Giovanni que vino en el caos de la escritura, y cuando pensé que ya no iba a poder él me empujó a seguir.

Gracias al grupo de compañerxs y amigxs que me dio la facultad y la carrera, ellxs fueron parte importante en este proceso. Mención aparte a mi amigo Lauti que se transformó en un pilar fundamente en todos los años de prácticas, estudio, y cursado.

Y sobre todo gracias a mi Directora Eugenia, por la paciencia y el tiempo dedicado.

En mi recorrido profesional trabajé y lucharé para que la salud, la vida, la autonomía y la libertad de todas las personas gestantes se conviertan en derechos inquebrantables.

Hoy 14 de Agosto, escribiendo estos agradecimientos y con profunda angustia e incertidumbre por lo que vendrá, deseo y prometo seguir luchando por no perder ni un solo derecho conquistado en estos 40 años de democracia.

---

## INTRODUCCIÓN

---

El aborto, como práctica, está atravesado por diferentes cuestiones sociales, políticas, ideológicas y culturales.

Cuando comenzamos a escribir esta tesina el aborto aun no era Ley claramente. En Argentina, previo a la legalización de la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo del 2021, el aborto no punible estaba contemplado en el código penal desde 1921 para los casos de violación y de peligro para la salud y la vida de la mujer. Se encontraba regulado en los artículos 85 al 88 del código penal; el artículo 86 establece causales excepcionales en las que el aborto no es punible, en tanto no se aplica la ley penal a los abortos que se practiquen cuando la vida o la salud de la mujer están en riesgo – causal salud; o cuando el embarazo es resultado de violencia sexual – causal violación.

A medida que los meses pasaban y la discusión y la militancia exigía que este tema entre en agenda, este trabajo fue mutando en paralelo a que se discutían los proyectos en el Congreso de la Nación. Empezamos con un objetivo en mente que se correspondía a analizar la interrupción voluntaria del embarazo en el primer trimestre de gestación, el cual, claramente, fue cambiando de acuerdo al avance del proyecto de ley.

Finalmente, el 24 de enero de 2021 entró en vigencia en todo el país la Ley 27.610 que regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto. Reconoce el derecho de las mujeres y personas con otras identidades de género, personas gestantes, a interrumpir su embarazo hasta la semana catorce, inclusive, del proceso gestacional. Fuera de este plazo, la persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo solo si el mismo fuera resultado de una violación o si estuviera en peligro la vida o la salud de la persona gestante, tal como está ya previsto en la legislación.

La elección del tema forma parte del trabajo que se realiza en los equipos de Salud Sexual y Reproductiva con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo en los efectores de salud pública. Realizando el trabajo de campo nos encontramos con un hospital y un equipo de profesionales que se reconocían

como responsables en el acompañamiento de abortos de segundos trimestres a pesar de las múltiples barreras que tienen que enfrentan a diario. Uno de los pocos hospitales dedicados a esta práctica que recibe población derivada de todo la provincia y el norte argentino. Esto nos hizo entender que estábamos frente a una práctica que nos iba abrir múltiples aristas de análisis.

En el país los debates sobre aborto estuvieron enfocados tradicionalmente en la interrupción de primer trimestre de gestación. La discusión sobre aborto de segundo trimestre se empezó a dar de la mano de expertos/as y profesionales comprometidos en la investigación, discusión y difusión del tema; grupos feministas que se formaron y capacitaron para acompañar este tipo de prácticas por fuera del sistema de salud; y de una sociedad civil cada vez más consiente, a partir de una realidad palpante y que acontece pese a cualquier tipo de restricción legal, política o social.

El aborto en esta edad gestacional es una demanda de salud de las personas por diversos motivos (violencia sexual, reconocimiento tardío del embarazo, circunstancias personales y barreras en el acceso al sistema de salud). Resulta necesario, sin dudas, brindar servicios de calidad para que las mujeres puedan acceder a abortos tempranos, pero, aun así, nada indica que los abortos en segundo trimestre vayan a desaparecer. (Harris y Grossman, 2011). Porque nos parece sumamente significativo trabajar con equipos que acompañen este tipo de práctica, es que enfocamos nuestro trabajo en el aborto de segundo trimestre.

Cabe aclarar que la elección de este tema emerge, cuando, a partir de la práctica profesional pudimos observar que la interrupción del embarazo es una práctica que sucede en un efector de salud acompañada o en la más absoluta soledad, pero sucede cuando la decisión ya está tomada. Esto nos hizo reflexionar algunas cosas y problematizar tantas otras, pero siempre absolutamente convencidas que el aborto tenía que ser un derecho conquistado, que podamos ser nosotras las únicas responsables de las decisiones que tomamos sobre nuestros cuerpos con absoluta libertad y en un sistema de salud con profesionales que contengan y nos brinde la calidad y seguridad en la atención que merece cualquier persona que demanda la atención.

Teniendo en cuenta todos los elementos mencionados, se realizó un trabajo de investigación, con el **Objetivo General** de conocer las diferentes posiciones, creencias y percepciones de las profesionales con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo de segundo trimestre de gestación en la consejería de interrupción voluntaria del embarazo del Hospital Provincial de la ciudad de Rosario.

Y como **Objetivos Específicos**: Conocer las disposiciones y motivaciones de los profesionales a realizar la práctica del aborto; Identificar las creencias de estos profesionales que, antes cada situación, se traducen en intervenciones técnico-profesionales; Indagar acerca de los obstáculos que debe sortear el equipo antes cada interrupción de segundo trimestre; Indagar como viven, que piensan y cómo actúan los profesionales con respecto al aborto en el segundo trimestre.

El hospital elegido para hacer el trabajo de campo para dicha tesina es el Hospital Provincial de la ciudad de Rosario.

El diseño del estudio que más se ajusta a las necesidades de los objetivos es la metodología cualitativa.

*“Las metodologías cualitativas son apropiadas cuando el investigador se propone investigar la construcción social de significados, las perspectivas de los actores sociales, los condicionantes de la vida cotidiana o brindar una descripción detallada de la realidad.”* (Wainerman y otros, 2001)

Es por eso que fuimos relacionando la teoría y los objetivos a lo largo de todo este trabajo de investigación a fin de poder llegar a conclusiones coherentes como resultado del análisis.

El método utilizado para la obtención de información resulta de la realización de entrevistas, recopilación bibliográfica de escritos sobre el tema y una recopilación documental de artículos especializados.

Además, resulta de interactuar con las personas seleccionadas a partir de entrevistas semiestructuradas, éstas si bien están orientadas con algunas pautas o ejes definidos, permite que el entrevistado pueda expresar sus opiniones libremente.

Este tipo de entrevista permite que sea el entrevistado quien, durante la conversación, vaya desarrollando cada uno de los temas, con la dirección, profundidad y método que le resulte más atractivo. (Saltalamacchia, 1992)

El presente trabajo de investigación como ya lo hemos mencionado, toma como eje fundamental la interrupción voluntaria del embarazo de segundo trimestre de gestación en el Hospital Provincial de Rosario, como así también las diferentes creencias y opiniones de lxs profesionales al respecto. Poder reflexionar acerca de las motivaciones en la práctica de dichos profesionales y problematizar los obstáculos que para ellxs se presentan ante cada situación.

En el **Capítulo I**, se introduce sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivo, ya que es un tema central para empezar a hablar del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en una edad más avanzada a lo que la ley dispone. La historización se realiza en un recorte tiempo-espacio de Argentina, para luego dar cuenta de las actualizaciones legislativas y normativas que tuvieron en el país.

La concepción de derechos humanos, dentro de lo que significan los derechos sexuales y reproductivos, nos posiciona para comenzar a hablar puntualmente de la interrupción voluntaria del embarazo.

Finalizamos este capítulo enmarcando y conceptualizando lo que fue el aborto no punible en Argentina, con sus normativas, algunas aún vigentes, dentro del código penal. Seguimos con la mención de los que fueron algunos casos emblemáticos que llegaron a instancias judiciales en el país, hitos en la historia de lucha por la legalización y despenalización del aborto. Y para cerrar esta primera parte incluimos el marco normativo de la Ley 27.610 Interrupción voluntaria y legal del embarazo.

En el **Capítulo II**, describimos el Protocolo para la Atención Integral de las personas con Derecho a la Interrupción del Embarazo; mencionamos brevemente lo que fue la incorporación de la provincia a los derechos sexuales y reproductivos, para finalizar y dar contexto a la adhesión del protocolo y lo inherente al aborto no punible. Y finalmente nos introducimos en conceptualizar todo lo referido al aborto de segundo trimestre de gestación, vale aclarar que este va a ser el tema central y en el que va a girar todo el análisis de esta tesina.

En el **Capítulo III**, abordamos lo referido a los Equipos de Salud Sexual y Salud Reproductiva en general, hacemos una breve conceptualización, para luego profundizar con la consejería de Interrupción Legal del Embarazo en el hospital Provincial de Rosario, conformación de equipos, modalidades de intervención, referencias teóricas, etc.

Por último y para cerrar este capítulo nos introducimos momentáneamente en el trabajo llevado a cabo dentro de la consejería, referido a aborto de segundo trimestre de gestación

En el **Capítulo IV**, para finalizar este trabajo nos enfocamos específicamente en el análisis de los puntos centrales que nos propusimos indagar a lo largo de todo el trabajo de campo con las entrevistas y observaciones en la institución, y que fueron ajustándose en el recorrido de la escritura y búsqueda constante de material.

Comenzamos con las motivaciones de las profesionales en su trabajo diario dentro de la consejería y todo lo que eso significa en su vida profesional como personal, como esas motivaciones hacen contrapeso a todos los obstáculos institucionales/profesionales y de servicios que aparecen junto a cada situación.

Luego y como ya mencionamos anteriormente, los obstáculos en la efectivización de la práctica son innumerables y de todo tipo, en cada una de las entrevistas surgen diferentes obstáculos o lo que para ella son obstáculos a la hora de intervenir en cada situación particular. Tal vez, y considerando los obstáculos como una apreciación más subjetiva, estos pueden ir variando con cada profesional. El único obstáculo que parece como denominador común en todas las entrevistas es la objeción de conciencia, o mejor dicho la no-regulación a nivel provincial de la objeción de conciencia

Para finalizar este capítulo hablamos de límites éticos en la práctica, y acá si, vemos como todo el equipo coincide en cuál es ese límite, las entrevistadas (entrevista individual y privada) ante la pregunta contestan sin dudar, ni cuestionarse, la misma respuesta. Respuesta que podrán encontrar en este último capítulo.



---

# CAPÍTULO I

---

## 1. UN RECORRIDO PARA SER LEY

A partir de las prácticas profesionales pudimos empezar a observar que la interrupción del embarazo es una práctica que sucede cuando la decisión ya está tomada. Esto nos hizo reflexionar algunas cosas y problematizar tantas otras, pero siempre absolutamente convencidxs que el aborto tenía que ser un derecho conquistado, que podamos ser nosotras las únicas responsables de las decisiones que tomamos sobre nuestros cuerpos con absoluta libertad y en un sistema de salud con profesionales que contengan y nos brinde la calidad y seguridad en la atención que merece cualquier persona que demanda.

Cuando comenzamos a escribir esta tesina el aborto aun no era Ley claramente. En Argentina, previo a la legalización de la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo de 2021, el aborto no punible estaba contemplado en el código penal desde 1921 para los casos de violación y de peligro para la salud y la vida de la mujer. Se encontraba regulado en los artículos 85 al 88 del código penal; el artículo 86 establece causales excepcionales en las que el aborto no es punible, en tanto no se aplica la ley penal a los abortos que se practiquen cuando la vida o la salud de la mujer están en riesgo – causal salud; o cuando el embarazo es resultado de violencia sexual – causal violación.

A medida que los meses pasaban y la discusión y la militancia exigía que este tema entre en agenda, este trabajo fue mutando en paralelo a que se discutían los proyectos en el Congreso de la Nación. Finalmente, el 24 de enero 2021 entró en vigencia en todo el país la Ley 27.610 que regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto.

### 1.2 DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Históricamente, los derechos sexuales y reproductivos fueron tenidos en cuenta realizando una asociación directa entre mujeres y maternidad, en donde

el foco sobre la salud de la mujer fue puesto en relación al proceso reproductivo y también como factor de producción. Paulatinamente se fue distanciando esta concepción, entendiendo la importancia de los servicios de salud, del derecho al goce y de la libre expresión sexual. *“la deconstrucción de la historia de la vida privada fue un camino para que las mujeres comprendieran las formas de poder que eran ejercidas sobre sus cuerpos y que los transformaban en un lugar de desposeimiento de la propia existencia”*. (Ávila, 1999)

Al ser la salud un derecho humano esencial, los derechos sexuales y reproductivos son inalienables y forman parte integral de lo mismo. Derechos a la libertad sexual, a la autonomía, integridad y seguridad, a la educación sexual, a ejercer tu preferencia sexual libremente y sin discriminación son parte de los derechos sexuales. Estos implican disfrutar una vida sexual libre, satisfactoria, sin violencia, riesgos ni discriminación.

En el año 2002 es cuando por fin se crea la Ley 25.673 estableciéndose el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable cuyos objetivos son:

A) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencias;

B) Disminución de la morbimortalidad materno-infantil;

C) Prevenir embarazos no deseados;

D) Promover la salud sexual de los adolescentes;

E) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual; de VIH/sida y patologías genitales y mamarias;

F) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;

G) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable. (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2002)

En el 2003 a partir de la presidencia de Néstor Kirchner, se registró el inicio de políticas progresistas y ampliación de derechos sociales de avanzada como ser la Ley de Protección Integral a las Mujeres sancionada en el 2009, la Ley de

Matrimonio Civil Igualitario sancionada en 2012, la Ley de Identidad de Género sancionada en 2012, la Ley Reproducción medicamente Asistida sancionada en 2013 siendo ejemplos emblemáticos de la ampliación de derechos sexuales y derechos reproductivos en nuestro país.

Nos parece importante destacar que durante el 2004 se estableció que se debe brindar cobertura del 100% en anticonceptivos a lxs beneficiarixs de obras sociales y medicinas prepagas, mientras que para aquellxs que carezcan de cobertura, el gobierno garantiza anticoncepción gratuita en los Centros de Planificación Familiar.

Una de las manera para que las personas puedan acceder a la información y al derecho de la salud sexual y reproductiva, es a través del acceso a una educación sexual integral, no sexista, no basada en preceptos morales y religiosos sino que en información fundamentada, *“es una de las mejores maneras de apropiarnos de nuestro cuerpo, de nuestro derecho a decidir, y en este aspecto, como en muchos otros de la vida de las personas, el conocimiento es poder, es tener soberanía sobre nuestros cuerpos y nuestras prácticas sexuales”* (Giampaoli, 2010)

En el 2006 se sanciono la Ley N°26.150, que establece el Programa Nacional de Educación Sexual Integral que plantea la enseñanza obligatoria de Educación Sexual en los establecimientos educativos públicos y privados tanto en jurisdicciones nacionales como provinciales desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria. A su vez reconoce que cada provincia adaptara los lineamientos básicos de la ley a su realidad sociocultural. Vale aclarar que a pesar de las dificultades para la implementación de esta ley, en aquellos lugares donde sí se ha implementado a servido para identificar muchísimas situaciones de abuso infantil.

### **1.3 DERECHOS HUMANOS Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

El aborto provocado en situaciones de riesgo debe ser considerado un problema de salud pública que vulnera los derechos humanos, la justicia y la equidad de género.

En el marco de los derechos humanos, si la persona que cursa un embarazo no deseado- no aceptado es un sujeto de derechos y si la atención integral de salud es un derecho humano, entonces el sistema de salud tiene que incluir las diferentes opciones por las que puede transitar la persona.

Dentro de estos derechos existe la posibilidad de que la persona, especialmente en el segundo trimestre de gestación, acceda a la atención amparada por el Código Penal, artículos 85 y 86 de Aborto No punible (2006).

Se torna apropiado pensar en el derecho que tiene la persona a decidir sobre su propio cuerpo sin correr riesgos mayores, por lo cual se tiene en cuenta el modelo de reducción de riesgos y daños. El mismo, permite reivindicar los derechos reproductivos como parte de los derechos humanos internacionalmente reconocidos, avanzando desde el discurso de los derechos hacia la práctica concreta. El modelo permite, asimismo, hacer efectivo el derecho a la información, el derecho a la salud y el concepto de autonomía. Las mujeres pueden contar con la información necesaria para tomar decisiones informadas y manejar adecuadamente su propia salud (Stapff y Friedman, 2011).

Existen numerosos tratados/normativas/legislación que vinculan el derecho a la salud integral y el derecho de las personas al acceso a los servicios de salud reproductiva.

El abordaje teórico que sustenta la práctica del aborto toma posicionamiento desde la perspectiva bioética, donde se parte de cuatro principios:

1. Principio de no maleficencia (no hacer daño)
2. Principio de beneficencia (hacer el bien)
3. Principio de autonomía (respeto a la autonomía)
4. Principio de justicia

*“El atenderla antes o después del aborto no significa que estoy induciendo o colaborando con un delito, sino que estoy actuando como lo obliga el deber profesional. Y es precisamente recibiendo a la mujer, escuchándola, aportándole un apoyo mediante un equipo apropiado. En general, no son problemas médicos los que viven en ese momento, sino que por otras causas se origina la decisión de interrumpir el embarazo”* (Briozzo, 2002).

De esta forma, frente a la decisión de la mujer, se pretende transformar el aborto de riesgo en un aborto de menos riesgo, desarrollando *“estrategias de*

*intervención integral que, poniendo a la usuaria y sus necesidades en el centro de la atención de la relación sanitaria, disminuyan los riesgos y los daños del aborto inseguro” (Briozzo, 2008).*

#### **1.4 ABORTO NO PUNIBLE EN ARGENTINA**

El aborto, como práctica, está atravesado por diferentes cuestiones sociales, políticas, ideológicas y culturales.

En la mayoría de los países de América Latina el acceso al aborto continúa siendo un delito, el cual es penalizado por las leyes de cada uno de estos países. Experimentando múltiples restricciones a la hora de requerir una interrupción del embarazo segura.

En Argentina, el aborto no punible estaba contemplado en el código penal desde 1921 para los casos de violación y de peligro para la salud y la vida de la mujer. Se encuentra regulado en los artículos 85 al 88 del código penal; el artículo 86 establece causales excepcionales en las que el aborto no es punible, en tanto no se aplica la ley penal a los abortos que se practiquen cuando la vida o la salud de la mujer están en riesgo – causal salud; o cuando el embarazo es resultado de violencia sexual – causal violación.

“el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible:

1°. Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios;

2°. Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto”. (Código Penal Argentino, 1921)

En los artículos 85 y 88 corresponden las sanciones aplicadas a las mujeres que se realicen un aborto y a la persona que lo lleve a cabo.

Pese a que el modelo por causales establecido en el art86 obliga al Estado a prestar servicios de salud que podrían reducir de manera significativa los riesgos y evitar más daños a la salud y los derechos de las mujeres, la imposición de todo tipo de barreras continúa afectando de manera desproporcionada principalmente a las mujeres con mayores condiciones de vulnerabilidad,

pobreza y discriminación, es decir, a las más jóvenes, las más pobres y las más excluidas por su condición de etnia o de raza.

Otras de las grandes restricciones en el acceso al aborto no punible son las múltiples interpretaciones, que se le han dado a lo largo de los años, a las causales establecidas en el código penal, no solo autoridades judiciales, también profesionales de la salud a la hora de evaluar cada situación. Siempre se han puesto en cuestión el alcance de los incisos y la obligatoriedad de los servicios de salud.

*Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.*

Este inciso incluye dos tipos de peligros, por un lado, para la vida y por el otro para la salud de la mujer. Es importante poder analizar los alcances de cada una. La jurisprudencia en muchas ocasiones ha mencionado el adjetivo de peligro “grave” cuando la ley en ningún momento lo expresa, si bien hace mención de que no pueda ser evitado por otros medios, esto claramente no es sinónimo de “grave peligro”.

Veamos a continuación dos casos emblemáticos llevados a instancias judiciales:

Una mujer en avanzado estado de gravidez de un feto que carecía de caja craneana (el cerebro estaba expuesto), inició un recurso de amparo a fin de que se autorice a la dirección del Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá” para inducir el parto o a practicar cesárea.

El juez Petracchi sostenía que la ponderación entre la salud de la madre y la vida del feto se sustentaba autónomamente en la legislación común nacional (art. 86 segundo párrafo, inc. 1º, C.P.) que no había sido acatada de inconstitucional.

El juez Nazareno sostuvo que corresponde declarar procedente el recurso extraordinario, revocar la decisión en crisis, y rechazar el amparo interpuesto, al entender que el feto tenía derecho a la vida que no cedía ante el invocado por su madre.

Las autoridades del Hospital no hicieron lugar a la petición, aduciendo que era imprescindible una orden judicial que la autorizara. La mujer sostiene que se

lesiona, por esa decisión administrativa, su derecho a la salud, que debe ser preservado tanto en su aspecto físico como psíquico.<sup>1</sup>

El segundo caso es el de Ana María Acevedo, una mujer del norte de la provincia de Santa Fe, que tenía todos los trámites hechos para realizarse una ligadura tubaria pero que aún estaba a la espera de que el Hospital de Vera se decidiera a efectuarla, en esa espera ella queda embarazada. Un tiempo antes había sido operada de un cáncer maxilar por lo cual necesitaría tratamiento de quimioterapia. El Hospital Iturraspe de Santa Fe al cual había sido derivada se negó a realizarle quimioterapia por estar contraindicado para el embarazo y también a hacerle un aborto terapéutico. Lo que derivó en la muerte de Ana María a las 22 o 23 semanas de gestación y la de su hijo que sobrevivió apenas 24 hs. Por este hecho estuvieron procesados seis médicos por incumplimiento de los deberes de funcionario público y lesiones culposas, después de que los padres hayan hecho todo lo posible para salvarle la vida a su hija, sin obtener respuestas favorables. A Ana María se le negó elegir el método anticonceptivo deseado y también el acceso a un aborto terapéutico permitido por el Código Penal según este inciso, aquí no se trataba de la salud psíquica, ni de la discusión de si era grave o no, claramente la vida de la mujer corría peligro.

*Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.*

Este inciso se ha prestado a interminables debates por las diferentes interpretaciones que suscitaba, principalmente en lo referido a la violación, una de las principales dudas era si se tomaba como hecho principal la violación, entonces esto aplicaba a todas las mujeres víctimas o si solo se consideraba a la violación perpetrada a una mujer con discapacidades. La interpretación de este artículo ha dado como resultado en la práctica, resoluciones de lo más contradictorias

La discusión se centra en la existencia de una coma en el proyecto original suizo, que omitió la versión argentina al momento de redactar la norma. La redacción del inciso 2 debería haber sido redactada de la siguiente manera: “Si

---

<sup>1</sup> Corte Suprema de Justicia de la Nación. “derecho a la salud”. Mayo 2010

el embarazo proviene de una violación, o de un atentado al pudor cometido a una mujer idiota o demente”.

Un caso muy emblemático es el de L.M.R, tenía 19 años cuando fue abusada sexualmente por un tío y quedó embarazada. Ella vive en la localidad de Guernica, provincia de Buenos Aires, y padece una discapacidad mental. Cuando la madre de L.M.R constató en el hospital local que la adolescente estaba embarazada pidió el aborto no punible. Concurrió con 14 semanas de embarazo y se lo negaron. La enviaron a realizar la denuncia y luego al Hospital San Martín de La Plata. La denuncia policial se concretó el 24 de junio de 2006. En el hospital de La Plata analizaron que encuadraba dentro de los casos del artículo 86 y decidieron realizar la intervención. Pero no pudo concretarse ya que hubo una orden de una Jueza de Menores de interrumpir todo el proceso. El caso recorrió varios juzgados hasta que por último la Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires un mes y medio después de la denuncia, ratificó la constitucionalidad y dictaminó que no era necesaria la autorización judicial. Sin embargo, terminó realizándose en una clínica privada con el apoyo de movimientos de mujeres ya que en el Hospital San Martín se negaron a hacerlo.

En el año 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación se pronunció, sentando un fallo sin precedentes “en el caso “F.A.L.”, la CSJN aclaró que toda mujer embarazada como resultado de una violación tiene derecho a acceder a un aborto no punible sin importar su capacidad intelectual. También remarcó que la mujer no debe solicitar una autorización judicial previa para acceder a la práctica y que las mujeres que fueron víctimas de una violación no tienen la obligación de realizar la denuncia penal del delito, sino que basta que completen una declaración jurada en la que manifiesten que el embarazo es producto de una violación”. (ADC, 2015: 9)

Desde la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en 2012, ocho jurisdicciones aprobaron protocolos que se corresponden, en buena medida, con lo establecido por el Máximo Tribunal. Se trata de Chaco, Chubut, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz, **Santa Fe** y Tierra del Fuego.

Nueve jurisdicciones no tienen protocolos. Se trata de la jurisdicción nacional, y las provincias de Catamarca, Corrientes, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán.



Ocho jurisdicciones regulan los permisos, pero con exigencias que pueden dificultar el acceso a los abortos no punibles. Se trata de Ciudad de Buenos Aires (cuyos requisitos arbitrarios se encuentran suspendidos por orden judicial), Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén, Provincia de Buenos Aires, Río Negro y Salta.<sup>2</sup>

### **1.5 LEY 27.610 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO<sup>3</sup>**

El aborto como derecho tiene su comienzo en las elecciones de 2019, cuando el, hoy, presidente de la nación Alberto Fernández, encabezaba su candidatura por el Frente de Todos, una coalición que agrupaba al peronismo y a un amplio sector de movimientos sociales. Bajo la presión feminista por el aborto legal, fue que lo adopto como una de sus promesas de campaña.

Aunque la pandemia retraso el debate varios meses, Fernández mantuvo su compromiso. Y fue después de una nueva oleada de protestas feministas y reuniones con legisladorxs que programó un debate en la Cámara de Diputadxs para el 10 de diciembre de 2020. Tras 20 horas de discusión, lxs diputadxs aprobaron el proyecto al día siguiente a las 8 de la mañana.

La Ley de Interrupción voluntaria y legal del Embarazo fue aprobada por el Senado el 30 de diciembre de ese mismo año, y legaliza el aborto por cualquier causa dentro de las primeras 14 semanas de gestación.

El 24 de enero de 2021 entró en vigencia en todo el país la Ley 27.610 que regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto.

Las disposiciones de la ley son de orden público por lo tanto de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina.

La ley se enmarca en el artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional (artículo 3), en especial en los tratados con jerarquía constitucional y en virtud de los cuales reconocen los derechos sexuales y reproductivos, la dignidad, la vida, la autonomía, la salud, la educación, la integridad, la diversidad corporal, la identidad de género, la diversidad étnico-cultural, la privacidad, la libertad de

---

<sup>2</sup> Asociación por los Derechos Civiles. Acceso al aborto no punible en Argentina. Marzo 2015

<sup>3</sup> Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Ley 27610. Enero 2010. En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#IDetalleNorma/239807/20210115>

creencias y de pensamiento, el derecho a la información, a gozar de beneficios de los avances científicos, la igualdad real de oportunidades, la no discriminación y a una vida libre de violencias.

Se establece el derecho a decidir la interrupción del embarazo de conformidad con la ley; a requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud; a requerir y recibir atención postaborto en los servicios del sistema de salud y a prevenir los embarazos no intencionales.

La Ley reemplaza el sistema de causales establecidos en el Código Penal desde 1921 por un sistema mixto de plazos y causales (artículo 4). De esta manera, reconoce el derecho de las mujeres y personas con otras identidades de género, personas gestantes a interrumpir su embarazo hasta la semana catorce, inclusive, del proceso gestacional. Fuera de este plazo, la persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo solo si el mismo fuera resultado de una violación o si estuviera en peligro la vida o la salud de la persona gestante, tal como está ya previsto en la legislación.

La nueva normativa establece los derechos y las condiciones mínimas que debe garantizar y respetar el personal de salud en la atención del aborto y postaborto: trato digno, privacidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, con estándares de calidad y acceso a la información actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles. Esos derechos se receptaron oportunamente en el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo aprobado por la resolución 1/2019 del Ministerio de Salud de la Nación. Asimismo, se regula un plazo máximo de diez días corridos desde que fue requerida la práctica por la persona gestante, para cumplir con la prestación de salud.

Lxs profesionales de la salud tienen derecho a plantear la objeción de conciencia, pero deben ser coherentes, no se les permite objetar en los hospitales públicos y luego cobrar por realizar el procedimiento en el sistema privado. Si una paciente solicita una interrupción de embarazo, deben referenciar a unx médicx con disposición a realizarla. La objeción de conciencia no se aplica a los tratamientos postaborto ni en las urgencias.

Este momento histórico fue posible gracias a la incansable campaña de los movimientos feministas, estudiantiles, y comunitarios, en estos últimos años,

pero también se basó en la larga historia de lucha de las mujeres en Argentina. Mujeres que pusieron el cuerpo y muchas dejaron su vida durante décadas para que hoy el aborto sea un derecho conquistado, el derecho que hoy tenemos a poder decidir sobre nuestros cuerpos, derecho que nos negaron durante tantos años.

---

## CAPÍTULO II

---

### **2. SANTA FE, UNA PROVINCIA CON UN MODELO DE SALUD PÚBLICA REFERENTE EN EL PAÍS**

El sistema público provincial de salud se organiza sobre la base de una red integrada de servicios de salud, con énfasis en la descentralización territorial en regiones sanitarias con particularidades que requieren presencia y cercanía. La red integrada de servicios de salud comprende el conjunto de efectores, dispositivos de soporte, programas y redes de apoyo, dependientes de la administración provincial, municipal y comunal destinados al cuidado de la salud de los habitantes de la provincia, así como también los mecanismos por los que estos elementos se relacionan entre sí para un funcionamiento integrado en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Los elementos que componen la red deben tener un rol y responsabilidad de resolución, que en conjunto den cuenta de las acciones de promoción y prevención de la salud, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación, reinserción y cuidados domiciliarios incluyendo atención de urgencia y emergencia. La red se configura garantizando la accesibilidad de toda la población desde un primer nivel de atención (Centros de Salud) hasta un tercer nivel (Hospitales de Alta Complejidad), en función de las necesidades de cuidados que el usuario requiera, incluyendo la garantía del tránsito y el traslado (Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias SIES) de las personas entre los tres niveles de atención.<sup>4</sup>

#### **2.1 DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS EN LA PROVINCIA DE SANTA FE**

Lo que respecta a los derechos de la salud sexual y salud reproductiva, en el año 2001 la provincia de Santa Fe sanciona la Ley N°11.888 “Programa

---

<sup>4</sup> Recuperado de: <https://www.santafe.gob.ar/santafeessalud/public/index.php/eje/3>

Provincial de la Salud Sexual y Procreación Responsable”, que promueve la maternidad y paternidad responsable, se garantiza el acceso a la información de métodos de control de fecundidad en igualdad de oportunidades. Y en la misma ley se reconoce el derecho a formular la objeción de conciencia a lxs profesionales, pero recién en el año 2010 se crea el registro público de la Objeción de Conciencia.

En el 2004 se sanciona la Ley N° 12.323 que establece que se podrá acceder a los Métodos Anticonceptivos Quirúrgicos, ligadura tubaria para mujeres y vasectomía para los hombres. A su vez, en el 2009 a raíz de la Resolución 1877, el Ministerio de Salud de la Provincia garantiza el respeto de la orientación sexual e identidad de género adoptada o auto percibida, esto surge de la sanción de la Ley de Identidad de Género a nivel Nacional.

En el año 2010 fue sancionada la Ley N° 26.485, Ley Nacional de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, la cual hace referencia a la eliminación de todo tipo de violencia, sea física, psicología, sexual, económica y patrimonial, o simbólica con la mujer tanto doméstica, institucional como laboral, contra la libertad reproductiva, obstétrica o mediática. Aquí la provincia de Santa Fe adhiere al Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales presentado en 2011.

## **2.2 PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO**

El protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo es una revisión y actualización, de 2015, de la “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles”. Este se adecúa en gran medida a los lineamientos del Fallo “F.A.L”. Uno de los cambios adoptados es que remplace el concepto de “aborto no punible” por “Interrupción Legal del Embarazo (ILE)”. Además, amplía la concepción de sujeto de derecho a toda persona con capacidad de concebir.

Resalta la importancia de garantizar el acceso a un derecho de forma segura. Así mismo la importancia de este derecho y sus principios rectoros, como lo son el principio de autonomía, de accesibilidad, de no judicialización, confidencialidad, privacidad, celeridad/rapidez y transparencia activa. Estipula claramente cuáles son las cuatro causales que habilitan a una interrupción legal de embarazo, dentro de ellos se encuentran, la causal salud “incluye el peligro para la salud y el peligro para la vida, ya que este último debe ser entendido como la situación extrema de la afectación de la salud. Según la OMS, la salud implica el ‘completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones’.<sup>5</sup> Una atención adecuada y completa de situaciones que habilitan la ILE implica necesariamente una visión integral de la salud”, y la causal violación “de acuerdo al inc. 2 del art. 86 del código penal, toda mujer víctima de violación, con independencia de que tenga o no una discapacidad intelectual o mental, tiene derecho a la interrupción legal del embarazo producto de dicha violencia sexual”<sup>6</sup>

En la parte dedicada al equipo de salud, se determina como se debe abordar esta problemática, quienes son los profesionales recomendados para la intervención y cuáles son los procedimientos para realizar la interrupción del embarazo.

Sería de suma importancia, que una mujer en situación de embarazo no deseado- no buscado- no aceptado sea atendida íntegramente en el sistema público de salud por un equipo interdisciplinario en una Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. En publicación del Ministerio de Salud de la Nación sobre Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva dice lo siguiente: espacio de encuentro entre profesionales del equipo de salud y personas usuarias del sistema de salud, que tiene como objetivo principal fortalecer la autonomía de las personas para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva de manera lo más consciente e informada posible.

## **2.3 SANTA FE E INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**

---

<sup>5</sup> dicha definición entro en vigor en 1948, y si bien ha sufrido numerosas críticas, es aún al día de hoy la más conocida y aceptada globalmente

<sup>6</sup> Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Abril 2015

La Provincia adhiere en 2012, por intermedio de la Resolución N° 612 del Ministerio de Salud, a la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No punibles del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación. Modificada en 2015, como mencionamos más arriba, para convertirse en el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, además avalando el uso de misoprostol en efectores de salud públicos provinciales y municipales para garantizar la práctica de una manera segura.

La provincia de Santa Fe también cuenta con un listado de objetores de conciencia, el cual consiste en el derecho a no ser obligado a practicar acciones contrarias a convicciones éticas o religiosas muy profundas del individuo.

En 2014 Santa Fe publicó un listado de profesionales objetores de conciencia para realizar abortos legales. Unos 400 profesionales de la salud en la provincia de Santa Fe se registraron en este listado.

El registro es una herramienta para que la mujer antes de hacer cualquier tipo de consulta pueda saber a través de este listado cuales son los médicos objetores de conciencia en cada efector de la provincia y qué tipo de prácticas objetan.

La Cámara de Diputados de Santa Fe aprobó en octubre de 2015, por iniciativa de la diputada Mariana Robustelli, el proyecto de ley que adhiere y regula el procedimiento de interrupción legal del embarazo. Tras la sesión, en la que se discutió el proyecto, la legisladora explicó que la ley es "una herramienta más para garantizar el acceso efectivo a un derecho que tenemos las mujeres hace más de 90 años con la sanción del art. 86 del código penal y que fue ratificado por el fallo FAL de la CSJN en 2012", y puntualizó: "si bien nuestra provincia había adherido por resolución ministerial al protocolo nacional de ILE, entendemos que no puede quedar a tiro de la firma de un ministro este derecho tan importante para defender la salud integral de las mujeres"

El texto aprobado contempla que el aborto no punible debe realizarse "en forma expedita" desde que "la mujer preste su consentimiento, sin mediar ningún tipo de autorización judicial y brindándole toda la información necesaria en favor de jerarquizar la autonomía de su decisión". La interrupción voluntaria del embarazo está contemplada en tratados

internacionales y en el Código Penal de la Nación cuando existe riesgo para la vida de la mujer, cuando el embarazo provenga de una violación, o cuando tenga origen en el atentado al pudor de una mujer discapacitada.<sup>7</sup>

Este proyecto de ley quedó hasta fines de 2020 en la Cámara de Senadores a la espera de la sanción definitiva. Que con sus modificaciones pertinentes y gracias a todos aquellos movimientos de mujeres, y organizaciones de la sociedad civil, que lucharon por décadas y nunca bajaron los puños, por fin en aquel diciembre de 2020 se hizo LEY

## **2.4 ABORTO DE SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTACIÓN**

En el país los debates sobre aborto estuvieron enfocados tradicionalmente en la interrupción de primer trimestre de gestación.

La discusión sobre aborto de segundo trimestre, como una realidad que acontece, se empezó a dar hace poco, de la mano de expertos/as, grupos feministas y la sociedad civil.

Daniel Grossman (2016), obstetra, ginecólogo e investigador, ha sostenido que el aborto en el segundo trimestre es el responsable de la mayoría de las complicaciones y muertes relacionadas con esta práctica en las regiones donde las restricciones legales, y por ende el aborto inseguro, prevalecen. Aun cuando la práctica es segura y cuando es llevada a cabo por personal idóneo y entrenado, este tipo de servicios suelen ser escasos incluso en países con leyes permisivas, debido a barreras legales, a la falta de entrenamiento específico de profesionales y al estigma que rodea la práctica, entre otros factores. (Turner, Hyman y Gabriel, 2008).

El aborto en esta edad gestacional es una demanda de salud de las personas por diversos motivos (violencia sexual, reconocimiento tardío del embarazo, circunstancias personales y barreras en el acceso al sistema de salud). Resulta necesario, sin dudas, brindar servicios de calidad para que las mujeres puedan acceder a abortos tempranos, pero, aun así, nada indica que los abortos en segundo trimestre vayan a desaparecer. (Harris y Grossman, 2011).

---

<sup>7</sup> UNO Santa Fe <http://www.unosantafe.com.ar/santafe/regulan-ley-los-abortos-no-punibles-n862479.html>



Lisa Harris (2008) apuesta al valor de discutir abierta y honesta acerca del aborto en segundo trimestre, a pesar de que son diversos los silencios que lo rodean.

El aborto en el segundo trimestre, como mencionamos anteriormente, apenas entro en el texto de la ley, pero aporta sentidos que van más allá de la victimización de las más vulnerables, las que pueden ser criminalizadas o que acuden a métodos no seguros para abortar, desmantela el sentido de lo correcto y lo incorrecto a la hora de decidir sobre el propio cuerpo, hace aparecer el modo en que gravita sobre las decisiones libres la penalización de una práctica a la que de todos modos se va a acudir contra el encierro de una maternidad forzada. Y abre de nuevo la escena de la necesidad que tenemos todas de contar con otras prácticas, de las redes de cuidado, de las experiencias compartidas. Prácticas que nos otorgan independencia e identidad, saber y poder.

---

## CAPÍTULO III

---

### 3. EQUIPOS EN SALUD PUBLICA QUE HACEN HISTORIA

Cuando hablamos de equipos en salud pública estamos hablando de un conjunto de profesionales de distintas especialidades que se unen para un trabajo interdisciplinario y brindar una atención totalmente integral de la persona que demanda su atención. Este es el caso de la Consejería de Interrupción Voluntaria de Embarazo en el Hospital Provincia de Rosario, que busca garantizar el derecho de todas aquellas personas con capacidad de gestar que recurren para interrumpir un embarazo no deseado, no buscado, personas atravesadas por múltiples circunstancias socio económicas, familiares, culturales, simbólicas e intelectuales.

#### 3.1 CONSEJERIAS Y EQUIPOS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

A partir de la creación de la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación responsable, se planifica y se promueve la creación de Equipos profesionales en Salud Sexual y Salud Reproductiva en todos los servicios de salud pública del país, posibilitando el acceso universal y gratuito a la atención, asesoramiento, y contención profesional y a información de calidad. Este dispositivo es definido como “una estrategia central de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva con perspectiva de derecho y género. Las consejerías y/o equipos de salud sexual y reproductiva, en un sentido amplio, construyen un dispositivo que promueve la autonomía, la confianza y el pensamiento crítico, donde se deben incorporar estrategias de capacitación, sensibilización y fortalecimiento para mejorar el acceso al sistema de salud y la capacidad de la atención en los efectores de salud”. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

Los equipos en salud sexual y reproductiva se conforman como herramientas institucionales para garantizar el acompañamiento de lxs usuarixs, de una

manera lo más integral posible. Se busca una intervención multidisciplinaria, constituida con profesionales de manera interdisciplinaria, con el fin de tener un acceso integral a cada situación. Lxs profesionales no se centran exclusivamente en una parte del cuerpo, como el aparato reproductor, sino que observan la totalidad del sujetx, la subjetividad, su historia familiar y de vida, sus necesidades, su contexto social, económico, es decir toda la realidad y situación concreta que atraviesa el sujetx.

Estos equipos, que empezaron a conformarse allá por el 2010 en la gran mayoría de hospitales y centro de salud pública provincial, significaron un gran cambio cultural en el rol de la mujer y de las personas gestantes, ligado históricamente al mandato de mujer madre, se propusieron como equipo de trabajo modificar el enfoque tradicional para centrarse en la autonomía de las personas con respecto a métodos anticonceptivos, embarazo, parto, interrupción del embarazo, ejercicio de la sexualidad, prácticas de cuidados, identidad sexual, entre otras. Se basa en el reconocimiento de las personas usuarias como sujetxs de derechos y no como pacientes enfermos.

En los equipos de Salud Sexual y Reproductiva, se resalta la práctica de ILE como un derecho de mucha importancia para todas aquellas personas con capacidad de gestar, es el derecho que ampara la decisión de las personas con respecto a su cuerpo. La interrupción del embarazo implica el derecho a decidir sobre el cuerpo, la vida, y el mandato de la maternidad y acceder a procedimientos seguros, de calidad y gratuitos.

*“a mí me gustaría, así como accede una mujer a una consulta con nosotras y nosotras somos después la que lo presentamos al servicio de toco ginecología, yo creo que cualquier mujer, desde cualquier servicio debería poder decirle a su médico ´me pasa esto, esto y esto´ y ese medico debería estar pensando ya en la internación. Yo creo que el objetivo debería ser que estas situaciones pasen a ser una consulta más de la vida de una mujer, y que lo pueda estar escuchando cualquier medico sin que pase por un circuito especial, digamos, sacar los dispositivos especiales. Eeeee, y para esto falta, digamos, yo lo veo como uno de los principales obstáculos, porque todavía hay muchos médicos que no lo pueden ver, pero bueno*

*mientras tanto que lo puedan referenciar con nosotras es un gran paso". (Entrevistada II, Medica Generalista)*

### **3.2 CONSEJERÍA DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO**

El hospital Provincial de Rosario es un hospital público de 3er nivel de complejidad, dependiente del ministerio de salud de la provincia, y que recibe una población, derivada de diferente efectores de la ciudad y todo el país, debido a su gran desarrollo y acercamiento con la comunidad.

Cuenta con muchos servicios de especialidades<sup>8</sup> para cubrir la gran demanda de pacientes que son referenciados debido a la complejidad que se atiende.

En 2015, un grupo de profesionales dentro de la institución decidió crear un equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva para poder atender concretamente todas las problemáticas que venían surgiendo en cuanto a educación sexual, anticoncepción, fertilidad, entre otras.

Algunxs profesionales que integraban el equipo empezaron a notar que no se trabajaba en profundidad "interrupción voluntaria del embarazo", era un tema que estaba relativamente invisibilizado en el hospital en general y en el equipo en particular. Entonces lo que hizo este grupo reducido de profesionales fue armar un equipo más pequeño para trabajar la temática de la interrupción del embarazo, mientras, paralelamente, seguía funcionando ese equipo más amplio de profesionales que abarcaba el resto de las problemáticas.

*"dentro del equipo en salud sexual y salud reproductiva hay varios profesionales, eeeee lo que se constituyó como equipo en salud sexual fue en diciembre del 2015. Eeeee y lo que se hizo fue; bueno a ver, que cosas está garantizando el hospital en salud sexual y salud reproductiva, unifiquémoslo como equipo y démosle visibilidad a esto.*

---

<sup>8</sup> anatomía patológica, Anestesiología, Clínica médica, Cirugía General, Medicina general, Pediatría, Toco ginecología, Ginecología, Obstetricia, Neonatología, Traumatología, Cardiología, dermatología, Diagnóstico por imagen, Radiografía, Ecografía, Endocrinología, Enfermería, Fertilización asistida, Fisiatría, Gastroenterología, Hematología, Infectología, Laboratorio (bioquímica), Nefrología, Neumología, Neurología, Oftalmología, Oncología, Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Toxicología, Urología.

*Entonces, en lo que se estaba haciendo a nivel hospitalario veíamos que no se estaba abordando de forma integral o no del modo que se estaba requiriendo a nivel coyuntura, digamos; era sobre la interrupción legal del embarazo. Entonces, ahí se constituye este equipo más chiquito que trabaja más específicamente todo lo que es interrupción legal de embarazo”. (Entrevistada I, Trabajadora Social)*

El equipo que se forma como consejería para trabajar exclusivamente interrupción voluntaria del embarazo, está conformado por una trabajadora social, una médica, dos psicólogas y una trabajadora de coordinación ambulatoria. Haciendo mención de que este equipo se conforma como un grupo de profesionales interdisciplinarios.

La Consejería constituye el escenario de intervención, de encuentro, en donde se promueve la toma de decisiones consciente, autónoma e informada. Se busca la construcción de un espacio donde se garanticen la intimidad, la confidencialidad y el secreto profesional.

Tomando la definición que nos aporta Carballada sobre escenarios de intervención de este equipo y que se corresponde con la práctica cotidiana que se da dentro de la consejería de ILE, nos parece tenerla en cuenta “los escenarios son ese espacio cuya conformación trasciende límites predeterminados y generan diversas situaciones de diálogo entre territorio y contexto, es el espacio microsocial donde se construye y desarrolla la intervención. En el cual vamos a encontrar diversos elementos que se expresan en él, como son las palabras, las representaciones sociales (conjunto de conceptos, percepciones, significados y actitudes que los individuos comparten en relación con ellos mismos y con el mundo que los rodea) las representaciones institucionales, etc. Todos estos elementos escénicos del escenario de la intervención se vinculan con las políticas sociales relacionadas con el tema desde el cual se está demandando” (Carballada, 2005)

Continuando con los aportes conceptuales y tomando de referencia la definición de Gazzaniga “la interdisciplina constituye una herramienta necesaria para intervenir en lo social hoy. No es desde la soledad profesional que se pueda dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones. Como tampoco es posible mantener una posición subalterna

dentro de los equipos. Tanto la impotencia como la omnipotencia se constituyen en actitudes desleales que niegan el carácter complejo de la vida social y en consecuencia obstruyen la posibilidad de intervenciones coherentes, creativas y contenedoras de la utopía” (Cazzaniga, 2001)

Siguiendo los lineamientos generales, esta consejería tiene como modalidad de intervención la reflexión conjunta; la escucha /contención y el asesoramiento integral, teniendo en cuenta los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Se promueve la posibilidad de problematizar y reflexionar críticamente sobre cada situación, a fin de que se pueda tomar una decisión teniendo en cuenta los aspectos bio- psico- sociales- culturales a los cuales está expuesta. Cada decisión pone en juego aspectos religiosos, socioculturales, simbólicos, emocionales y afectivos singulares para cada persona (PNSSyR, 2010).

El objetivo del espacio de consejería frente a un embarazo no deseado- no buscado es la reflexión conjunta de la persona y/o la pareja con algún/a profesional del equipo para que pueda tomar una decisión informada, consciente y responsable acerca de su embarazo.

Se brinda asesoramiento sobre todas las alternativas posibles, que incluyen desde seguir adelante con el embarazo, considerar la adopción y las medidas a tener en cuenta si la persona decide interrumpir el embarazo. Se reflexiona además sobre las posibles redes de apoyo que puedan existir para la toma de decisiones autónomas, libres de las presiones externas que muchas veces infieren en la decisión y se transforman en mandatos sociales.

Los comienzos de la estrategia de abordaje surgen a raíz de las consultas en algunos de los consultorios: ginecología, obstetricia, trabajo social, pediatría, clínica médica, ya sea con la demanda de querer interrumpir su embarazo o planteando incertidumbres y temor por la noticia de un embarazo no buscado. Así es que se abre el camino para pensar en las intervenciones como profesionales de la salud.

El dispositivo de intervención cuenta básicamente con dos momentos: la consulta inicial (ya sea, demanda espontanea o derivación de algún centro de salud) donde se toma contacto con la persona que está frente a la posibilidad de interrupción del embarazo, y la consulta/s posterior/es de seguimiento.

Ante la decisión de la persona de interrumpir la gestación: Se le brinda un espacio de reflexión y de escucha, ofreciendo un marco de confianza y

confidencialidad dando cuenta del abordaje interdisciplinario en la problemática; se realiza la consulta gineco-obstétrica para determinar el tiempo gestacional y conocer la situación de salud, a tal efecto se le indica ecografía articulando los medios necesarios para que se realice en el efector; se evalúa si la situación se encuadra en los términos de un aborto no punible; se comparte información sobre riesgos y daños que ocasionan determinadas maniobras abortivas; se brinda información validada científicamente y de conocimiento público sobre uso de medicamento para la interrupción del embarazo; se informa sobre síntomas esperables y las posibles complicaciones; se aborda sobre signos de alarma y conducta a seguir; se acuerda próxima entrevista.

En la entrevista de seguimiento: se le realiza un nuevo control de salud integral; se realiza ecografía; se ofrece consejería en MAC e incorporación al Programa de Salud Sexual; seguimiento a través de Servicio Social y de requerirlo, la posibilidad de seguimiento a través del servicio de psicología.

Por último, y no menos importante, al ser un equipo que se enfoca más específicamente en abortos de segundo trimestre, se crean redes para las referencias y derivaciones con los distintos efectores de salud correspondientes por cercanía, por eso el trabajo en conjunto con coordinación ambulatoria.

*“Como nosotras somos un equipo que trabaja todo lo que es segundo trimestre de embarazo; o esa enfocado principalmente en eso, eeee las derivaciones son las que llegan de los centros de salud entonces esto pasa en algún momento por coordinación ambulatoria, por eso “N” es parte de nuestro equipo. Pero bueno, quienes atendemos somos éstas que te mencione, 2 Psicólogas, 1 Médica Generalista y 1 Trabajadora Social”. (Entrevistada I, TS)*

### **3.3 ABORTO DE SEGUNDO TRIMESTRE EN EL HOSPITAL PROVINCIAL**

Por lo general y en la mayoría de las situaciones, las interrupciones de segundo trimestre llegan al hospital referenciadas por algún efector de salud barrial o del interior de la provincia/país. El equipo en ese momento ya cuenta con una información previa de aquella persona que va a llegar, pero las

preguntas y dudas que surgen respecto a cada situación se terminan de despejar en la entrevista que se da en el hospital, específicamente en la consejería.

Una vez puestas en contexto y situación, el equipo evalúa el causal, se acuerda la internación, se dispone de una cama (siempre tratando que sea en el mejor lugar para resguardar la salud integral de aquella persona). La interrupción en este tiempo gestacional siempre se realiza con internación, ya que pueden aparecer riesgos que no se pueden prever con anterioridad, la medicación es la misma en todas las situaciones, las dosis son las mismas y se hace siempre de la misma manera, pero cuando mayor es la edad gestación mayores son las complicaciones que pueden aparecer.

*“lo que yo veo como espacio que atiende abortos en segundo trimestre es que las situaciones que llegan son de las más vulnerables, digamos, entonces cuando hablamos de una situación de extrema vulnerabilidad por supuesto que no va a llegar a las 12 semanas, es mujer/niña, que está atravesando por una situación tremenda, sea de abuso, social, psíquica, la que sea; no va a llegar en las mejores condiciones como para identificar que está embarazada, entonces no va a llegar antes de las 12 semanas”.*  
(Entrevistada I, TS)



---

## CAPÍTULO IV

---

### 4. LA PRÁCTICA PROFESIONAL ATRAVESADA POR LA SUBJETIVIDAD DE MIRADAS PROFESIONALES

Para comenzar a analizar las percepciones, miradas, actitudes, conceptos de las profesionales con respecto a la interrupción del embarazo, empezaremos con las motivaciones en la práctica.

La motivación laboral hace referencia a la fuerza psicológica que impulsa a las personas a iniciar, mantener y mejorar sus tareas laborales (López, 2005).

Quijano y Navarro (1998), sostienen una visión más globalizadora e integradora de la motivación, es decir un modelo que integre los diversos aspectos y conceptos relevantes mejora la comprensión de la motivación laboral. En concreto, el modelo integrador de Quijano y Navarro sobre la motivación en el trabajo se sustenta en: 1) los diferentes tipos de necesidades que puedan estar operando en las personas que las conducen a tener una conducta motivada, 2) la percepción de instrumentalidad o percepción de conexión entre el trabajo bien hecho y la satisfacción de necesidades, 3) la presencia e intervención de una serie de procesos cognitivos, tales como la percepción de auto-eficiencia, la percepción de equidad, el significado percibido del trabajo que se realiza, la conciencia sobre los resultados obtenidos y sobre la responsabilidad que se tiene sobre los mismo. (Carbón y Varela, 2011).

Para Csikszentmihalyi (2013) la activación motivacional no depende solo de la novedad o interés intrínseco del trabajo en cuestión, sino de la correspondencia entre esta y los recursos personales de los que se dispone para afrontar la situación en un equilibrio entre la competencia del individuo y el desafío implicado en la tarea, esto implica que si los trabajadores se encuentran más activos y motivados, son los que tienen mayor probabilidad de progresar en el ámbito laboral, y además aquellos que han cambiado de estatus se esfuerzan más en el trabajo y desarrollan más conductas de innovación. (Ripoll, Caballer, Martínez, García y Peiró, 1988). Como consecuencia dentro de las

organizaciones, la motivación de los trabajadores que la conforman es fundamental para obtener beneficios y buenos resultados (Walter, Gallegos y Velarde, 2013).

Como venimos mencionando en páginas anteriores, la interrupción voluntaria del embarazo en general, y el aborto del segundo trimestre de gestación, en particular, es una necesidad de salud urgente para muchas mujeres. Esto nos lleva a considerar que el acceso a esta práctica resulta fundamental para el ejercicio efectivo de los derechos humanos de las mujeres como el derecho a la salud, a la vida, a la igualdad, a la seguridad, a la libertad, a la privacidad y a la información, entre tantos otros.

#### **4.1 MOTIVACIONES EN LA PRÁCTICA**

Cuando hablamos de motivaciones en la práctica, que las profesionales que integran el equipo de trabajo coinciden en mencionar que lo que más las motiva es trabajar en pos de garantizar los derechos de todas aquellas mujeres y personas gestantes que demandan su atención.

Una de ellas nos habla más de un posicionamiento ideológico personal (militancia activa fuera de la institución), que la mueve y la motiva a generar ciertos cambios a nivel institucional.

La médica generalista, integrante del equipo, nos habla de una motivación fundamental, que para ella es garantizar que no se mueran más mujeres pobres. Esto nos lleva a pensar, que en muchas ocasiones la negativa de los profesionales a realizar los abortos legales en el sector público, el maltrato que reciben algunas mujeres cuando acuden a una institución de salud por un aborto en curso, incompleto, etc., la tortura física y psíquica al que son sometidas en algunas guardias de hospitales, provoca que las mujeres se encuentren sin salida frente a su problema, y recurran a alternativas riesgosas aun sabiendo que se exponen a la muerte.

Como consecuencia de esta configuración social, las mujeres trabajadoras empobrecidas enferman y mueren por realizarse una práctica que realizada de forma segura sería mucho menos riesgosa que un parto. La cantidad de muertes, internaciones y sufrimiento de mujeres de estos sectores no es vista

socialmente como un problema, en el sentido que no pone en cuestión al orden social.

La acción y omisión del Estado en este tema, el abuso de poder ejercido de hecho en las instituciones de salud pública y el negocio que representa el aborto en el sector privado, tienen efectos de control social, es decir, tienden a reproducir las condiciones de desigualdad de clase y género que requiere el modo de producción capitalista.

El subsector de la salud pública es el escenario donde las mujeres pobres en situación de aborto se relacionan con el Estado. Estas mujeres se encuentran en un estado de necesidad que solo el profesional que las atiende puede satisfacer evitándole el dolor físico o graves problemas a su salud. La negación de la práctica de una interrupción legal del embarazo, el mal manejo del dolor, las esperas prolongadas, la resistencia de los profesionales a aplicar técnicas menos invasivas y riesgosas, junto con comentarios que mortifican a las mujeres, son algunos ejemplos de una praxis de la mala voluntad que es tolerada, justificada y naturalizada por muchos profesionales de la salud.

Otra motivación que encontramos es poder ver la integralidad que se presenta ante cada situación y poder trabajarla en equipo, pensar estrategias para abordar en su totalidad la salud de esa mujer. Está claro que necesita un aborto, pero también necesita de la garantía de otros derechos, necesita salir de un círculo de violencia, necesita mejorar sus condiciones socioeconómicas, necesita muchas otras cosas además de un aborto para garantizar esa salud integral. El equipo debe pensarse con mayor disponibilidad para trabajar con estas situaciones tan compleja, para acompañar en el pre, durante y en lo a posteriori.

La psicóloga del equipo nos habla desde su profesión particularmente, le resulta muy interesante y motivador poder trabajar con esas mujeres en el postaborto, ella nos refiere poder interrogar los ideales de aquellas mujeres acerca de la femineidad, la maternidad, revisar sus propias historias, la historia de las mujeres de su familia. Si se dan las condiciones, nos habla de un momento clave para poder construir una intervención que más adelante las va a posicionar de otra manera en su vida y en la de su entorno.

## 4.2 OBSTACULOS EN LA EFECTIVIZACION DE LA PRÁCTICA

Llego el momento de introducirnos en un tema que el equipo considera como uno de los más grandes obstáculos que enfrenta la practica en el hospital.

La objeción de conciencia es percibida como la mayor dificultad a la hora de la efectivización de un aborto, y considerada, en muchas ocasiones, vinculada al estigma asociado a la práctica. Se cree que la objeción de conciencia se identifica más con una forma de evadir la estigmatización, más que con base en fundamentos de conciencia auténticos

Faúndes, Duarte y Osis, llaman la atención sobre el mal uso y abuso del derecho a la objeción de conciencia, que representa una de las principales barreras para el acceso al aborto legal. El peso del estigma social y el de la propia corporación médica es tal que, negar el derecho al aborto resulta más cómodo y más seguro que cumplir con el deber ético profesional de proveer los abortos legales. Los autores reflexionan sobre la escasa importancia que la comunidad médica latinoamericana suele asignar al principio bioético de actuar en beneficio del paciente y evitar el daño, cuando se trata de responder a las necesidades de aborto de las mujeres que se encuadran en las circunstancias definidas como legales

*"...así como hay personas que no pueden realizar la práctica, hay personas que, si pueden, quieren, hacen la práctica y también tenemos CONCIENCIA. Entonces primero y principal que no se llame más "registro de objetores de conciencia". Los que practicamos y acompañamos a mujeres en situación de aborto también tenemos conciencia y tenemos mucha conciencia de lo que hacemos, entonces primero que no se llame más así, que se llame "registro de objeciones de prácticas y derechos"". (Entrevistada I, TS)*

El estudio de McMurrie y sus colegas analiza el nexo entre estigma y objeción de conciencia y su impacto en la disponibilidad y accesibilidad de servicios de aborto. Las leyes que contemplan la objeción de conciencia son en sí mismas estigmatizantes. El derecho a esgrimir motivos de conciencia para abstenerse

de realizar un aborto reviste una valoración moral muy particular que la diferencia de la mayoría de las prácticas médicas. A su vez, el rechazo a atender a una mujer, fundado en la objeción de conciencia representa un acto de discriminación que maximiza el estigma.

*“Pero bueno, si hay, digamos, lo que, si creo o lo que pienso en relación a la objeción de conciencia, personalmente pienso que muchas veces se utiliza como una forma de no trabajar determinadas cosas, o para no meterse en quilombos, entonces ante la duda nooo. Y después bueno, sí, hay gente que es objetora.... una cosa es ser objetor u otra cosa es ser obstaculizador, digamos, vos podés ser objetora pero no tenes porque obstaculizar que a una mujer no se le garantice la práctica, que es lo que plantea desde el vamos el registro de objeción de conciencia”. (Entrevistada I, TS)*

Asimismo, el estigma afecta marcadamente la disponibilidad y oferta de servicios de aborto legal. Los profesionales de la salud se escudan en la objeción de conciencia para evitar involucrarse en una práctica estigmatizante, más que por motivos de conciencia. Quienes asumen el deber profesional y el compromiso de realizar la práctica, suelen ser una minoría contrahegemónica dentro de la comunidad médica.

*“... yo creo que cualquier mujer, desde cualquier servicio debería poder decirle a su médico "me pasa esto, esto y esto" y ese medico debería estar pensando ya en la internación. Yo creo que el objetivo debería ser que estas situaciones pasen a ser una consulta más de la vida de una mujer, y que lo pueda estar escuchando cualquier médico sin que pase por un circuito especial, digamos, sacar los dispositivos especiales. Eeeee, y para esto falta, digamos, yo lo veo como uno de los principales obstáculos, porque todavía hay muchos médicos que no lo puede ver, pero bueno mientras tanto que lo puedan referenciar con nosotras es un gran paso”. (Entrevistada II, Médica Generalista)*

Otro obstáculo que se expone en las entrevistas, menos frecuente pero no menos importante y a considerar, es la sala donde se va a internar aquella mujer

que demande una interrupción de embarazo. Siempre priorizando el bienestar de la persona, no solo físico, sino un bienestar integral garantizándole la intimidad y privacidad que cada situación amerite, donde aquella mujer pueda sentirse emocionalmente estable y contenida, por esto es que las profesionales del equipo consideran que la sala de maternidad, con madres recién paridas amamantando a sus bebés que no paran de llorar, claramente no es el lugar más adecuado para internar a estas mujeres.

*“Si es un obstáculo, a veces, el dónde internar, el pensar el mejor lugar para acompañar a una mujer, el hospital provincial, como la mayoría de los hospitales públicos, no tiene habitaciones privadas, y la maternidad no es el lugar más indicado para internar. Entonces habíamos ido internando siempre en salas, donde se hacen cirugías transitorias, con espacios de 3 camas, donde uno mediante biombos puede garantizar cierta privacidad, pero, es cierto que es una situación que por momentos es difícil, no hay biombos que alcancen para garantizarle la privacidad que realmente está necesitando esa mujer, puede ser violento para ella la presencia de otras personas, y también puede ser violento para las otras mujeres vivir situaciones que no son fáciles”*(Entrevistada II, Médica Generalista)

Aquí surge un dilema que preocupa al equipo, la sala de maternidad, como mencionamos antes, no es el mejor lugar para internar a aquellas mujeres, pero las otras salas tampoco están preparadas para poder alojar y proteger la salud emocional de aquellas. Aquí es donde el equipo prioriza el mal menor, analizan cada situación y deciden lo que va a ser más conveniente medicamente y menos traumático para cada mujer.

*“Cuando hablamos de un aborto de segundo trimestre, y hablamos de expulsión de un feto de segundo trimestre, eeee, es importante el cuidado de esa mujer y de los otros también. Para esto es una dificultad. Después decidimos que, por una cuestión de seguridad de la mujer, cuando pasan ciertas semanas (16), sí la tenemos que internar en maternidad, donde hay piezas más individuales, pero lo*

*más importante es que están los tocoginecólogos ahí. Si bien psíquicamente lo ideal es que no estén en maternidad, hay momentos donde lo que tenemos que hacer es mantenerlas a salvo de cualquier complicación que le haga correr riesgo su vida. Esto obviamente es hablado previamente con la mujer". (Entrevistada II, Médica Generalista)*

#### **4.3 LO INNOMBRABLE: EL FETO**

Con respecto a los profesionales de la salud, el estigma los deslegitima y excluye dentro de su comunidad profesional, asocia su rol al "trabajo sucio", aumenta el estrés y promueve situaciones de hostigamiento y violencia. Bajo estas condiciones, muchos optan por no involucrarse en la práctica del aborto, o si lo hacen, no lo comentan abiertamente en su entorno social y profesional. Aquí también se genera un círculo vicioso que refuerza la idea del aborto como un evento de rara ocurrencia y deslinda a los médicos "respetables" de tal práctica. A este fenómeno de silencio y ocultamiento que conlleva deslegitimación de los médicos proveedores del aborto se le ha llamado "paradoja de la legitimidad". (Harris, 2011)

Harris y Grossman ponen la lupa sobre el aborto de segundo trimestre, como una esfera en la que el estigma se magnifica por la corporalidad que va ganando el feto en esa etapa. Hay una representación exacerbada del sentimiento "antimaternal" de la mujer que interrumpe un embarazo avanzado, sumado al cuestionamiento de por qué tuvo que esperar hasta ese momento. Asimismo, los profesionales que realizan abortos de segundo trimestre son cuestionados y deslegitimados. Los autores señalan que si el estigma convierte al aborto en algo de lo cual no se puede hablar, en el caso del segundo trimestre, lo vuelven algo "impensable".

*"Y después el gran obstáculo que yo veo es el feto. (...) En el momento de la expulsión aparece ese otro cuerpo, se materializa esto que la mujer no podía ver, no podía registrar, y para el equipo de salud en general es un momento crítico, porque uno hasta ese*

*momento se enfoca en acompañar a la mujer. Entonces por eso es tan importante la edad gestacional, porque, digo, no es lo mismo que la mujer expulse un feto que no va a vivir fuera de ese cuerpo de ninguna manera y que sale sin vida, a que expulse un feto que respire. Esa es la mayor tensión cuando aparece un embarazo diagnosticado tardíamente. Si hay un feto que puede respirar, que va a ir a neo para ser reanimado, estalla a cualquier equipo. Y el manejo de ese cuerpo, lo que viene a ser el feto, el aborto, el cadáver, como figura en los registros, es un tema tabu, nadie lo nombra, nadie lo quiere ver, nadie lo quiere tocar, ese es mi trabajo fundamental hoy en día” (Entrevistada II, Médica Generalista)*

*“Son situaciones que las instituciones no hemos pensado, no hemos discutido porque sigue siendo lo que nadie quiere ver. (...) Bueno, así como una puede hacer el proceso deberíamos estar haciéndolo toda la institución, es decir, bueno acompañar abortos de segundo trimestre, tiene que ver con después ocuparse del feto que va a salir, y esto es parte del trabajo que venimos asumiendo. Hoy en día eso no se está viendo, no hay un acompañamiento, no hay.... es más, te llaman si ese frasco quedo más tiempo del que debería en sala. El frasco con el feto es todo el obstáculo que está teniendo la institución hoy, digamos, porque ahí se materializa lo que nadie quiso ver, lo que nadie puede alojar y ni siquiera nadie puede desechar”.*  
*(Entrevistada II, Médica Generalista)*

#### **4.4 LIMITES ETICOS EN LA PRÁCTICA**

Para encarar este apartado me parece fundamente hacer mención de la ética profesional en el ámbito de la salud.

*“La Ética constituye las guías de la conducta, que basadas en principios morales, se orientan hacia una clase particular de acciones dentro de un grupo social específico o cultural en un momento histórico determinado. Plantea cuál es el valor de bondad de las conductas mismas, de lo que es correcto o*



*incorrecto a condición de que ellas sean libres, voluntarias y conscientes. Busca causas universales que logren adaptar los actos humanos al bien universal”.* (Código de ética para el equipo de salud, 2011)

Dicho esto, cuando comenzamos a hacer las entrevistas, surgió, sin buscarlo, este eje que me pareció de suma importancia profundizar. Surgió como límite indiscutible en la práctica, la vitalidad fetal, recordando siempre que el equipo trabaja abortos de segundo trimestre. El límite en la edad gestacional se desdibuja en la práctica real, pero ellas nos hablan de 20/22 semana como máximo, obviamente hay excepciones de gravedad o urgencia extrema que no se discuten.

Se describen debates y reflexiones éticas, técnicas y de viabilidad institucional al interior de los equipos para establecer ese límite. El malestar e incomodidad frente a la viabilidad fetal es una preocupación compartida. Las entrevistas dan cuenta que el límite establecido responde sobre todo a un cuidado de sus equipos y a poder seguir garantizando la práctica, entendiendo que el aborto de segundo trimestre es un aborto que pone en juego a toda la maquinaria institucional, todos y cada uno de los servicios que están involucrados en la práctica.

*“si esa gestación, como decíamos hoy, sale y vive, yo tengo una responsabilidad con esa vida, entonces el límite tiene que ver con esa edad gestacional, con garantizar más precozmente una interrupción a esa mujer en cuanto menos se parezca a un bebe, en cuanto menos traumático sea para ella (...) Mi limite es la vitalidad fetal, yo no puedo estar acompañando una mujer que va a interrumpir un bebe que se mueva, que respire. Y la mujer tampoco lo puede atravesar. Lo primero que te preguntan, cuando se animan, ¿es “va a vivir?” “va a llorar?”, imagínate el miedo que tiene una mujer en un aborto tan tardío, yo creo que es, como acompañar a esta mujer a que llegue a una edad gestacional donde sea más viable ese feto para otro, porque si no estalla la mujer, estallo yo, estalla todo el equipo”* (Entrevistada II, Médica Generalista)

*“sí, tengo un límite, el límite tiene que ver con la vida, la vitalidad de la gestación. Cuando hablamos de unas 25 semanas a mí no me da lo*

*mismo, digamos, pensarlo. De 24 semanas no me da lo mismo pensarlo, me hace bastante escalofrío, porque ese niño nace vivo, eso es un bebe, digamos, un bebe prematuro. Hemos tenido situaciones de esa edad gestacional, rozando esa edad gestacional que había toda una... que no nos tembló el pulso, porque fue una situación muy extrema, digamos, una niña, red de trata de por medio, abuso sexual obviamente, bueno, violencia, un montón de cuestiones". (Entrevistada I, TS)*

*"Sí creo que hay un límite que tiene que ver con la edad gestacional, uno no se puede arriesgar a hacer una interrupción de una edad gestacional que pueda nacer viva. Esto para mí ya sería muchísimo" (Entrevistada III, Psicóloga)*

---

## REFLEXIONES FINALES

---

En esta tesina se planteó como objetivo general conocer las diferentes posiciones, creencias y percepciones de las profesionales con respecto a la interrupción legal del embarazo en la consejería de salud sexual y reproductiva del Hospital Provincial de la ciudad de Rosario.

El análisis de dicho objetivo permitió poner la lupa en la práctica del aborto de segundo trimestre de gestación, algo invisibilizado hasta el momento, pero que se realiza conforme al Artículo 86 del Código Penal establecido por las causales excepcionales de no punibilidad.

La reciente legalización del aborto vino a saldar una deuda histórica con la democracia, con el movimiento de mujeres y con los objetivos de salud pública que buscan garantizar un acceso equitativo a los derechos básicos en salud. Con respecto a los efectores de salud, la Ley genera un campo de certidumbre para lxs profesionales que venían garantizando la práctica, lxs protege en términos legales y contribuye a sobrellevar las barreras al acceso al aborto.

Sin embargo, en tanto la práctica en segundo trimestre sigue estando permitida por causales y no por la mera voluntad de la persona gestante, las barreras al aborto después de la semana 14, a nivel de las políticas públicas, de las instituciones y de factores subjetivo-simbólicos, permanece vigente luego de la implementación de la ley.

La existencia de los Equipos y Consejerías de Salud Sexual y Salud Reproductiva hacen que estas prácticas se lleven a cabo a través de espacios de contención, y acompañamientos para mujeres que buscan libertad y autonomía sobre sus cuerpos. Los derechos sexuales y derechos reproductivos hacen referencia a la autonomía de la mujer, no solo a la decisión de interrumpir un embarazo, sino también a elegir libremente su sexualidad, como vivirla, como cuidar su cuerpo, etc.

Este trabajo muestra que, los abortos de segundo trimestre contribuyen una necesidad urgente para muchas mujeres. También, se hace evidente que las condiciones legales aun restrictivas y el estigma social que rodean al aborto inciden negativamente en la posibilidad de acceder a un aborto temprano y seguro. En este contexto, el equipo de profesionales que trabajan en el HPR ha articulado un dispositivo de acompañamiento y cuidado para los abortos en segundo trimestre, que requieren de mayor atención y comportan mayores riesgos de salud que los abortos de primer trimestre.

Un aprendizaje que parece guiar la decisión de acompañar estos abortos en las profesionales que conforman la consejería, es la certeza de que la decisión de abortar de las mujeres es categórica y se llevara a cabo con su compañía o sin ella. Entonces, al decidir acompañar estos abortos, las profesionales resuelven un dilema ético que se plantea entre brindar apoyo o dejar que las mujeres resuelvan sus abortos de maneras que pueden ser en extremo inseguras.

En la tarea de acompañar, la consejería considera que transgreden y tensionan ciertos límites que para el sistema de salud tienden a presentarse como inflexibles. A pesar de las rigideces institucionales y profesionales que hacen que la provisión de servicios de aborto sea limitada y que el plazo de catorce semanas de embarazo se convierta en una barrera casi infranqueable, las profesionales también han aprendido a entablar diálogos productivos con el resto de los servicios que tienen intervención directa en estas situaciones.

Cuando nos referimos a límites, barreras, tensiones, pensamos automáticamente en la objeción de conciencia dentro de la institución. La realidad indica que aún persisten situaciones en las que se ponen en pugna ambos derechos, generándose en la enorme cantidad de las veces un obstáculo para las mujeres usuarias debido a que aquí se manifiestan una multiplicidad de desigualdades y vulnerabilidades donde prevalece la parte más fuerte (la autoridad y la hegemonía profesional).

El equipo de profesionales ofrece contención a las mujeres en situaciones emocionales que pueden ser muy exigentes, atienden las eventualidades que puedan surgir y están atentas a cada situación particular. Por eso, el equipo opta por brindar información completa y clara acerca de los pasos que se deben

seguir desde la primera consulta hasta llegar al momento de la expulsión y de cómo será todo ese proceso, para que las mujeres puedan tomar decisiones responsables e informadas.

El vínculo entre las profesionales y las mujeres no es necesariamente de plena armonía, sino que pueden aparecer tensiones y conflictos. En este sentido, el equipo es consciente de los límites que pone ante determinadas situaciones y, por otro lado, intenta generar un compromiso político con esas mujeres, cuando existen ciertas demandas que no pueden o no están dispuestas a resolver.

Este equipo de profesionales sabe perfectamente que en los abortos de segundo trimestre lo que se expulsa tiene una materialidad concreta, que en general dentro de los servicios ningún profesional quiere ver, y tampoco hacerse cargo. Por eso, resulta de suma importancia preparar psicológica y emocionalmente a quienes estarán atravesando por esa situación, armarlas de la información suficiente para que sean totalmente conscientes de todo lo que va a ir ocurriendo en la internación. Y sobre todo preparar técnica y jurídicamente a quienes estarán acompañando la situación, llámese enfermerxs, anestesistxs, residentes, camillerxs o cualquier profesional<sup>9</sup> de la salud que le toque intervenir en una situación de aborto de segundo trimestre.

Reconocer el derecho de la mujer sobre su propio cuerpo y legislar al respecto las incluirá dentro de una normatividad que mueva gradualmente el estereotipo de una mujer asesina, mala madre, a una persona completa y plena que ejerce sus derechos. Esto podría evitar la estigmatización social y el que las mujeres pongan en riesgo su salud, economía y, en algunos casos, su vida al recurrir al aborto clandestino. El estigma afecta no solamente a las mujeres que abortan, también a los profesionales de la salud que aceptan el reto de ser parte de las decisiones tomadas por las mujeres. Muchas de las mujeres que abortan no lo hablan, prefieren callarlo o decirlo solamente a personas que saben no las van a juzgar, porque efectivamente quienes se enteran del aborto y no están en favor de él, las estigmatizan; entre ellos el personal de salud de los hospitales que las violentan de diferentes maneras.

---

<sup>9</sup> Profesionales de la institución que no forman parte del Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Pero son requeridos en las internaciones por abortos, ya que se tornan más complejas y requieren de un equipo más amplio (no objetores)

Las reflexiones elaboradas nos permitieron establecer algunas recomendaciones fundamentales para derrumbar las barreras de accesos al aborto de segundo trimestre de gestación, que podrán persistir pese a la reciente legalización del aborto en el país: capacitar a profesionales de la salud en las intervenciones sobre aborto de segundo trimestre de gestación, desde aspectos legales, técnicos y sociales; formar y fortalecer equipos de trabajo interdisciplinarios para la provisión de servicios de aborto después de 14 semanas de gestación; adecuar y garantizar el acceso oportuno y seguro a los servicios de interrupción legal y voluntaria del embarazo dentro del primer trimestre, con el fin de llevar al mínimo las demandas e intervenciones de abortos en el segundo trimestre; desarrollar, y llevar a cabo las ya existentes, campañas de difusión y materiales de apoyo para divulgar información sobre ILE.

Para garantizar el acceso efectivo, seguro y gratuito al aborto, particularmente después de la semana 14, se deben enfrentar las barreras existentes en los servicios públicos de salud, de la mano de una impetuosa voluntad política y de una sociedad civil activa en su exigencia. Esperamos que estos pequeños aportes sean de utilidad para que, todas las personas que lo requieran, se le garantice el acceso a la atención de abortos en segundo trimestre de gestación, que son, generalmente, aquellas personas con mayores condiciones de vulnerabilidad<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Esto no quiere decir que solo las mujeres pobres abortan, desde el trabajo social no podemos permitir estigmatizar a la pobreza y por consiguiente a las mujeres pobres. Lo que queremos dejar en claro es que la ilegalidad del aborto después de la semana 14 de gestación, da lugar a prácticas diferenciadas según las condiciones socioeconómicas de la mujer y a la falta de capital simbólico y de información. Sí es importante mencionar que las mujeres sean cual fuere su condición social, abortan.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abric, Jean Claude; “prácticas sociales y representaciones”; ediciones covoacén, s. a. de c, v.; primera edición; distrito federal, México; 2001.
- Araya Umaña, Sandra; “las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión”; cuaderno de ciencias sociales 127; sede académica, Costa Rica. facultad latinoamericana de ciencias sociales (flacso); Costa Rica; octubre de 2002.
- Ávila, María; “feminismo y ciudadanía: la producción de nuevos derechos”. en Scavone, Lucila. (comp.) género y salud reproductiva en américa latina. libro universitario regional. ed. universidad de Costa Rica; 1999.
- Banchs, María A.: “aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales”; en papers on social representation; volume 9; pp. 3.1-3.15; escuela de psicología, universidad central de Venezuela; 2000.
- Baum, Sarah, Depiñeres Teresa y Bourdieu, Pierre; “espacio social y génesis de las clases”; en sociología y cultura (1984); consejo nacional para la cultura y las artes; editorial grijalbo; México,1990.
- Briozzo, Leonel: “iniciativas sanitarias. contra el aborto provocado en condiciones de riesgo”, editorial arena, Montevideo, 2007.
- Briozzo, Leonel: “iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. aspectos clínicos, epidemiológicos, médico- legales, bioéticos y jurídicos”, sindicato médico del Uruguay, Montevideo, 2002.
- Carballada, Alfredo: “los escenarios de la intervención. una mirada metodológica”. en Carballada, Alfredo. los cuerpos fragmentados. la intervención en lo social en los escenarios de exclusión y el desencanto. Buenos Aires: paidós. 2005.
- Chaneton, Juli y Alejandra Oberti “historia de Ana”, en aa.vv., aborto no punible. concurso de ensayo: “peligro para la vida y la salud de la madre”, Buenos Aires, foro por los derechos reproductivos, 2000.
- Cockrill K, Nack A. “no soy ese tipo de persona”: manejar el estigma de tener un aborto. comportamiento desviado. 2013;34(12):973-990.
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Naciones unidas. el Cairo, capítulo vii. “derechos reproductivos y salud reproductiva”. bases para la acción. disponible en: [http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf). 1994
- Csiksentmihalyi M, “fluir (flow) una psicología de la felicidad”. España, Kairós, 2013.

- Depiñeres, Teresa, Baum Sarah y Grossman Daniel, “acceptability and clinical outcomes of first- and second- trimester surgical abortion by suction aspiration in Colombia”, *contraception*, vol. 90, n°3, 2014
- Faúndes A, Duarte Ga, Osis Mj. grupo de trabajo figo para la prevención del aborto inseguro, Londres, reino unido, centro de investigación en reproducción humana de campañas, Brasil. objeción de conciencia o miedo al estigma social y desconocimiento de las obligaciones éticas. *int j gynecol obstet.* 2013;123(suplemento 3): s57-s59.
- Giampaoli, Georgina, “la legalización del aborto en Argentina” tesina de grado. 2010.
- Gutiérrez Alberoni, j.d: “la teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial”; artículo especial, en *psiquiatría pública*; vol.10; nro.4; Perú; julio-agosto de 1998.
- Grossman, Daniel, “el aborto en el segundo trimestre”, *documentos redaa*s, n°5, 2016.
- Harris I. “la paradoja de la legitimidad” en la provisión de abortos en los estados unidos. *anticoncepción.* 2011;84: 302-336.
- Harris I, Grossman D. enfrentando el desafío del aborto inseguro en el segundo trimestre. *int j gynecol obstet.* 2011 octubre;15(1):77-79.
- Harris, Lisa h, “second trimester abortion provision: breaking the silence and changing the discourse”, *reproductive health matters*, vol.16, sup.31, 2008
- ley nacional de salud sexual y procreación responsable n° 25673 y decreto reglamentario 1282/2003.}
- López más J, “motivación laboral y gestión d los recursos humanos en la teoría de frederick herzberg”. *gestión en el tercer milenio.* 25-36, 2005.
- mora, martín: “la teoría de las representaciones sociales de serge moscovici”; en *athenea digital*; nro. 2; universidad de Guadalajara, México; 2002.
- Ministerio de Salud de la Nación, “documento de trabajo: consejería en salud sexual y salud reproductiva. propuesta de diseño, organización e implementación” disponible en: <https://cssr-ecuador.org/downloads/2016/07/consejerias-propuesta.pdf> .2010
- Mcmurtrie SM, García SG, Wilson KS, Díaz-Olavarrieta C, Fawcett GM. opinión pública sobre el estigma relacionado con el aborto entre los católicos mexicanos y



las implicaciones para el aborto inseguro. *int j gynecol obstet.* 2012;118(suplemento 2): s160-s166.

- Prof Dr Hurtado Hoyo Elías - Dr Dolcini Horacio A - Dr Yansenson Jorge F. código de ética para el equipo de salud: con la colaboración de la sociedad de ética en medicina / Elías Hurtado Hoyo ... [et.al.]. - 1a ed. - ciudad autónoma de Buenos Aires: asociación médica Argentina, 2012.
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. A 12 años de la creación del programa nacional de salud sexual y procreación responsable ¿cómo estamos? en revista de la asociación médica Argentina de anticoncepción (amada). disponible en [mada.org.ar/revista-amada-volumen-12-n-2-2015](http://mada.org.ar/revista-amada-volumen-12-n-2-2015)
- Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: consejerías en salud sexual y reproductiva: propuesta de diseño, organización e implementación (documento de trabajo). ministerio de salud de la nación. Buenos Aires, 2010.
- Quijano S, Navarro J, “un modelo integrado de la motivación en el trabajo: conceptualización y medida”. *revista de psicología del trabajo y de las organizaciones.* 193-216, 1998.
- Quinn Dm, Chaudoir Sr. Vivir con una identidad estigmatizada ocultable: el impacto del estigma anticipado, la centralidad, la prominencia y el estigma cultural en la angustia psicológica y la salud. *j pers soc psychol.* 2009;97(4):634-651.
- Ripoll P, Caballer A, Martínez Tur V, García E, Peiró J, “antecedentes y consecuencias del cambio de nivel jerárquico en el trabajo”. *revista latinoamericana de psicología.* 203-222, 1988.
- Saltalamacchia, Homero. “las entrevistas semiestructuradas”, en: *movimientos sociales, identidad y narrativas contra-hegemónicas, cuadernos de investigación, buenos aires*, disponible en <http://saltalamacchia.com.ar/pagina-inicial/articulos/entrevista-semiestructurada/> 1992
- Stapff C, Briozzo L, Labandera A, Friedman J, Carino G y Rueda M. “Guía para difundir y promover el modelo de reducción de riesgos y daños frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”. México, D.F., mayo de 2011.
- Turner, Katherine L., Hyman Alyson G., Mosotho C., “clarifying values and transforming attitudes to improve access to second trimester abortion”, *reproductive health matters*, vol. 16, sup. 31, 2008.

- Wainerman, C. y Sautu, R. la trastienda de la investigación, tercera edición ampliada, Buenos Aires, ediciones lumiere, 2001.
- Walter L, Gallegos A, Velarde O. Satisfacción laboral en trabajadores de dos tiendas por departamento: un estudio comparativo, 2013.