



FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RELACIONES INTERNACIONALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

“La intervención del Trabajo Social en el Equipo de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Provincial de la ciudad de Rosario”.

Micaela Julieta Abatte

Tesina de Grado
Licenciatura en Trabajo Social

Directora: Lic. Betina Bovino
Co-Director: Lic. Mariano Espinosa

Rosario, 2019
micaela_abatte@hotmail.com

¡QUE SEA LEY!

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todxs lxs que me acompañaron en este recorrido.

Gracias a la Universidad Pública, a lxs docentes que me formaron; especialmente a mi Directora Betina y Co-Director Mariano por acompañarme en la escritura del presente trabajo y transmitirme sus conocimientos.

Por todas las pibas que ya no están, que murieron por abortos clandestinos. Seré la voz de todas ellas, en la lucha por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito. En mí recorrido profesional trabajaré y lucharé por una sociedad con justicia social, para que la salud, la vida, la libertad y la autonomía de las mujeres y personas con capacidad de gestar sean efectivamente reconocidas, como lo que son: Derechos Humanos.

¡Qué sea Ley!

ÍNDICE

Agradecimientos.....	2
Introducción.....	4

CAPÍTULO I

1.1. El movimiento Feminista.....	11
1.2. Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos a nivel Nacional.....	15
1.2.1. Aborto, legislaciones y normativas vigentes: Protocolo -Nacional- para la Atención Integral de las personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE).....	19

CAPÍTULO II

2.1. Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en la Provincia de Santa Fe.....	34
2.2. Sistema de Salud Provincial.....	35

CAPÍTULO III

3.1. Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en la ciudad de Rosario.....	37
3.2. Sistema de Salud Municipal.....	40

CAPÍTULO IV

4.1. Las Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva.....	43
4.1.1. Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Hospital Provincial de Rosario.....	45
4.2. La intervención del Trabajo Social en el Equipo del Hospital Provincial de Rosario.....	50
Reflexiones Finales.....	54
Bibliografía.....	60

INTRODUCCIÓN

La elección de este tema nace principalmente por interés personal, por la militancia en el Movimiento Feminista y por la lucha para que el Aborto sea Legal, Seguro y Gratuito, y reconocido como derecho de las mujeres y por consecuencia poder decidir libremente sobre nuestros cuerpos.

A partir de las Prácticas Profesionales de 5to año en el Hospital Provincial de la ciudad de Rosario, pude observar que el Trabajo Social interviene y se ejerce en muchos espacios. La intervención del Trabajo Social en el Equipo de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Provincial de la ciudad de Rosario, (de ahora en adelante “HPR”), sumado a lo anteriormente relatado, fueron motivo suficiente para llevar adelante este trabajo.

En Argentina por año mueren aproximadamente quinientas mil mujeres por abortos clandestinos. Los Estados -nacional, provincial y municipal- tienen la obligación de garantizar los derechos de salud sexual y salud reproductiva de las personas, pero sobre todo de las mujeres y cuerpos gestantes. Y las unidades académicas por su lado, tienen la obligación de formar profesionales capaces de adoptar las políticas públicas como parte de sus intervenciones.

Por ello, es fundamental que el ámbito universitario se adecue al contexto social y político actual, y que comprenda la importancia de actualizar e incluir la perspectiva de género en los planes de estudios. Esto logrará conocer y ocupar con firmeza los campos de intervención, y así seguir avanzando en el aporte que pueda contribuir nuestra profesión a una mejor comprensión de la salud sexual y salud reproductiva.

En lo que concierne a lxs estudiantes de trabajo social es necesario y urgente profundizar en lo que refiere al abanico de los Derechos Humanos y entre ellos, los derechos de salud sexual y salud reproductiva.

Siguiendo y acordando con lo planteado por la Lic. Georgina Giampaoli en su tesina de grado:

“Me parece fundamental aportar, mediante este trabajo... la implicación en las cotidianidades sociales y porque me resulta imperioso repensar nuestras prácticas, nuestros discursos, desordenar las relaciones de poder, trascender y dejar de lado miradas que asuman las inequidades (de género, raza, orientación sexual, etc.) como elementos de orden natural y reinventar espacios, recrearnos e ir visibilizando injusticias, afirmando derechos, entre ellos el derecho al aborto, si afirmamos la necesidad de un compromiso de la profesión con los sectores vulnerados en sus derechos”. (Giampaoli, 2010: 8).

Teniendo en cuenta los elementos enunciados, se intentará realizar un trabajo exploratorio y problematizador de la intervención del Trabajo Social en el Equipo de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Provincial de Rosario, debido a que muchas veces se torna una práctica naturalizada en el ejercicio del Trabajo Social.

Por ello, nos planteamos como *OBJETIVO GENERAL*:

Analizar la intervención del Trabajo Social en el Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Hospital Provincial de Rosario, desde el momento de su aplicación en el efector, a partir del año 2016.

Y como *OBJETIVOS ESPECÍFICOS*:

- Caracterizar el Protocolo -Nacional- para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), y la adhesión de la Provincia de Santa Fe al mismo.
- Describir la aplicación del Protocolo -Nacional- para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en Rosario, particularmente en el Equipo de salud sexual y reproductiva del Hospital Provincial de Rosario.
- Identificar la intervención del Trabajo Social en el Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Hospital Provincial de Rosario.

El Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva del HPR, es un espacio y herramienta que fortalece desde una concepción integral a la salud y a los derechos, principalmente, los de la mujer y se constituye como un antecedente fundamental en la lucha a favor del Aborto Legal Seguro y Gratuito. Dicho equipo se organiza como tal en el año 2016, el mismo se encuentra en el Hospital Provincial de Rosario, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, ubicado en la ciudad de Rosario en la calle L.N. Alem 1450. Intenta abordar situaciones que tengan que ver con la salud sexual en forma más integral, el mismo está integrado por una Médica generalista, dos Psicólogas y una Licenciada en Trabajo Social, dicho equipo será la unidad de análisis de la presente tesina.

El presente estudio se basará en la perspectiva metodológica cualitativa. Siguiendo a Vasilachis De Gialdino, I. la metodología:

“(…) abarca el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos (estudios de caso, experiencia personal, introspectiva, historia de vida, entrevista, textos observacionales, históricos, interaccionales y visuales) que describen los momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos”. (Vasilachis De Gialdino, 2016: 24).

Considerando lo poco estudiado e investigado del tema, y siguiendo a Sampieri, podemos decir que,

“cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas (...) los estudios exploratorios sirven para obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados. Esta clase de estudios son comunes en la investigación, sobre todo en situaciones donde existe poca información”. (Sampieri, 2010: 79).

Seguidamente se utilizó como fuente primaria la investigación documental, que según Ruth Sautu, “es una técnica que consiste en la selección y compilación de información a través de

la lectura y crítica de documentos y materiales bibliográficos, bibliotecas, bibliotecas de periódicos, centros de documentación e información”. (Sautu, 2005: 192).

Si bien para el estudio propuesto se recuperan trabajos previos, como tesinas de investigación y trabajos de ponencia realizados para Congresos Nacionales de Trabajo Social, realizados por diferentes autorxs, es importante mencionar el escaso contenido bibliográfico respecto al equipo del HPR, es por dicho motivo que una parte de la presente tesina se sostendrá desde la metodología cualitativa exploratoria, anteriormente definida.

Por otra parte, se trabajó con la entrevista semiestructurada individual, a la Trabajadora Social del Hospital Provincial, integrante del Equipo de Salud Sexual y Reproductiva del mencionado efector, lo que nos permitió posteriormente, analizar la información proporcionada acerca del Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Hospital Provincial de Rosario.

Para Taylor y Bogdan las entrevistas cualitativas son flexibles, dinámicas, abiertas y desestructuradas. “Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista.” (Taylor y Bogdan, 1992: 01).

A su vez, es necesario hacer una mención con respecto al lenguaje que utilizaré en el este trabajo. Me parece fundamental que, desde el Trabajo Social, podamos “mirar con perspectiva de Género, entendido que es una tarea constante y reflexiva. El desafío es internalizarla y hacer uso de ésta, de manera que atraviese nuestras prácticas e intervenciones profesionales, sea cual fuere el lugar desde donde la estemos desarrollando” (Guzzetti, 2008: 108). Por consiguiente, reemplazaré el genérico masculino por la “x” para salir de la distinción única y binaria de los sexos (hombres y mujeres), en pos de ser productores de un lenguaje inclusivo.

El presente trabajo de investigación como ya se ha mencionado, toma como eje fundamental la intervención del Trabajo Social en el Equipo de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Provincial de Rosario, como así también el rol de la trabajadora social en el mismo, el rol de lxs actores sociales, lxs trabajadorxs de la salud, actores y actrices de organizaciones sociales

que posibilitaron la implementación de la política de salud sexual y salud reproductiva en Rosario, particularmente en el HPR.

En el **Capítulo I**, se historiza la lucha del Movimiento Feminista desde el Siglo XIX, a la actualidad.

“El recorrido del accionar de los movimientos feministas resultó necesario, ya que las conquistas de derechos que obtuvieron las mujeres, no es algo que algún gobierno concedió o que resulta dado naturalmente. Se necesitaron muchos años de luchas, mujeres que dieron la vida por esos derechos negados. Es parte de un recorrido que nos lleva hoy a la discusión por la legalización del aborto, como una de las peleas más importantes que afronta el movimiento feminista, mediante una acción comprometida y militante”. (Giampaoli, 2010: 7).

La historización del movimiento feminista se realiza fundamentalmente en el recorte tiempo-espacio de Argentina, para luego dar cuenta de las actualizaciones legislativas y normativas que tuvieron los Derechos de Salud Sexual y Salud Reproductiva en el país. Por último, se caracteriza el Protocolo para la atención integral de las personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo.

En el **Capítulo II**, se describe la adhesión de la Provincia de Santa Fe al Protocolo para la Atención Integral de las personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, realizando un recorrido histórico de los derechos sexuales y derechos reproductivos con los que la Provincia cuenta y trabaja a través de ellos. Se desarrolla el sistema de salud de la provincia para dar cuenta de la aplicación del protocolo en dicho territorio, teniendo en cuenta que el Hospital Provincial depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

En el **Capítulo III**, se mencionan ordenanzas, decretos y adhesiones a leyes nacionales y provinciales con respecto a los derechos sexuales y derechos reproductivos con los que la ciudad de Rosario cuenta, además nos proponemos mencionar el lugar que ocupa en la estructura y organización del sistema de salud local.

Es importante dar cuenta el contexto legislativo y normativo de la ciudad donde se encuentra ubicado el Hospital Provincial de Rosario, que, si bien no realiza las intervenciones y

prácticas con respecto a la Interrupción Legal del Embarazo en base a dichas legislaciones y/o normativas, son herramientas fundamentales para justificar y accionar las mismas.

En el **Capítulo IV**, se describe el funcionamiento de las Consejerías de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

“La consejería, como un componente de las actividades de apoyo psicosocial, es un factor básico para la atención de la salud integral de lxs ciudadanxs, donde el Trabajo Social como profesión tiene un papel primordial en el marco de un equipo interdisciplinario” (Archimendi, 2014).

Seguidamente se explica el funcionamiento de la consejería del Hospital Provincial de Rosario, donde lxs profesionales no la denominan como tal sino como “Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva”. Debido a que no se encuentra bibliografía con datos exactos del funcionamiento del mismo. Este apartado se desarrolla a partir de la información obtenida de la entrevista semiestructurada realizada a la trabajadora social del Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Hospital.

Por último, a partir de la entrevista, se desarrollará la intervención del Trabajo Social en el Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva, respondiendo al objetivo general de la presente tesina. Siguiendo a Boschetti y Giampaoli (2016), es fundamental:

“Generar aportes visibilizando e instalando en nuevas agendas de la intervención profesional la cuestión del aborto. Entendiendo que el aborto no es ajeno al ejercicio profesional del Trabajo Social y nos involucra desde su existencia real, sus consecuencias, su clandestinidad, su legalidad sugerimos problematizar el tema no solo en la trama de los derechos sexuales y reproductivos sino en la trama social misma. Por consiguiente, implica adoptar una perspectiva donde surgen determinantes económicos, culturales, legales-jurídicos, políticos, entre otros. Problematizar desde el género y los derechos humanos asume el firme compromiso de desandar patrones culturales y considerar al Trabajo Social desde su aspecto político. Lo político en la articulación del pensar y el hacer.” (Boschetti, S. Giampaoli, G, 2016: 2).

Ante lo dicho se remarca la importancia de la incorporación de la perspectiva de género no solo a la formación universitaria, sino también a nuestros campos de intervención, esta perspectiva de género impulsa a que nuestras intervenciones generen condiciones de dignidad humana, igualdad y autonomía en las mujeres. Entendiendo a la ILE como un derecho de la mujer de decidir libremente sobre su propio cuerpo. Es primordial que las políticas públicas estén diseñadas con dicho enfoque, de este modo existe una garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

CAPÍTULO I

1.1 El Movimiento Feminista

El surgimiento del feminismo forma parte de la historia Argentina desde fines del siglo XIX- inicios del XX, en una sociedad en la que a lo largo de los tiempos las mujeres no eran reconocidas y estaban lejos del ejercicio de una ciudadanía plena.

Dos notables feministas de la primera hora, María Abella Ramírez –una docente de origen uruguayo radicada en La Plata– y Julieta Lanteri –una inmigrante italiana que se había recibido de médica–, abogarán por el sufragio de las mujeres. Esta última impulsa el Partido Feminista, que se presentará a sucesivas elecciones nacionales.

El movimiento feminista comienza a politizarse y aparecen corrientes dentro del mismo, las socialistas, radicales, católicas liberales, y anarquistas que luchaban por la completa autonomía femenina –incluyendo el derecho a rechazar la maternidad forzosa–. Como síntesis de esas luchas basta mencionar la organización femenina denominada Junta para La Victoria, que tuvo adherentes a lo largo y ancho del país.

La llegada del peronismo y el decidido empeño de la propia Eva Perón, que movilizó a las mujeres sobre todo a través de los sindicatos frente al inminente tratamiento en el Congreso de 1947, posibilitó la sanción de la Ley del Sufragio. La primera experiencia de voto femenino se realizó en 1951, donde la concurrencia fue masiva y fueron las mujeres quienes consagraron el triunfo del peronismo con la enorme mayoría de sus votos.

En los años ‘60 surge la “segunda ola” siguiendo a Varela, N. como aquel período que se da desde la mitad del Siglo XX hasta el Ciberfeminismo que podemos ubicar en los inicios del Siglo XXI. Este período se caracteriza por la problematización de la dominación masculina y por el quiebre a la domesticidad obligatoria de la mujer en un contexto político internacional donde surge una explosión de nuevos movimientos sociales y con ellos nuevas maneras de manifestarse. Varela, retoma del libro de Betty Friedan, “La mística de la feminidad” (1963) afirmando que fue el que inauguró la expresión de éste período, entendiendo que:

“(…) el problema era político: la mística de la feminidad, que en realidad era la reacción patriarcal contra el sufragismo y la incorporación de las mujeres a la esfera pública durante la Segunda Guerra Mundial, identifica mujer con madre y esposa, con lo que cercena toda posibilidad de realización personal y culpabiliza a todas aquellas que no son felices viviendo solamente para los demás”. (Varela, 2005: 79).

El feminismo permitió a miles de mujeres aspirar a algo más que el matrimonio como la cima para alcanzar la realización personal. La maternidad no era entonces una opción sino una imposición social (y en muchos aspectos lo sigue siendo). El lugar de la mujer: lo doméstico. La belleza y la apariencia física se presentaban como los únicos vehículos posibles para el éxito. Hablar de anticoncepción y aborto seguían siendo temas tabúes.

Esta segunda ola del feminismo representó abrir el abanico de posibilidades para las mujeres que, si bien habían conquistado al calor de la lucha nuevos derechos sociales y políticos, ahora iban por algo más: la posibilidad de ser libres. Además, se puso en evidencia la falta de equidad al interior de las distintas organizaciones políticas. Si bien en muchas de ellas las mujeres eran un componente mayoritario, los hombres seguían siendo los únicos voceros y conductores.

Este nuevo impulso feminista también sirvió para democratizar las estructuras orgánicas de las distintas agrupaciones y favorecer la pluralidad de voces. Las mujeres ya no querían hacer el trabajo manual sino también intelectual, no querían ser quienes recibían y acataban las órdenes, sino quienes tomaban las decisiones y ocupaban posiciones de liderazgo, porque solo de esta manera estarían en mejores condiciones de plantear las reivindicaciones que interesaban a ellas mismas como sujetxs políticxs.

Entre 1976 y 1983 la Argentina vivió la más feroz dictadura de su historia, con miles de desaparecidxs, perseguidxs y exiliadxs. Fue un grupo de mujeres las que enfrentaron con mayor contundencia este proceso, reclamando por la aparición de sus familiares. Es ampliamente conocida la trayectoria de las Madres de Plaza de Mayo, espacio del que surgió la asociación de las Abuelas con la intención de recuperar lxs nietxs apropiadxs por los represores. La recuperación democrática con la llegada de Raúl Alfonsín en 1983 a la presidencia significó, entre otras cosas, el retorno del movimiento feminista con un cambio

notable de posiciones epistémicas y sobre todo de agenda, discutidas en el periodo de la Segunda Ola.¹

“En 1986 se comienza a desarrollar en nuestro país una excelente experiencia con la que se continua en nuestros días: Los Encuentros Nacionales de Mujeres. Estos tienen su origen en la III Conferencia Mundial de Nairobi realizada en 1985 a fin de evaluar los logros del Decenio de la Mujer; las argentinas que allí participaron trajeron como inquietud la idea de autoconvocarse para compartir experiencias y necesidades. Es así que se realiza en mayo de 1986 el primer Encuentro Nacional de Mujeres en Capital Federal”. (Giampaoli, 2010: 18).

En 1991 se sancionó la ley² que modificó la composición de las listas partidarias determinando un piso mínimo de treinta por ciento para las mujeres, ubicadas en lugares expectables, con posibilidades de resultar electas. La Argentina se convirtió en el primer país en sancionar la participación femenina. Sin duda, el número de las feministas en los cargos electivos no ha sido generoso. Sin embargo, una excepción fue la composición de la primera Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires (1997-2000), en donde sobre un total de veinte diputadas, un tercio de estas se identificaba con el feminismo. Esto permitió que dicha Legislatura sancionara una de las leyes más progresistas en materia de derechos sexuales y reproductivos. La mayor representación de mujeres ha permitido sancionar un gran número de leyes que ampliaron la ciudadanía, comenzando por la reforma constitucional de 1994 que incluyó la Convención contra todas las formas de Discriminación de las Mujeres –CEDAW– (1979).

Han actuado a lo largo de estas décadas diversas formas de feminismo, aunque podríamos concluir que hay un trazo común que todavía caracteriza a una enorme proporción de nuestros colectivos a favor de los derechos de las mujeres. Hay una cuestión principal en la agenda de las mujeres movilizadas por derechos, se trata de la legalización del aborto, la accesibilidad gratuita y segura a los servicios de salud para abortar, la prerrogativa de decidir sobre nuestros cuerpos. Se trata de una demanda que unifica a todo el espectro del feminismo, una asignatura

¹ Movimiento que había profundizado las transformaciones reclamadas por el feminismo, especialmente en Estados Unidos y Europa, en los años 1960.

²Ley del “Cupo Femenino”.

pendiente en el arco de los innegables avances habidos en estos más de treinta años de democracia.

En el 2003, meses antes del Encuentro Nacional de Mujeres en Rosario, “se creó en Buenos Aires la Asamblea por el Derecho al Aborto” (Bellucci, 2014: 325), se escribió un documento con el título “por la libertad de decidir. Repudiamos la ofensiva de la iglesia hacia nosotras: por el aborto libre y gratuito. Para elegir libremente nuestra sexualidad. Para terminar con todo tipo de violencia y discriminación”. (Bellucci, 2014: 385).

Luego de varias idas y vueltas, de un largo itinerario exploratorio y político, tal como lo expresa la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal Seguro y Gratuito en diferentes documentos publicados en su página web; impulsada desde grupos feministas y del movimiento de mujeres, como así también desde mujeres pertenecientes a movimientos políticos y sociales, personalidades vinculadas a organismos de derechos humanos, de ámbitos académicos y científicos, trabajadorxs de salud, sindicatos y diversos movimientos sociales y culturales, nace **La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto legal, Seguro y Gratuito**.

Fue lanzada el 28 de mayo de 2005, Día de Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, y desde entonces tiene la capacidad y la fuerza de coordinar actividades simultáneamente en distintos puntos del país bajo la consigna: **“Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”**.

Es fundamental legalizar y despenalizar el aborto como una cuestión de salud pública, de justicia social y de derechos humanos de las mujeres. Estas “consignas” quedaron plasmadas en el Proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo elaborado colectivamente en el año 2006, durante una plenaria nacional realizada en la ciudad de Rosario.³ El Proyecto fue presentado en la Cámara de Diputados de la Nación desde el año 2007, el último proyecto presentado fue en el año 2018, donde obtuvo media sanción en la Cámara de Diputadxs, pero fue rechazado en por lxs senadorxs.

³Recuperado de la página web de la Campaña. Disponible en: <http://www.abortolegal.com.ar/about/>.

1.2. Los derechos sexuales y derechos reproductivos a nivel Nacional

En 1979 la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de la Organización de las Naciones Unidas -ONU- supone una declaración internacional de derechos para la mujer basada en la igualdad entre los sexos proclamando vías de acción para que los Estados parte garanticen dichos derechos. A su vez, se hace referencia al acceso a la información que contribuya a asegurar los derechos a la salud, a la protección de la maternidad y al bienestar de la familia incorporando la información y el asesoramiento sobre planificación familiar. De esta manera se expresa el derecho “a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”. (CEDAW, 1979: Artículo 16).

En este sentido, y al reconocerse la salud sexual y reproductiva como derecho, retomo a Levín, S., quien plantea que:

“(…) el orden jurídico, en tanto conjunto de reglas que regula y ordena la convivencia en sociedad, no adopta una posición neutral al cumplir esas funciones. Por el contrario, en esa regulación y en ese orden se ponen de manifiesto posturas, valores, principios y creencias que inciden no sólo en la determinación de los parámetros de esa convivencia, sino además en la conformación jurídica de los sujetos a los cuales van dirigidas esas disposiciones. El derecho tiene la fuerza de la autoridad, tiene el status de lo preestablecido y fija el alcance del deber ser”. (Levín, 2003: 7).

Siguiendo a Levín, para fundar una nueva ciudadanía/autonomía, y reconocer nuevos derechos, es preciso primero deconstruir identidades del orden patriarcal. Para ser ciudadana plena la mujer necesita construir una identidad política como sujeto autónomo en sus capacidades, donde la maternidad y la adscripción a la vida familiar sean producto de una elección individual y no de una imposición social. En esta meta se inscribe la demanda de reconocimiento de la sexualidad y la reproducción como derechos de libertad constitutivos de identidad ciudadana. El nuevo orden deberá restablecer la vigencia de la justicia política

(igualdad de libertades) y la justicia social (igualdad de oportunidades), para que la mujer pueda ser ciudadana.

En la Conferencia de Naciones Unidas, se define a la Salud Reproductiva como:

“un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. (Conferencia de las Naciones Unidas, 1994: Capítulo VII).

En este sentido, se incluye el derecho a recibir información acerca de la planificación familiar y métodos anticonceptivos, en consonancia con aquellas conferencias que anteriormente mencionamos. También aquí es definida la salud sexual “cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.” (Conferencia de las Naciones Unidas, 1994: Capítulo VII).

Históricamente, los derechos sexuales y reproductivos fueron tenidos en cuenta realizando una asociación directa entre mujer 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, 1999:64).

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

A raíz de comprender la salud desde una concepción integral, tomaré el concepto de salud que propone la Organización Mundial de la Salud, “reconociendo a ésta como el estado completo de bienestar físico mental y social, abarcando la sexualidad, la reproducción, los derechos y el acceso a servicios de información”. (Gómez, Oizerovich y Jefferson; 2010).

Esta concepción plantea la cuestión de concebir a lxs sujetxs de intervención “como sujetos activos en el proceso que lxs atraviesa, dejando de concebir al mismo como algo exclusivamente biológico e individual”. (Amelotti y Fernández, 2012: 4).

Para la Organización Mundial de la Salud -OMS- la salud reproductiva:

“es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Así, los derechos reproductivos se refieren a la posibilidad de decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijos, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se requiere disponer de información suficiente y acceso a los medios adecuados”. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2013).

En la década del `80, en Argentina, más precisamente a partir del regreso a la democracia, comenzó a darse relevancia a las temáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. La Convención por la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer dictada en 1979 fue ratificada por nuestro país recién en 1985. Si bien existió un clima favorable para dar lugar a políticas de igualdad hacia las mujeres incorporando temáticas de salud sexual y reproductiva, se trató de un proceso complejo y paulatino.

Para 1986 se dio gran importancia desde el Estado a la difusión y asesoramiento en lo referente a la anticoncepción de manera de ejercer el derecho de decidir el número de lxs hijxs. Un año más tarde se creó la Subsecretaría de la Mujer dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, lo cual dejó entrever la necesidad de otorgar un espacio a una temática que se encontraba en agenda. Este espacio se renombra en 1991 como Consejo Nacional de la Mujer dependiente de la Presidencia de la Nación. A su vez, recién en 1993 se adopta la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.

En la reforma de la Constitución Nacional en 1994, se incorporaron con rango constitucional tratados internacionales concernientes a derechos humanos, lo cual cimentó una base importante sobre la cual encarar la conquista de nuevos derechos. En 1995 se trató un proyecto en Cámara de Diputados en donde se proponía la creación de un Programa Nacional de Procreación Responsable que incluía la provisión de servicios gratuitos en los hospitales públicos. El principal opositor de la ley era el entonces presidente Carlos Menem, quien instituyó el 25 de Marzo como el “Día del Niño por Nacer”, acción impulsada por el Vaticano en contra del aborto. A pesar de haber caducado en 1997 fue útil para instalar debates que lograron la aprobación de legislación sobre salud reproductiva en diversas provincias argentinas.

En el 2003 a partir de la presidencia de Néstor Kirchner, se registra 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 2010, la Ley de Identidad de Género sancionada en el 2012, la Ley de Reproducción Médicamente Asistida sancionada en 2013 siendo ejemplos emblemáticos de la ampliación de derechos sexuales y reproductivos en nuestro país. Tal como se mencionó previamente, el hecho de tratarse en la Cámara de Diputados en 1995 la creación de un Programa Nacional de Procreación Responsable dio lugar a la visibilización de esta problemática y la necesidad de que el Estado intervenga.

De esta manera, este proyecto continuó latente hasta el año 2002 al aprobarse la ley N° 25.673 mediante la cual se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable aún vigente, pero con nuevas problemáticas debido a las políticas adoptadas por el gobierno de Mauricio Macri iniciado a fines del 2015 quien recortó los presupuestos económicos que el Estado aportaba, quedando debilitados éste y otros programas nacionales de suma importancia para el desarrollo social.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsables (2002) apunta a garantizar el acceso a la información, a los anticonceptivos para toda la población en igualdad de derechos, equidad y justicia social, capacitar en programas provinciales y brindar asistencia a los equipos de salud destinados a tales fines. La ley estipula igualdad en acceso a los métodos

anticonceptivos desde los 14 años en adelante, reconociendo los derechos sexuales y reproductivos de lxs adolescentes, sin necesidad de ser acompañadxs por una persona mayor.

Es 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. Atendiendo que, si bien la manera de nombrar a los Programas o Centros no concuerda con los cambios que se pretenden, implican una consistente política de salud reproductiva incorporada en la agenda estatal.

Una de las maneras 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 en información fundamentada, “es una de las mejores maneras de apropiarnos de nuestro cuerpos, 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: 10).

En el 2006 se sancionó la Ley N° 26.150, que establece el Programa Nacional de Educación Sexual Integral que plantea la enseñanza obligatoria de Educación Sexual Integral 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 adaptará los lineamientos básicos de la ley a su realidad sociocultural.

1.2.1. Aborto, legislaciones y normativas vigentes: Protocolo -Nacional- para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE).

Se considera necesario realizar un apartado particular para desarrollar las legislaciones y normativas vigentes con respecto al Aborto en Argentina, para de esta manera poder

desarrollar y caracterizar el Protocolo -Nacional- para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, de ahora en adelante ILE⁴.

Desde 1921 el Código Penal -en sus artículos 85, 86, 87, 88- considera al aborto un delito y las mujeres que lo realicen serán penadas. Sólo dos causales serán la excepción: violación y/o riesgo para la salud y muerte del cuerpo gestante. A continuación, se transcriben los mismos:

Artículo 85.- El que causare un aborto será reprimido:

1° Con reclusión o prisión de tres a diez años, si obrare sin consentimiento de la mujer. Esta pena podrá elevarse hasta quince años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer.

2° Con reclusión o prisión de uno a cuatro años, si obrare con consentimiento de la mujer.

El máximo de la pena se elevará a seis años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer.

Artículo 86.- Incurrirán en las penas establecidas en el artículo anterior y sufrirán, además, inhabilitación especial por doble tiempo que el de la condena, los médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos que abusaron de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperare a causarlo. 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.

Como ya se mencionó brevemente en párrafos anteriores las mujeres que se encuentren en cualquiera de los supuestos enunciados gozan del derecho de acceder a un aborto. El hospital y lxs medicxs tienen la obligación legal de practicar la intervención, siempre que exista consentimiento firmado por la mujer.

⁴Documento completo, disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

Artículo 87.- Será reprimido con prisión de seis meses a dos años, el que con violencia causare un aborto sin haber tenido el propósito de causar, si el estado de embarazo de la paciente fuere notorio o constare.

Artículo 88.- Será reprimida con prisión de uno a cuatro años, la mujer que causare su propio aborto o consintiere en que otro se lo causare. La tentativa de la mujer no es punible.

Tal como refiere el escrito de la *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles (2010)*; por muchas décadas las mujeres que habitan la Argentina han sido impedidas de ejercer un derecho fundamental que se encuentra reconocido desde el año 1921.

En el ejercicio de este derecho se ponen en juego numerosos derechos humanos como la igualdad, la autodeterminación, la privacidad, el principio de legalidad y la no discriminación. Por consiguiente, el derecho de las mujeres a acceder a los abortos previstos por el Código Penal constituye propiamente un derecho humano de orden constitucional.

El Estado está y estará siempre obligado a garantizar el ejercicio real y efectivo de ese derecho, “en los últimos años se ha avanzado en normativas y leyes relacionadas con los derechos de las mujeres a decidir. La agenda parlamentaria constituyó una respuesta coherente a la lucha de movimientos y organizaciones que incidieron en la agenda pública con sus demandas”. (Boschetti; Giampaoli, 2016: 5).

En el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, es el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable el órgano de gobierno que debe implementar y construir una política pública de estado que promueva la garantía de acceso a estos derechos por parte de las mujeres en la Argentina. En ese marco, se lanzó y promociona en el 2007 la *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles*, la misma fue revisada y actualizada en el 2010, con el objetivo de convertirse en un instrumento que pueda encontrarse en todas las salas sanitarias del país.

En agosto de 2015 entra en vigencia el nuevo Código Civil y Comercial que consolidó la perspectiva de los derechos humanos como guía de todo el ordenamiento jurídico. Por dicho motivo la *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles* fue nuevamente revisada por el Ministerio de Salud de la Nación, se actualiza la información médica, bioética

y legal, de ahora en adelante la Guía Técnica pasará a llamarse *Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo*, de ahora en adelante Protocolo ILE.

A continuación, se realiza el desarrollo de algunos ejes del Protocolo ILE los cuales, considero, hacen a la labor e intervención del trabajo social: su objetivo, a qué y a quiénes está dirigido, cómo deben trabajar los equipos de salud y las profesiones de manera particular, el funcionamiento de las consejerías, entre otros.

Tal como se enuncia en el documento del *Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (2015)*, el mismo tiene como objetivo promover en todo el país el derecho que tienen mujeres, niñas, adolescentes y toda persona con capacidad gestante, de acceder a la interrupción legal del embarazo cuando este se encuadre en las causales previstas por el sistema normativo del país. En este sentido el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable afirma que la interrupción del embarazo debe ser brindada bajo los mismos parámetros que otros componentes del servicio de salud, es decir, respetando los estándares de calidad, accesibilidad, confidencialidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.

Por ello, el presente Protocolo está diseñado en base a la comprensión fundamental de que todo el personal del efector de salud es responsable de garantizar y no obstruir el derecho a interrumpir un embarazo cuando éste ponga en riesgo la vida o la salud de la persona o cuando sea producto de una violación. Los equipos de salud son los primeros responsables por la provisión de Interrupción Legal del Embarazos (práctica también conocida como aborto no punible -ANP-), y de prevenir y buscar evitar peligros y daños a la integridad física y psíquica de quien acude al sistema de salud, tanto público como privado.

El ejercicio de la opción a la ILE se encuadra en los derechos a la autonomía personal, la privacidad, la salud, la vida, la educación y la información; asimismo, a los principios de no discriminación e igualdad. Este marco del derecho a la interrupción del embarazo fue aclarado en la sentencia “Fallo F.A.L.”⁵ de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en ella se definió

⁵En el 2012 la Corte Suprema de Justicia de la Nación dictó una sentencia histórica con el fin de agilizar el derecho al acceso al aborto legal. El tribunal reafirmó el derecho de las mujeres a interrumpir sus embarazos en todas las circunstancias permitidas por la ley.

que el Estado es garante de la administración de la salud de la población argentina, el que tiene la obligación:

“de poner a disposición de quien solicite la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura. Rápida, por cuanto debe tenerse en cuenta que en este tipo de intervenciones médicas cualquier demora puede epilogar en serios riesgos para la vida o la salud de la embarazada. Accesible y segura pues, aun cuando legal en tanto despenalizado, no deben existir obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la mencionada prestación que pongan en riesgo la salud o la propia vida de quien la reclama”. (Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2012).

La realización de ILE debe guiarse fundamentalmente por el principio de autonomía. Todas las actitudes y prácticas de lxs profesionales de la salud deben estar destinadas a que, en base a la información adecuada y completa que se le brinde, la mujer pueda tomar la mejor decisión posible para ella. Debe respetarse el derecho de la persona de decidir sobre las cuestiones relacionadas con su cuerpo, su salud y su vida.

Lxs médicxs tienen la función pública y el rol ético de cuidar la salud de las personas sin decidir por ellas sobre sus conductas íntimas y personales. Este principio es la base del secreto médico. Otros principios que guían la atención de ILE son los de accesibilidad, no judicialización, confidencialidad, privacidad, celeridad/rapidez y transparencia activa.

Accesibilidad: No deben interponerse obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la prestación de una ILE, ya que ponen en riesgo la salud de quien requiere la práctica.

No judicialización: La interrupción debe ser practicada por el equipo de salud sin intervenciones de otrxs profesionales, sean médicas, administrativas o judiciales. El mandato de no judicialización implica que con la intervención de un/a médicx es suficiente para decidir si el caso se encuadra en las circunstancias que legalizan la interrupción.

La corte convocó a los poderes judiciales a todas las jurisdicciones a que sea abstengan de judicializar el acceso a los abortos legales. Exhortó a las autoridades de todos los niveles de gobiernos, a aprobar protocolos sanitarios para garantizar la realización de la ILE.

Confidencialidad: Es derecho de la mujer que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica guarde la debida reserva. Al igual que en cualquier práctica médica, nada de lo ocurrido en la consulta debe ser comunicado a otras personas (como integrantes del equipo de salud, familia o funcionarios judiciales o policiales). La Historia Clínica (HC) y toda la información contenida en ella son de titularidad exclusiva de la mujer y su divulgación configura una violación a su derecho a la intimidad y al secreto profesional. Los servicios donde se lleven a cabo procedimientos de ILE deben respetar la privacidad de las mujeres durante todo el proceso. Esto incluye, por lo menos, la adecuación de los espacios donde se practiquen. Asimismo, se debe garantizar la privacidad de la información solicitada a la mujer y toda aquella que se consigne en la historia clínica.

Celeridad/rapidez: A las mujeres que soliciten o requieran que se les realice una Interrupción Legal del Embarazo se les debe garantizar una atención inmediata. Las instituciones en las cuales se practique deberán prestar toda la colaboración necesaria para que el proceso de atención integral sea brindado lo más pronto posible.

Transparencia activa: Lxs profesionales de la salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar toda la información disponible de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita. Dicha información debe ser actualizada, completa, comprensible y brindada en lenguaje accesible.

Como se adelantó, las causales que habilitan a solicitar una ILE son que el embarazo constituya un peligro para la salud o la vida de la mujer, o que haya sido producto de una violación.

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 Organización Mundial de la Salud, la salud implica el “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones”. (OMS, 2006).

Una atención adecuada y completa de situaciones que habilitan la Interrupción Legal del Embarazo implica necesariamente una visión integral de la salud. Las pautas para identificarlas son:

- El peligro para la salud debe ser entendido como la posibilidad de afectación de la salud. No requiere la constatación de una enfermedad y, en este sentido, no debe exigirse tampoco que el peligro sea de una intensidad determinada. Bastará con la potencialidad de afectación de la salud de la mujer para determinar el encuadre como causal de no punibilidad para el aborto.
- La salud es un concepto integral que tiene tres dimensiones: física, mental-emocional y social, de acuerdo a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud.
- La afectación de la salud mental puede resultar en un trastorno mental grave o una discapacidad absoluta, pero incluye también el dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima.
- El concepto de peligro no exige la configuración de un daño, sino su posible ocurrencia.
- La decisión de la mujer sobre qué tipo de peligro está dispuesta a correr debe ser el factor determinante en la decisión de requerir la realización de una ILE.
- Si se trata de una mujer en buenas condiciones de salud pero con factores predisponentes, la continuación del embarazo puede constituir un factor de precipitación de una afectación; asimismo, en los casos con enfermedades crónicas o agudas, la continuación del embarazo puede actuar como un factor de consolidación de la enfermedad, como por ejemplo su cronificación, aparición de secuelas o incluso la muerte.

Según la causal de violación como ya se mencionó, 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 ILE producto de dicha violencia sexual.

En estas situaciones es importante considerar que:

- La violación es una expresión de la violencia sexual y esta es una manifestación de la violencia de género. Puede ser perpetrada por alguien del entorno íntimo de la mujer (incluido el novio, marido o pareja), por personas de su conocimiento de otros ámbitos o por extraños.
- Los embarazos producto de una violación cometida por un novio, marido o pareja violenta deben considerarse como casos con derecho a solicitar su interrupción legal. En los casos de violación, el único requisito para acceder a una ILE es que la mujer, o cuando fuera necesario su representante legal, realice una declaración jurada donde afirme que el embarazo que cursa es producto de una violación.

Si existe una denuncia judicial o policial previa a la solicitud de la ILE, esta valdrá como la declaración jurada. En ningún caso la recolección de material genético como evidencia

forense puede convertirse en una barrera o generar dilataciones en el acceso a la práctica. La declaración jurada debe ser simple, sin formalidades legales, y no se podrá exigir a la persona que profundice en las circunstancias del hecho o que brinde prueba alguna. El Fallo F.A.L. de la Corte Suprema de Justicia de la Nación también aclara que aún ante una duda sobre la veracidad de la violación es prioridad no negar bajo ninguna circunstancia el acceso al servicio de ILE.

Las mujeres con un embarazo consecuencia de una violación necesitan un tratamiento particularmente sensible, y es importante que todos los niveles del sistema de salud sean capaces de ofrecerles el cuidado y apoyo apropiados, además de considerar la derivación oportuna, de ser necesario.

Este Protocolo está destinado a garantizar la dignidad y derechos de toda persona con capacidad biológica de gestar y, por lo tanto, potencial sujeto del derecho a abortar. Asimismo, como se mencionó anteriormente, este Protocolo se guía por el principio de autonomía de las personas y, en consonancia con el mismo, la atención de las situaciones de ILE implica necesariamente el consentimiento informado por parte de la usuaria. Este es un proceso que recorre toda la atención y está enmarcado en la Ley 26.529, de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

En los casos de Interrupción Legal del Embarazo, el resultado del proceso de consentimiento informado es el documento por el cual, luego de recibir la información pertinente, la persona manifiesta haber decidido en forma autónoma, libre de influencias y presiones de cualquier tipo, y conociendo cabalmente posibilidades y riesgos, interrumpir el embarazo que cursa. Antes de solicitar su firma, para que la persona que consulta pueda acceder a la toma de decisiones, el equipo de profesionales debe brindarle la información necesaria. La/el profesional debe contemplar la posibilidad de que la mujer le realice preguntas y repreguntas sobre las cuestiones que le generen dudas o miedos, para poder tomar una decisión autónoma, consciente e informada. Respecto del consentimiento informado, hay dos grupos de personas que representan situaciones especiales: las niñas y adolescentes, y las personas con discapacidad intelectual o mental.

La infancia y la adolescencia constituyen un grupo vulnerable dada la tradición existente de un sistema paternalista y tutelar que tiende a suplir la voluntad y el deseo de estas personas

por considerarlas no capacitadas para decidir sobre sí mismas con autonomía y responsabilidad. Asimismo, es un grupo particularmente vulnerable a situaciones de abuso y violaciones sexuales.

Por esto es muy importante, durante los procesos de atención, generar un ambiente de empatía en el cual las niñas y adolescentes puedan expresar sus necesidades, temores y vergüenzas sin ser juzgadas ni acalladas. La atención de niñas y adolescentes implica tener en cuenta dos aspectos: por un lado, la edad a partir de la cual son consideradas por la ley como personas plenamente autónomas, capaces de otorgar un consentimiento completo y suficiente por sí mismas; por otro lado, su derecho a ser escuchadas e informadas cualquiera sea su edad, de acuerdo a su especial necesidad de atención.

La regla en materia de capacidad para el ejercicio del derecho a la Interrupción Legal del embarazo surge del Art. 4 de la Ley 25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, y su Decreto Reglamentario 1.282/2003, en conjunto con el Art. 921 del Código Civil, que reconoce discernimiento a las personas desde los 14 años; todo esto en concordancia con la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

En función de esto:

- Todas las personas de 14 años o más son consideradas por la legislación argentina como plenamente capaces de discernimiento. Por ello, pueden otorgar por sí mismas su consentimiento informado y realizar personalmente la declaración jurada requerida para la interrupción de un embarazo producto de una violación, sin que se requiera la autorización de sus padres o representantes legales. Sin perjuicio de lo anterior, se recomienda fomentar que las adolescentes cuenten con la compañía y el apoyo de una persona de su confianza durante el proceso. Igualmente que con las mujeres adultas, es esencial que los equipos de salud garanticen claramente la confidencialidad, asegurándoles a las adolescentes que no compartirán la información de la consulta con nadie. Este criterio debe aplicarse teniendo en cuenta el principio del respeto del interés superior del niño, establecido en la Convención de los Derechos del Niño.

En el caso de las niñas y adolescentes menores de catorce años, se deberá respetar su derecho a ser escuchadas y a que su opinión sea tomada en cuenta. Esto se basa en el principio de la

“autonomía progresiva” y el grado de desarrollo de cada niña o adolescente en situación de requerir la realización de una ILE. Sus representantes legales, o los que sean nombrados especialmente para el caso, deberán participar en conjunto con la niña o adolescente en la toma de decisiones, y deberán firmar el consentimiento informado y la declaración jurada de la violación cuando corresponda. Si existiera una negativa injustificada de sus padres, tutores o encargados de acompañar la decisión de la niña o adolescente se procederá de acuerdo a lo establecido en el Art. 61 del Código Civil, que establece que “cuando los intereses de los incapaces, en cualquier acto judicial o extrajudicial, estuvieren en oposición con la de sus representantes, dejarán estos de intervenir en tales actos, haciéndolo en lugar de ellos, curadores especiales para el caso de que se tratare”. (Código Civil, Art.61).

Los equipos de salud deben procurar desarrollar capacidades para el abordaje integral de la sexualidad de las niñas y adolescentes y el respeto de sus derechos. Esto incluye una disposición especial para recabar los datos necesarios para completar la historia clínica: garantizar un trato amable, formular preguntas simples en un lenguaje entendible y, si fuera necesario, repetir las preguntas y sondear con cuidado y consideración.

Por otro lado, según la Convención Universal por los Derechos de las Personas con Discapacidad (aprobada por Ley 26.378), se consideran personas con discapacidad a quienes tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás. La normativa vigente alude como causal de ILE un “atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”; esta referencia debe comprenderse como la situación de violación a una persona con discapacidad mental o intelectual.

Como fue reconocido por la Convención y la Ley 26.378, las personas con discapacidad tienen la misma dignidad, autonomía y capacidad jurídica para decidir sobre su cuerpo que el resto. Tanto el efector como el equipo de salud, debe proporcionarles las herramientas que aseguren su participación en todo acto. En las situaciones en las que la mujer con derecho a acceder a una ILE (ya sea por peligro para la salud, la vida o por violación) tenga discapacidad psicosocial o mental, es fundamental que el equipo de salud la acompañe durante todo el proceso de atención fortaleciendo su autonomía. Para esto, debe proveerle toda la

información necesaria, de forma accesible y adecuada a sus particularidades, de manera que la persona pueda decidir con plena comprensión de las circunstancias.

Esto implica el uso de medios y tecnologías adecuadas y flexibles. Una alternativa posible es que se solicite a la mujer que elijan una o más personas de su confianza para que le presten el apoyo necesario. En caso de no contar con ellas, lo más adecuado y conveniente es designar, con acuerdo de la mujer, a una persona idónea para esto. De esta forma, el procedimiento del consentimiento informado cumplirá con el criterio de respetar la voluntad de la persona con discapacidad. Todo lo actuado debe ser documentado en la historia clínica.

Bajo ninguna circunstancia el servicio sanitario debe exigir la acreditación de la discapacidad intelectual-mental; en este sentido, la Corte Suprema de Justicia de la Nación dice que “la solicitud de cualquier tipo de acreditación o dictamen que exceda la declaración jurada en caso de violación, es considerado como una práctica burocrática dilatoria de la ILE que encubriría la denegación ilegal del aborto”. (Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2012).

El actor clave para el acceso sin discriminación de todas las personas a sus derechos sexuales y reproductivos es el equipo de salud, integrado por médicxs, psicólogxs, Trabajadorxs Sociales, enfermerxs y demás personas que reciban y/o intervengan en la atención de Interrupciones Legales del Embarazo. La calidad de la atención y los requisitos para acceder a la práctica de ILE son similares en establecimientos públicos y privados (prestadores de obras sociales o prepagas).

Se recomienda trabajar con equipos interdisciplinarios. No obstante, es imperioso recalcar que no es necesaria la intervención de más de un médicx para la constatación de las causales de no punibilidad previstas en la ley. Ante la constatación de un peligro para la salud psicosocial de la mujer y si lo estima necesario, el/la médicx podrá realizar una interconsulta con un profesional del campo de la salud mental y/o del Trabajo Social, según la situación.

En relación con lxs profesionales de la salud es importante tener en cuenta sus responsabilidades profesionales y las sanciones que les puedan corresponder en caso de no cumplirlas, así como el derecho a presentar una objeción de conciencia, todx profesional de la salud tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia con respecto a la práctica del aborto no punible. La objeción de conciencia es siempre individual y no institucional. De acuerdo a esto,

todos los efectores de salud en los que se practiquen ILEs deberán garantizar su realización en los casos con derecho a acceder a ella. Asimismo, deberán contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos que la ley les confiere a las personas en relación a esta práctica.

En caso de que un/una profesional de la salud desee ejercer su derecho a la objeción de conciencia, deberá notificar su voluntad por escrito a las autoridades del establecimiento de salud en el que se desempeñe; es decir que sólo podrá ejercerlo cuando se haya declarado y notificado previamente a las autoridades pertinentes.

“Lxs profesionales objetores, aunque hayan notificado previamente su voluntad, están obligados a cumplir con el deber de informar a la mujer sobre su derecho a acceder a una ILE si constatan alguna de las causales que lo justifican. En ese caso el/la profesional debe derivarla inmediatamente a un/a profesional no objetor para que continúe la atención. De no existir alguien encuadrado en esa categoría, debe realizar la interrupción; es decir que no puede invocar su objeción para eludir el deber de participar de un procedimiento de ILE. Para garantizar el derecho de estas personas de acceder a ILEs es necesario que los efectores de salud generen las condiciones para brindar el servicio.” (Protocolo ILE, 2015).

Ofrecer una atención integral para la Interrupción Legal del Embarazo implica:

- Brindar un trato humanitario que incluya la recepción y orientación de las personas para responder a sus necesidades de salud emocional y física;
- Garantizar la atención clínica adecuada de acuerdo a los criterios éticos, legales y médicos en vigencia;
 - Intercambiar información amplia y completa con las personas involucradas para que exista efectivamente un proceso de consentimiento informado;
- Ofrecer consejería en anticoncepción y cuidados posteriores luego del procedimiento. Las personas que tienen un embarazo producido en un contexto que les da derecho a la ILE atraviesan momentos difíciles, que requieren una atención integral y de calidad.

Asimismo, el abordaje de las situaciones que requieren una ILE puede resultar complejo para lxs profesionales de la salud. Por esto, es recomendable que los servicios que realicen esta práctica cuenten con un equipo de profesionales de diferentes disciplinas que brinden una

atención conjunta, generen espacios de discusión y efectúen interconsultas cuando sea necesario. Los equipos que realicen una ILE deberían incluir médicosx tocoginecólogosx, generalistas, clínicx, anestesiólogosx y pediatras; psicólogosx; Trabajadorxs Sociales; obstetras; enfermerxs. Asimismo, que el personal administrativo esté sensibilizado con la temática y facilite la accesibilidad de las personas. También es importante que el equipo establezca vínculos con los diferentes servicios del establecimiento de salud para facilitar las interconsultas y las derivaciones oportunas.

El acercamiento al sistema de salud por parte de una persona en condiciones de acceder a la Interrupción Legal del Embarazo puede darse a partir de distintas situaciones. Si bien es posible que sea la mujer la que se acerque para solicitar la ILE, en muchos casos es el equipo de salud el que detecta que la persona que está atendiendo presenta alguna de las causales que le dan derecho a solicitar la práctica. En estos casos, el profesional interviniente debe ofrecer a la mujer una consejería o derivarla donde pueda realizarla para que ella pueda decidir, informada y autónomamente, si desea continuar o no con el embarazo. Asimismo, si ella lo decide, se debe disponer la realización de la ILE lo antes posible.

Algunas de las situaciones posibles son:

- Que una mujer embarazada que conoce su derecho de acceder a una ILE solicite la práctica.
- Que exista una consulta o derivación desde un servicio especializado sobre una mujer con una enfermedad de base que se ha embarazado.
- Que durante el curso del embarazo se realice el diagnóstico de una enfermedad que pueda poner en riesgo la salud o la vida de la mujer.
- Que en la guardia o en cualquier consulta una mujer exprese que el embarazo que cursa es producto de una violación.
 - Que se presente a la consulta una persona con discapacidad intelectual o mental, sola o acompañada, embarazada producto de una violación.
- Que los profesionales de la salud detecten en una embarazada un caso de violencia de género o de violaciones intramaritales.
- Que en alguna consulta se detecte que la continuación del embarazo pueda representar un peligro para la salud física, psíquica o social de la mujer.

Todxs lxs profesionales de la salud tienen un rol fundamental en la información y orientación a las mujeres amparadas por el derecho a la ILE. En muchos casos, la intervención puede

comprender el dar información, contención emocional, orientación y derivación asistida a un equipo que en ese u otro efector de salud pueda realizar la consejería y el procedimiento médico. Asimismo, si detecta a una mujer que cursa un embarazo no deseado pero que no se encuadra en las causales para realizar una ILE, se recomienda derivarla a una consejería en reducción de riesgos y daños para evitar situaciones de abortos inseguros y la consecuente morbimortalidad materna.

La consejería es un espacio de información que tiene el objetivo de que la persona pueda tomar decisiones autónomas. En la situación de las mujeres que tienen derecho a acceder a la ILE, la consejería consiste en el asesoramiento sobre todas las alternativas posibles en relación al embarazo, y en los casos en que los hubiera, los riesgos para la salud relacionados con dichas opciones. Se recomienda la utilización de materiales didácticos para hacer más comprensibles las explicaciones.

Algunos de los ejes para la consejería, según la situación y las necesidades de la mujer, son:

- Informar sobre los requisitos necesarios para acceder a una ILE según la causal.
- En los embarazos encuadrados en la causal salud, describir los riesgos asociados a la continuación del embarazo.
- En los casos de violación, informar sobre la opción de denunciar, pero aclarando que no es un requisito para acceder a la práctica de una ILE.
- Detallar los procedimientos posibles para la interrupción del embarazo.
- Interiorizarse sobre la red de apoyo con que cuenta la mujer.
- Ofrecer anticoncepción post aborto. De ser posible, para ofrecer a las mujeres una atención más integral y de calidad, es recomendable que la consejería se realice en parejas, con profesionales de diferentes disciplinas, biomédica y psicosocial, o que quien la efectúe trabaje en equipo de manera interdisciplinaria. En los casos encuadrados en la causal salud, cuando se trate de riesgo físico, es importante contar con el aporte de los especialistas correspondientes.

La entrevista debe realizarse en un ambiente que garantice la privacidad y debe asegurarse a la mujer que lo que se hable durante todo el proceso de atención es confidencial. Además, es importante aclararle que no se realizará ninguna práctica sin su consentimiento y ofrecerle que, si lo desea, puede acompañarla en la consulta la persona que ella elija.

Es fundamental que en esta entrevista la mujer se sienta cómoda y contenida, y que vea que no se están juzgando ni recriminando sus acciones. Es importante escuchar atentamente y sin interrupciones el relato completo de la mujer y estar atento al motivo por el cual solicita la interrupción del embarazo. Por lo general, la actitud libre de prejuicios es suficiente para que la mujer se sienta contenida y cómoda, lo cual es imprescindible para que el equipo de salud pueda establecer una buena relación con ella.

Cuando se realiza la primera entrevista, la mujer puede tener ya una decisión tomada con respecto a la continuidad o no de su embarazo, o encontrarse en pleno proceso de reflexión. En el primer caso, si la opción elegida es la interrupción, el equipo de salud debe garantizar que el procedimiento se lleve a cabo lo antes posible. Si la persona no ha tomado aún una decisión es fundamental respetar su proceso de análisis, aunque informándole que, en caso de que decida acceder a la ILE, cuanto antes se realice el procedimiento será más sencillo. Según la edad gestacional, en el momento de la consejería se podrá esperar los tiempos propios de la persona en el proceso de toma de decisión o será necesario informarle sobre los riesgos que involucran dilatar el procedimiento y acompañarla para agilizar la toma de decisiones.

CAPÍTULO II

2.1. Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en la Provincia de Santa Fe

Lo que respecta a los Derechos de Salud Sexual y Salud Reproductiva, en el año 2001 la Provincia de Santa Fe sanciona la Ley N° 11.888 “Programa 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 Objetores de Conciencia.

En el 2004 se sanciona la Ley N° 12.323 que establece que se podrá acceder a los Métodos Anticonceptivos Quirúrgicos, ligadura de trompas para las 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 de Santa Fe garantiza el respeto de la orientación sexual e identidad de género adoptada o autopercibida, esto surge de 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, psicológica, sexual, económica y patrimonial o simbólica contra 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.

La provincia de Santa Fe adhiere en el 2012, por intermedio de la Resolución N°612 del Ministerio de Salud- adhirió y adopta la Guía Técnica para Atención Integral de los Abortos No Punibles del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación; como se mencionó anteriormente modificada en el año 2015, pasando a ser mencionada como, *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.

2.2. Sistema de Salud Provincial

“Una de las consecuencias más importante de las transformaciones de los '90, fue el aumento de la población que perdió su cobertura médica mediante el sistema de obras sociales y medicina privada, incrementando también los niveles de vulnerabilidad socio sanitaria de la población y la presión de la demanda sobre el sector público de salud”. (Jiménez, 2009: 214).

En el mandato de Hermes Binner⁶, se re-organiza el sistema de salud a partir de

“(…) la descentralización de los servicios de atención primaria, recuperar la capacidad instalada, capacitar al personal, desarrollar investigación, impulsar la promoción, prevención y rehabilitación de la salud, articular en red los diferentes niveles e impulsar participación social. Dichos lineamientos estratégicos fueron acompañados por el planteo de marcos normativos. Se siguieron dos grandes directrices: la descentralización y la participación. Asimismo, se crearon varios centros de atención y capacitación y se pusieron en marcha diversos dispositivos orientados a garantizar el derecho a la salud”. (Jiménez, 2009: 214).

Por consiguiente, los efectores de salud están organizados territorialmente en cinco nodos, en los que cada región posee una ciudad nodo: Nodo Reconquista, cuenta con 93 efectores de salud, Nodo Rafaela 98 efectores de salud, Nodo Santa Fe 215 efectores de salud, Nodo Rosario 303 efectores de salud, y por último Nodo Venado Tuerto 62 efectores de salud. En total la provincia de Santa Fe tiene 775 efectores de salud, divididos en niveles de complejidad necesarias para el cuidado de lxsciudadanxs.

- 1er Nivel de atención: Centros de Salud, es el lugar de mayor proximidad al vecinx. No poseen camas de internación y son los encargados de garantizar la salud territorializada.
- 2do Nivel de atención: Hospitales y SAMCO⁷ de baja y mediana complejidad.

⁶ Gobernador de la Provincia de Santa Fe durante el período 2007-2011.

- 3er Nivel de atención: Hospitales de alta complejidad, son el último y más completo nivel de la red.

Para garantizar el funcionamiento de la red articulando los tres niveles, existe el Sistema integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) que cuenta con vehículos de traslados y centrales de operaciones y traslados.⁸ Además,

“con la presentación de Alicia Gutiérrez⁹, y el impulso del movimiento feminista de la provincia se sancionó la implementación de la guía de atención post aborto... que promueve la atención de mujeres que llegan con interrupciones de embarazos en curso, no importa las causas en las que éste haya sido llevado a cabo y donde se establece la no denuncia de la mujer”. (Giampaoli, 2010: 33).

⁷ Servicio de Atención Médica para la Comunidad. Son efectores de salud que se encuentran dentro del territorio de la provincia de Santa Fe, principalmente en comunas y/o municipios de no más de 15.000 habitantes. Fueron creados a través de la ley N° 6312/67 el 02 de mayo de 1967.

⁸Recuperado de: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560>.

⁹Diputada provincial por el Partido Solidaridad e Igualdad (SI) que integra el Frente Progresista Cívico y Social (FPCyS).

CAPÍTULO III

3.1. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en la Ciudad de Rosario

Desde 1989, la gestión municipal priorizó la salud pública en su agenda de gobierno, la cual se profundizó durante el Gobierno de Binner¹⁰ y desde 1995, como se mencionó en el capítulo anterior, se optó por una política de descentralización; la cual se venía trabajando a nivel país como se describió anteriormente; la que apuntaba a la jerarquización de la atención primaria, articulación en red de los diferentes niveles de atención e impulso de la participación social en lo referente a la salud pública.

En la ciudad de Rosario en el año 1988 a partir de la Ordenanza N° 4.367 se crea la Dirección General de la Mujer, la Minoridad y la Familia dependiente de la Secretaría de Promoción Social¹¹. Esta ordenanza dio origen al Departamento de la Mujer, posteriormente denominado Área de la Mujer la cual funciona bajo la órbita de la Secretaría de Promoción Social.

Los objetivos de la Dirección General apuntaron a la capacitación de mujeres para lograr mayor autonomía, y mejorar la calidad de vida de las mujeres, así como también promover campañas específicas para mujeres, asesorando en materia de derechos y estimulando la participación de la mujer.

Recién en 1996 se encuentran legislación referente a los derechos sexuales y reproductivos. Se dicta la creación del primer Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública Municipal bajo la Ordenanza N° 6244. El mismo puso a disposición de la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios pertinentes que garanticen el derecho humano de decidir libre y responsablemente sus pautas reproductivas, tomando decisiones libremente y sin discriminación hacia la sexualidad.

En el 2001 el artículo N°5 de dicha ordenanza que plantea los métodos anticonceptivos es ampliado sumándose la anticoncepción de emergencia (pastilla del día después) como un método a ser informado por lxs profesionales de la salud, siendo un aspecto original, no

¹⁰ Intendente de la ciudad de Rosario durante el período 1995 – 2003.

¹¹ Recuperado de: <https://www.rosario.gob.ar/mr/normativa/otras-normas/ordenanzas/ordenanza-4367-1988>

planteado expresamente a nivel nacional o provincial. Siguiendo a Teppaz, “los beneficios que la anticoncepción de emergencia otorga son evitar un embarazo no deseado, evitar abortos con las consecuencias para la salud de las mujeres y, en caso de violación, como legítima defensa de una de las posibles consecuencias de una agresión injusta.” (Teppaz, 2007: 48).

En el año 2003 se sanciona el Decreto Municipal N° 22.551 el cual encomienda que el Departamento Ejecutivo incorpore indicadores de calidad en la atención brindada en el servicio de Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva dependiente del Programa de Salud Integral de la Mujer. Una acción importante por parte del Municipio de Rosario a partir del Decreto N° 26.865 sancionado a fines del 2005 fue incorporar mediante la Secretaría de Salud Pública la Guía para el mejoramiento de la atención post aborto aprobada por la Resolución N° 989/05 del Ministerio de Salud de la Nación anteriormente mencionada, entendiendo como tal una política pública que supone un posicionamiento ante los servicios de salud que deben ser brindados en los efectores públicos y privados.

En el año 2006 se modifica la Ordenanza N° 6.244, y se crea la Ordenanza N° 8027/2006 que da lugar al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable el cual entiende los derechos sexuales como derechos humanos. Otras ordenanzas que se decretaron y que ayudaron a fortalecer los derechos sexuales y reproductivos en la ciudad de Rosario fueron: El Decreto Municipal N° 38652/2012 del Proyecto “Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva y prevención del VIH entre jóvenes”; la Ordenanza 8456/2009, que crea “La semana de Prevención del embarazo Adolescente no Planificado”; la Ordenanza N° 7282/2002 “Métodos anticonceptivos. Prescripción. Provisión gratuita. Anticoncepción de Emergencia”. La Ordenanza N° 6321 Discriminación, Derechos y garantías.¹²

“La localidad de Rosario en general, ha sido pionera a nivel interrupción legal del embarazo desde el 2007 y la Municipalidad tiene su propio protocolo de acción en sintonía con lo que venía sucediendo a nivel nacional” (A.Z).

La Municipalidad de Rosario fue la primera jurisdicción en utilizar la Guía para el mejoramiento de la Atención Post Aborto, como instrumento de atención de los abortos no punibles, porque nace la necesidad de incorporar la atención post aborto a raíz de que la

¹²Recuperado y Disponible en: <https://www.rosario.gob.ar/mr/normativa/otras-normas/ordenanzas>

ilegalidad de los abortos implica también la inseguridad de los mismos, siendo un alto causal de muerte para las mujeres, mencionando asimismo tratos inadecuados al solicitar asistencia médica ante abortos incompletos o inseguros. Por consiguiente, en el año 2007 sancionó mediante la Ordenanza N° 8.186: el Protocolo de Atención Integral para las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo.

En Noviembre de 2014 siguiendo la Ordenanza N° 9.310 se aprueba en la ciudad de Rosario, la creación de las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva.

“como una estrategia central de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva con perspectiva de derechos y género. Que, de acuerdo al documento, las Consejerías, en un sentido amplio, constituyen un dispositivo que promueve la autonomía, la confidencialidad y el pensamiento crítico, donde se deben incorporar estrategias de capacitación, sensibilización y fortalecimiento para mejorar el acceso al sistema de salud y la calidad de la atención en los efectores de salud”. (Ordenanza N° 9.310, 2014).

La autoridad de aplicación es el Instituto Municipal de la Mujer en articulación con la Secretaría General que tiene a su cargo el programa de descentralización y las Secretarías de Promoción Social y de Salud. Entre sus funciones se encuentran el brindar información correspondiente de manera sencilla, promoviendo el empoderamiento para la toma de decisiones de una vida sexual saludable y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, asimismo se establece la entrega de anticonceptivos mediante una atención privada y personalizada.¹³

Según la ordenanza municipal, el dispositivo puede brindarse en los Centros Municipales de Distrito, en los Centros de Salud y Hospitales de dependencia municipal, así como también en instituciones educativas y organizaciones comunitarias y de la sociedad civil. Las consejerías estarán conformadas por un equipo interdisciplinario que lleve a cabo un trabajo integral (psicología, psicología social, trabajo social, sociología, antropología, derecho, educación, etc.).

¹³Recuperado de: <https://www.rosario.gob.ar/normativa/verArchivo?tipo=pdf&id=102599>

Luego del Fallo F.A.L de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, donde se desprenden las nuevas normativas para los equipos de salud y las actualizaciones de ordenanzas en el año 2015 y 2017, la ciudad de Rosario define la compra de Misoprostol en la Secretaría de Salud Pública para las prácticas de Interrupción Legal del Embarazo.

En el año 2016, se introduce la técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) para complementar la utilización de Misoprostol y seguir garantizando el acceso a las mujeres a la ILE.

3.2. Sistema de Salud Municipal

El sistema de Salud Pública de Rosario trabaja en red y se divide en tres niveles. El primer nivel está conformado por los Centros de Salud Municipales al día de la fecha hay 50 Centros de Salud distribuidos en los diferentes distritos con los que cuenta Rosario, Distrito Norte y Noroeste, Oeste, Este, Sur y Sudoeste y el Distrito Centro; además el Policlínico San Martín que es el centro de Atención Primaria de la Salud más grande de la ciudad, Cuenta con características diferentes al resto de los centros de salud porque tiene recursos de mayor complejidad y es centro de referencia de otros centros de salud de los distritos Oeste y Noroeste.

El Centro de Salud es el primer contacto que toman las personas con el sistema de salud público y donde se efectúan las primeras acciones de asistencia sanitaria. Sus servicios están adaptados a las necesidades de la comunidad de cada barrio en particular. En él se realizan actividades de prevención, promoción y educación de la salud, como así también de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La atención médica que se brinda comprende medicina generalista y clínica, pediatría, odontología, tocoginecología, psicología, enfermería, entre otras.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud, con la que intervienen y trabajan los Centros de Salud, tiene su origen a en la Declaración Internacional de Alma Ata, quien la define como:

“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y técnicas prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los

individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con el espíritu de auto responsabilidad y auto moderación. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.” (Declaración de Alma Ata, 1978)¹⁴.

El segundo nivel de atención está constituido por tres hospitales: “Dr. Roque Sáenz Peña”, “Intendente Gabriel Carrasco” y “Juan Bautista Alberdi”. Dentro del segundo nivel también se encuentra la Maternidad Martín, institución pública de la ciudad que efectúa el mayor número de partos anuales, y el CEMAR - Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias - que cuenta con un servicio de Internación domiciliaria pediátrica y de adultos.

Por último, el tercer nivel está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad con el Hospital de Niños “Víctor J. Vilela”, el Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez” (HECA), el Instituto de Rehabilitación (ILAR).

Es fundamental mencionar que, dentro de la jurisdicción de la ciudad de Rosario, nos encontramos con tres hospitales de dependencia Provincial, el Hospital Provincial de Rosario, el Hospital Provincial del Centenario y el Hospital de Niños Zona Norte.

Es importante explicar que el Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Hospital Provincial, del cual se desarrollará su funcionamiento y organización, intervenciones y prácticas en el siguiente apartado, más allá de que ediliciamente esté ubicado en la ciudad de Rosario, al ser de dependencia provincial, las intervenciones y prácticas que se llevan a cabo con respecto a la ILE, no se enmarcan en las legislaciones, normativas, ordenanzas y/o decretos municipales, sino que las mismas se respalda con las legislaciones y normativas provinciales, como así también con las adhesiones que realiza la Provincia de Santa Fe a las leyes nacionales.

¹⁴ Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_TA.pdf

Pero todas ellas, no importa el nivel estatal, nacen de los problemas que la sociedad padece como construcción social y cómo éstos influyen directamente en la formulación de las políticas públicas. Entendemos que este tipo de políticas se constituyen como herramientas fundamentales a la hora de realizar cualquier intervención como Trabajadoras Sociales. Por consiguiente, se sostiene, tal como lo plantea González Saibene, que “el trabajo social es una profesión centrada en la intervención de lo social desde las políticas públicas/políticas sociales, con el objetivo de modificar las situaciones particulares que aborda en su ejercicio cotidiano, situaciones atravesadas por conflictos en las relaciones sociales complejas de quienes las padecen”. (González Saibene, 2011: 247).

CAPÍTULO IV

4.1 Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva

El decreto nacional reglamentario N° 1.282/2003 de la mencionada ley N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, donde la Organización Mundial de la Salud define el derecho a la planificación familiar como: "un modo de pensar y vivir adoptado voluntariamente por individuos y parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, con el objeto de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así en forma eficaz al desarrollo del país." (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Se promueve la creación de Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva en los servicios de salud pública de todo el país posibilitando el acceso universal y gratuito a información y asesoramiento profesional. El dispositivo es definido como:

“una estrategia central de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva con perspectiva de derechos y género. Las consejerías y/o equipos de salud sexual y reproductiva, en un sentido amplio, constituyen un dispositivo que promueve la autonomía, la confidencialidad y el pensamiento crítico, donde se deben incorporar estrategias de capacitación, sensibilización y fortalecimiento para mejorar el acceso al sistema de salud y la calidad de la atención en los efectores de salud.”(Ministerio de Salud de la Nación, 2010).¹⁵

Es en este marco que en el 2010, El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable elaboró un documento de trabajo sobre una propuesta de diseño, organización e implementación de las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, como una estrategia central de promoción y prevención de la Salud Sexual y Reproductiva con perspectiva de derechos y género.

¹⁵Argentina. Ministerio de la Salud. Presidencia de la Nación. (2010) Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva Propuesta de diseño, organización e implementación.

“Entendiendo como enfoque de género al abordaje que tiene en cuenta las desigualdades existentes entre las personas por su género y su orientación sexual, producto de la persistencia de relaciones de poder y los mandatos sociales. Atender desde una perspectiva de derechos significa orientar la consulta hacia el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas usuarias”. (Documento de Consejerías de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Ministerios de Salud y Desarrollo Social, 2018).

A través de dicha propuesta se trata de reforzar los dispositivos con los que cuenta el sistema de salud, para “fomentar la participación social y comunitaria mediante una estrategia de promoción y mejoramiento de los estándares de acceso a la salud”¹⁶.

Las consejerías en salud sexual y reproductiva son herramientas institucionales que propician el acompañamiento con lxs usuarixs atendiendo cada subjetividad en pos de lograr tomas de decisiones autónomas. Se busca que el abordaje sea; multidisciplinario constituidas por un equipo de trabajo interdisciplinario (psicología, trabajo social, derecho, educación, etc.) con el fin de tener un acceso integral a la problemática, desde las distintas miradas.

Se plantea un abordaje que sea integral, ya que la mirada no se centra en una parte del cuerpo, como aparato reproductor, sino en la totalidad del sujetx, su historia de vida, necesidades, el contexto social, económico, cultural, familiar, es decir toda la realidad concreta y compleja que atraviesa a lxs sujetxs.

Esta herramienta implica también un gran cambio cultural dado que, así como en otros espacios, en el sistema de salud, el rol de la mujer está ligado al mandato de mujer madre, y las consejerías se proponen modificar el enfoque tradicional para centrarse en la autonomía de la mujer acerca de anticoncepción, embarazo, parto, interrupción del embarazo, ejercicio de la sexualidad, prácticas de cuidado, identidad sexual y de género entre otras. Se basa en el reconocimiento de la persona usuaria como sujetx de derechos y no como paciente enfermx, se basa en romper con el poder médico hegemónico instituido.

¹⁶ Ministerio de Salud de la Nación. Documento de trabajo: Consejerías en salud sexual y salud reproductiva 2010.

En los espacios de las consejerías, particularmente se resalta la práctica de ILE como el derecho de mayor importancia de los derechos reproductivos y el más importante para las mujeres, aquel que ampara la decisión de la mujer con respecto a su cuerpo. La interrupción legal del embarazo implica el derecho de decidir sobre el cuerpo, la vida y el mandato de la maternidad y al no acceder a procedimientos seguros, de calidad y gratuitos se constituye en una violación de los derechos humanos.

4.1.1. Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Hospital Provincial de Rosario

“Decidimos no llamarnos consejería o no nos promocionamos con ese nombre, si bien es un nombre que está muy instalado en el vocabulario o en el andar de lo popular de las mujeres o se entiende rápidamente que consejería tiene que ver con esto, porque bueno queremos correr de la cuestión de poder pensar a la salud desde un lugar más hegemónico, y que no se trata de un consejo ni de nada de eso, sino de garantizar derechos. Entonces bueno la idea es instalar la cuestión de la salud sexual y salud reproductiva y no reproductiva, como parte de la dinámica necesaria para que se vaya instalando.” (A. Z).

En el Hospital Provincial, de 3° nivel de atención y de dependencia del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, ubicado en la ciudad de Rosario sobre la calle L.N. ALEM 1450, entre las calles 9 de Julio y Zeballos; encontramos el Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

En Diciembre del 2015 comenzaron las primeras reuniones entre lxs profesionales y la dirección del Hospital Provincial de Rosario, para pensar el “cómo y el porqué” del equipo.

“Siempre hubo un abordaje de algún modo respecto a lo que es situaciones de interrupción legal del embarazo porque las mujeres abortan desde siempre, y siempre se fueron constituyendo distintas formas, (...) durante todo el 2015 ya hubo un intento del armado de un equipo para hacer el abordaje de ILE, digo 2015 teniendo en cuenta la fecha de referencia del año 2014 que es cuando empieza a generarse a nivel público lo que es la compra del misoprostol para

hacer los tratamientos farmacológicos, digo teniendo en cuenta esa referencia a la política o a la normativa a nivel provincial y local también”. (A. Z).

Finalmente, a principios del año 2016 se constituye Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva. *“Se instala el equipo en el Hospital a raíz del aumento de la demanda. Una vez más las mujeres somos las que instalamos a nivel agenda algunas cuestiones que debería haber sido atendidas y abordadas de la salud pública.” (A. Z).*

Si bien el Equipo aborda las situaciones de Interrupción Legal del Embarazo, no se piensa solo para llevar a cabo dicha práctica e intervención.

“Se pensó en la construcción de este equipo de salud sexual y salud reproductiva o por lo menos ese fue el intento inicial, de que se construyera un equipo más amplio que pudiera estar trabajando y abordando o tomando las situaciones que tengan que ver con la salud sexual en forma más integral, no solo para el abordaje interrupción legal del embarazo.

Obviamente que el abordaje interrupción legal del embarazo es lo que sobrepasó la situación y requiere de una constitución de un equipo mucho más fuerte, por eso se le dio más fortaleza para seguir apostando al trabajo del equipo para lo que es interrupción legal del embarazo que al funcionamiento de todo el resto del equipo, de todos modos hay personas referentes dentro del equipo de distintos espacios, como del espacio de ginecología, urología, ginecología pediátrica, etc. que son como referencias de este equipo más ampliado para tomar situaciones complejas que requieran cualquier tipo de intervención que tengan que ver con la salud sexual. ” (A. Z).

Con respecto al marco legal en el cual lxs profesionales del Equipo se apoyan para llevar adelante la práctica de ILE y las intervenciones, lo hacen a partir de la normativa y legislación expresado en el Código Penal en el Artículo 86, anteriormente desarrollado en el capítulo I.

“Esta es la legislación fuerte (con la que se respalda el HPR), que después se reafirma con el Fallo F.A.L., un fallo de la corte suprema de justicia, que justamente indica cómo debería ser interpretado y abordado este artículo 86 que habla justamente de cuando un aborto puede ser no punible, por eso en algún

momento teniendo en cuenta este artículo o las definiciones o las formas de enunciación de este artículo del Código Penal es que se saca un protocolo que es sobre ANP -Abortos No Punibles-, y después se fue cambiando, se le fueron haciendo reformulaciones hasta el último que fue en el año 2015 donde tiene el nombre Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la ILE.” (A. Z).

Las legislaciones y normativas de los tres niveles del estado, pero fundamentalmente las nacionales y provinciales, son herramientas que enmarcan las intervenciones en salud y se constituyen como soporte legal para el ejercicio de las prácticas profesionales.

El Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva, se organizan a través de dos consejerías, una refiere a primer trimestre de gestación y la otra al segundo trimestre:

“La Consejería de Primer trimestre funciona para la georeferencia del hospital, que tiene que ver con la zona que abarca: Bv. Oroño, Pellegrini y el río, para lo que es esa zona, la atención es de primer trimestre que es ambulatorio. El segundo trimestre son todos los centro de salud que derivan al Hospital Provincial, es decir todo lo que es el primer nivel de atención -APS-, son 13 centros de salud, de la Zona Sur y Sudoeste, más un centro de salud municipal que es el Champagnat y el centro de salud del Hospital que funciona dentro del Hospital Provincial, en el área de ginecología los Lunes a la tarde, todos esos centros de salud derivan a la consejería del segundo trimestre” (A. Z).

Ante lo dicho es fundamental remarcar que el Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva está enfocado en el abordaje principalmente de situaciones que requieran internación¹⁷ y de segundo trimestre. Teniendo en cuenta que es un hospital de tercer nivel de complejidad, se requiere dar respuestas a situaciones de salud que tengan que ver justamente con el abordaje de lo complejo.

El trabajo con el primer trimestre de embarazo surge cuando aparecen situaciones que por diferentes circunstancias no están referenciadas en el centro de salud. Son pacientes con obra

¹⁷Estas situaciones surgen cuando la situación de la mujer se enmarca en motivos clínicos y sociales que amerita por parte del equipo realizar un acompañamiento que no puede darse en lo ambulatorio.

social, mujeres no quieren o no pueden referenciarse con otro equipo. Por consiguiente, desde el HPR se terminan asumiendo dichas situaciones y se realizan intervenciones de acompañamiento. Es por esto que el Equipo amplía sus intervenciones incluyendo la Consejería de Primer Trimestre.

Podemos pensar lo antes dicho como estrategias de intervención que lxs profesionales desarrollan dentro de las consejerías para construir en función de las diferentes situaciones de vulnerabilidad que atraviesan a las mujeres y buscar producir mejoras en la calidad de vida de las mismas. Siguiendo a Faleiros “la construcción de estrategias de intervención favorecerá el proceso y proyecto de vida de lxs sujetxs que se acercan al dispositivo con el objetivo de que sean capaces de buscar por sí mismos lo que desean construir a partir de las fuerzas que disponen, y poder visualizar las oportunidades”. (Faleiros, 2003: 46).

Es importante mencionar que las Consejerías de Salud Sexual y Salud Reproductiva, están organizadas por la georeferencia. Las mujeres pueden consultar en cualquier centro de salud u hospital sobre la interrupción legal del embarazo -ILE-. Es fundamental destacar que serán derivadas a la consejería y/o equipo que corresponda según el domicilio.

En relación al trabajo con otras profesiones en el campo de la salud sexual y reproductiva al interior del Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva, puede señalarse que el mismo es multidisciplinario. Cabe señalar que el Equipo actualmente está compuesto por una Médica Generalista, una Licenciada en Trabajo Social y dos Psicólogas.

“Cuando intervenimos sobre problemas sociales no intervenimos solo sobre problemas sociales, intervenimos sobre el padecimiento que los mismos generan y esto implica un diálogo necesario entre las distintas disciplinas que intervienen. Se trata de articular conocimientos de los que se dispone en una u otra disciplina sobre diferentes dimensiones de la misma problemática. En cierto sentido, implica moverse desde una disciplina particular con su objeto y sus métodos propios a campos conceptuales diferentes para favorecer una articulación de prácticas sociales que den respuesta a las múltiples dimensiones de los problemas”. (Montaño, 2000: 118).

La Trabajadora Social entrevistada comenta que hay una necesidad de ampliar el equipo, sobre todo en la profesión médica debido a la gran demanda que se presenta.

“son muchas las situaciones que se vienen trabajado, en este tiempo de trabajo que tiene que ver con más o menos 2 años (del año 2016 al 2018) llevamos atendidas a más de 400 mujeres, entonces sin dudas es un trabajo importante, porque si bien como consejería estamos destinadas a la atención de segundo trimestre, estas 400 mujeres no son de segundo trimestre todas, hay un porcentaje muy alto que es más del 70% de mujeres que no están referenciadas con equipos del primer nivel de atención -APS- o que por distintos motivos no pueden llegar a su centro de salud de referencia para ser atendidas, eso hace que la atención, en lo que es la Consejería del Hospital, funcione con más gente”. (A. Z).

A partir de lo dicho en la entrevista por la profesional, cabe señalar que hoy día el equipo se encuentra debilitado en cuanto a la cantidad de profesionales. Una de las causas es que la provincia de Santa Fe cuenta con un gran porcentaje de objetores de conciencia. Esto imposibilita no sólo al equipo del HPR sino a todas las consejerías y equipos que trabajan con la Interrupción Legal del Embarazo.

Esto conlleva una sobrecarga profesional y una consecuente imposibilidad del abordaje inmediato, lo que lleva a que las prácticas e intervenciones, muchas veces, se encuentren demoradas.

Los tiempos de las mujeres que transitan un embarazo no deseado por distintas causas, inclusive siendo fruto de una violación, no coinciden con los tiempos institucionales, limitados por la gran demanda y la falta de personal de salud. Ello conlleva a que en muchas situaciones se recurra a la realización abortos clandestinos, no seguros.

Por lo tanto, se considera importante el acompañamiento y contención por parte de los equipos y las consejerías desde el momento en que cada mujer se acerca al Hospital o Centro de Salud y durante la espera hasta concretar la ILE.

Es fundamental que quienes son objetorxs de conciencia se ajusten a los marcos legislativos que respaldan la práctica de ILE como Derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo.

4.2. La intervención del Trabajo Social en el Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Hospital Provincial de Rosario

Retomando a González-Saibene “la intervención profesional se plantea “como el acercamiento a los fenómenos (o las situaciones) que constituyen un problema (o conflicto) para los sujetos, guiados por el objetivo de la modificación (o resolución, o transformación...) de la situación.” (González-Saibene, 2014: 27).

Es importante tener en cuenta lo que Carballeda denomina escenarios de intervención.

“Los escenarios son ese espacio cuya conformación trasciende límites predeterminados y generan diversas situaciones de diálogo entre territorio y contexto, es el espacio microsocioal 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 presentaciones 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”. (Carballeda, 2005: 80).

En este trabajo en particular, el escenario de las intervenciones con respecto a la ILE, es el Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva del HPR.

“El rol del trabajo social dentro del equipo tiene que ver fundamentalmente con el trabajo interdisciplinario, creo que es lo más importante. Estamos hablando de poder hacer una articulación entre las tres disciplinas que formamos parte del equipo y poder hacer una construcción desde cada situación en particular que surge. El rol del trabajo social tiene que ver con acoplarse a un rol interdisciplinario, la función entonces del trabajo social tiene que ver fuertemente con poder aportar y pensar los procesos de salud de las mujeres que solicitan una ILE, desde un enfoque que no tenga ver con lo biológico”. (A.Z)

“El 90% de las situaciones con las que nos enfrentamos no son situaciones que merecen un tratamiento simple a la hora de pensar porque está solicitando una interrupción, y mucho menos cuando estamos hablando de elaborar un causal para una persona gestante del segundo trimestre. Nosotras no inventamos la causal, la causal la pone la mujer, es decir la mujer es quien puede explicar cuáles son las causas sociales, es decir cuáles son todos los motivos de su vida que hace a que ella no pueda seguir gestando, entonces creo que la intervención fundamental y el rol que cumple acá el trabajo social dentro del equipo es poder brindarle a las compañeras las herramientas para poder pensar cuestiones de salud que estén por fuera de lo biológico”. (A.Z)

En palabras de Cazzaniga se entiende que “la intervención no es un episodio natural sino una construcción artificial de un espacio-tiempo, de un momento que se construye desde la perspectiva de diferentes actores”. (Cazzaniga, 2011: 1).

Como se ha mencionado anteriormente, en el mismo participan activamente tres profesiones que llevan a cabo las intervenciones desde un trabajo interdisciplinario. Siguiendo a Cazzaniga “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 duales 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: 07).

Se destaca el Trabajo Social en las situaciones atravesadas por la complejidad en términos económicos, sociales y culturales, como así también en el acompañamiento a la mujer y su entorno en el proceso de la ILE.

“Hay situaciones que tienen que ver con poder explicar cuestiones sociales que hacen que las mujeres no puedan seguir adelante con su gestación y a esto me refiero a una multidisciplinariedad de factores que tienen que ver con lo económico, con la cotidianeidad de su vida, con historizar el proceso de vida de

esa mujer, de porque llegó a solicitar una ILE, me parece que esos son los aportes fundamentales, la construcción de un causal que tenga el abanico de posibilidades de poder pensar no solamente en lo orgánico sino justamente en lo psicosocial, en lo psico como más el aporte de las compañeras del área de psicología y desde el trabajo social poder hacer el aporte respecto a la cuestión social, vincular, de porque esa mujer solicita una interrupción”.

“También tiene que ver con algo que es parte de nuestra disciplina, que es poder elaborar un escrito un informe sobre la evaluación que hacemos respecto de lo social de la mujer, poder hacer un informe desde ahí. El informe también es interdisciplinario no lo hace solo trabajo social, también creo que el rol fundamental es a la hora de poder dialogar en un marco menos orgánico por decirlo de algún modo, porque muchas veces las palabras que utilizan los médicos y las médicas es bastante complicado de transmitir y comprender, a veces la explicación desde un terrero de salud que no tenga que ver con lo con biológico puede ser bastante más acertado para que la mujer pueda comprender en términos claro de que se trata un interrupción. Por otro lado me parece que otro aporte específico del trabajo social tiene que ver con el seguimiento el conectar a esa mujer con su centro de salud referenciarla para que tenga un control, que esto es muy difícil con la mujeres que trabajamos que tienen cobertura y/o obra social porque no tienen donde referenciarse, muchas veces me contacte con tocoginecólogos/as del ámbito de lo privado si fuera necesario, cuando vemos que es una situación que no responde a la cuestión del seguimiento”. (A.L)

A modo de cierre podemos decir que la intervención del Trabajo Social dentro del Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva del HPR, si bien son intervenciones enmarcadas en el trabajo interdisciplinario, el trabajo social refiere a la cuestión de la derivación de la mujer a su efector de salud de georeferencia para que continúe los controles en el mismo, una vez concluida la práctica de la ILE, ya sea la misma ambulatoria o de internación. Desde el trabajo social se trata de instalar un seguimiento de salud integral en las situaciones que aborda, y que no implique para la mujer solo hacerse una ILE.

Se puede pensar a estas intervenciones, como estrategias de intervención del Trabajo Social dentro del equipo que va construyendo en función de las diferentes situaciones que atraviesan a las mujeres y con el fin de producir mejoras en la calidad de vida de las mismas. En términos de González-Saibene la intervención profesional “Es una dimensión de la práctica social, de aquella acción, de aquel ejercicio que se manifiesta concretamente en una situación específica a efectos de darle solución -acción y efecto de disolver, manera de resolver una dificultad, desenlace de un asunto-, colaborar en su resolución -solución, decisión-, favorecer su superación -vencer, dejar atrás, hacer las cosas mejor que otras veces-.” (González-Saibene, 2014: 26).

Asimismo, el accionar particular del Trabajo Social es indagar el entramado que subyace en el contexto que atraviesan las mujeres que llegan por una ILE. Siguiendo a Faleiros “la intervención es un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias en ese otro en el cual se interviene, por lo cual es preciso realizar una articulación combinada entre mediaciones de trayectorias y estrategias de acción de diferentes actores que se entrecruzan en una conjunción de saberes y poderes”. (Faleiros, 2003: 70).

Es de suma importancia que se “encuentre” al Trabajo Social en espacios ocupados tradicionalmente por la medicina hegemónica, esto quiere decir que como profesión pudimos romper ciertas barreras e insertar nuevos campos a la práctica profesional. En palabras de Montaña:

“una profesión existe en tanto pueda aportar elementos para la satisfacción de determinadas demandas, para la solución de ciertas problemáticas; y sólo podría mantenerse dentro de la división socio-técnica del trabajo en tanto pueda captar e interpretar situaciones y fenómenos emergentes, estudiarlos e investigarlos, valiéndose de todos los conocimientos y campos del saber que le sean necesarios, y elaborando propuestas de intervención que contribuyan para su solución”. (Montaña, 2000: 240).

REFLEXIONES FINALES

En esta tesina se planteó como objetivo general analizar la intervención del Trabajo Social en el Equipo de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Provincial de Rosario, desde el momento de su aplicación en el efector, a partir del año 2016.

El análisis de dicho objetivo permitió tomar conocimiento de prácticas que están invisibilizadas en nuestra ciudad, como la existencia de Equipos y Consejerías de Salud Sexual y Salud Reproductiva en distintos centros de salud y hospitales públicos de diferentes niveles de atención, que brindan a todas las mujeres espacios amigables, de contención y acompañamiento ante la búsqueda de libertad y autonomía del cuerpo.

Se reconoce que el trabajo realizado por lxs profesionales del Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Hospital Provincial de Rosario, se desarrolla en una lucha constante, en el sentido más literal del concepto, por garantizar los Derechos de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Sin embargo, es necesaria una mirada institucional más comprometida que acompañe la labor de lxs profesionales de la salud garantizando el cumplimiento de las normativas y legislaciones vigentes, como es el caso del Protocolo para la Atención Integral de las personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo.

Encontramos en este contexto profesionales que se niegan a realizar interrupciones legales de embarazos, lxs mismxs no lo hacen desde el desconocimiento a la hora de realizar y/o acompañar dichas prácticas, sino que son un reflejo del poder de control sobre el cuerpo de la mujer y por lo tanto de la libertad de decisión de las mismas. Tiene que ver con el orden patriarcal que plantea que la mujer por naturaleza debe ser madre, y por consiguiente el derecho al aborto modificaría dicha estructura.

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 la sexualidad, como vivirla, como cuidar el cuerpo (por ejemplo si desea usar o no los anticonceptivos).

Sin embargo, hoy podemos afirmar que el posicionamiento de salud vigente es el médico-hegemónico, por lo tanto se niega el derecho a la autonomía y libertad, poniendo en jaque así el abordaje en salud integral para cualquier sujeto de atención. Es por esto que el paradigma biologicista sobre el cuerpo de la mujer sigue aún hoy vigente, sin poder romper con las pautas culturales impuestas, al considerar la procreación como mandato a cumplir, sin dejar espacio a que la misma debe ser un mero deseo y decisión de la mujer.

Se desarrolló un escrito donde se puede observar como desde el marco legal y la voluntad política, se contextualizan incansables luchas del movimiento feminista y lxs diversos actores y actrices de la sociedad que participan en ellas. Esto sostiene las bases para alcanzar lo que hoy se puede decir como una de las tantas “*deudas de la democracia*”¹⁸. Al decir esto hacemos referencia, que aún la conquista de la libertad y autonomía del cuerpo de la mujer - lo que eliminaría la diferencia entre las mujeres con recursos simbólicos, económicos, culturales y sociales para ejercer su sexualidad y reproducción libremente, de aquellas que deben hacerlo en la clandestinidad poniendo en riesgo su vida- no se ha efectivizado.

Por otra parte, la formación en Trabajo Social nos prepara para el trabajo en equipo y es imprescindible que en el ejercicio cotidiano de la profesión haya un fortalecimiento del trabajo interdisciplinario con el fin de garantizar derechos de forma integral con el horizonte de Equidad y Justicia Social.

Se pudo analizar también, que el trabajo en el Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva del HPR es interdisciplinario lo que posibilita la construcción de estrategias de intervención a partir de un abordaje integral, que incluye lo biológico, pero también incorpora lo social. Se reconoce el compromiso y la voluntad del HPR a la hora de facilitar los medios y recursos para favorecer la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos, garantizando los mismos a través de recursos materiales: entrega de anticonceptivos, misoprostol, como así también los elementos necesarios para cuando la ILE requiere de una internación.

Este escenario actual en el que se desarrollan las intervenciones, es cambiante y complejo, nos enfrentamos cotidianamente con limitaciones y obstáculos que interpelan sin dudas nuestra práctica. La complejización de los problemas sociales, el ajuste por parte del gobierno

¹⁸ Cursiva y comillas mías.

nacional en presupuesto para los programas de salud, la falta de recursos concretamente en el Hospital Provincial de Rosario, las precarias o nulas condiciones edilicias y una innumerable lista de limitaciones, nos enfrentan con los rostros excluidxs del sistema de salud.

A partir de la NO sanción de la Ley Interrupción Voluntaria del Embarazo -IVE- el 8 de agosto del 2018, se puede visualizar un quiebre en lo que respecta al posicionamiento institucional con respecto a la ILE. La NO sanción a la Ley establece lineamientos más estrictos y restrictivos a las prácticas e intervenciones; se hace énfasis en exigir mayor rigurosidad a la hora de establecer las causales.

Lo mencionado previamente, constituye un punto de inflexión a la hora de armar las causales para dar inicio al proceso de la ILE. Si bien la mayoría de las causales para concretar la práctica e intervención de una ILE se conforma a partir del relato de las mujeres como primera instancia, luego de agosto de 2018, no todos los discursos son considerados suficientes para dar sustento sólido a una intervención de este tipo. Ante la presencia de estas situaciones, desde el equipo se trabaja en conjunto con la mujer, a través del acompañamiento y el asesoramiento, para que los motivos de la ILE se construyan, se expresen y sean comprendidos desde una mirada integral de salud que contemple decisiones autónomas de las mujeres respecto a continuar o no con el embarazo.

Como Trabajadorxs Sociales participante en este y otros espacios similares, nos mandata estar atentxs y cuidadosxs, para evitar que nuestras intervenciones -que algunas veces suelen ser limitadas por motivos que dependen de la dinámica del propio efector- sean azarosas, sin sentido y plenamente ideológicas. En este sentido, creemos que es fundamental que la intervención del Trabajo Social, se constituya plenamente en una práctica profesional. Hacemos referencia a esto, debido a que, como profesionales del campo de la salud, debemos garantizar el acceso a la información, prevención y atención, sin importar el estrato social al cual pertenece la mujer, pero sí teniendo bien en claro cómo funcionan los equipos y consejerías, y por supuesto el Protocolo ILE.

Por otra parte, si bien nuestro país cuenta con un marco legal con respecto a la ILE, cabe mencionar que al no ser una ley sino un protocolo, el mismo queda a disposición de cada provincia para ser aplicado o no. En este sentido, reconocemos que la provincia de Santa Fe es una de las provincias que supo ser pionera y modelo en la aplicación del Protocolo ILE. No

obstante, reafirmamos que el 08 de agosto de 2018, marcó un punto de quiebre en la aplicación de la política. Es a partir de esta fecha que dicha provincia reorganiza el trabajo de las intervenciones y las prácticas ILEs, poniendo restricciones y limitaciones con mayor énfasis.

Nosotrxs sostenemos que el Protocolo ILE debería ser aplicado en todas las provincias del país sin impedimento alguno, o dicho con firmeza debería ser LEY para que condicione a las provincias a adherir a la jurisprudencia nacional. Como esto aún no ocurre, ciertos gobiernos provinciales impiden la práctica ILE. Si bien las políticas se basan en el principio de igualdad de oportunidades y de acceso, algunos gobernantes parecen estar fuera de esta realidad.

Desde el año 2012, a partir de que la provincia de Santa Fe adhiere al Protocolo ILE, no se registraron muertes por abortos clandestinos. Si bien no se pudo acceder a datos oficiales para poder mencionar la cantidad de ILEs realizadas por año en la provincia, obtuvimos datos (no oficiales, pero sí con cierta legitimidad) a partir de la información recolectada en la entrevista a la trabajadora social del HPR. Es por esto, que dichos datos sólo serán con los que cuenta el Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Hospital.

Desde el año 2016 a fines del año 2018, fueron atendidas en el HPR 400 mujeres para la realización de la ILE, de las cuales el 70% son atendidas en el mismo Hospital, porque no están georeferenciadas en algún Centro de Salud, o porque por diferentes motivos no llegan al mismo. Este porcentaje también se replica en mujeres con obras sociales, y de éstas 400 mujeres, entre 80 y 100 son de segundo trimestre de gestación.

El año 2018 vuelve a instalar en la sociedad y en la agenda de gobierno la discusión para que el aborto sea legal. Es aquí donde el movimiento feminista y de mujeres, con un mayor auge expande el conocimiento acerca del Protocolo ILE, como así también el reconocimiento de lugares como consejerías y equipos de salud sexual y salud reproductiva, para que las mujeres podamos acceder a la atención, promoción y prevención de nuestra salud integral, como derecho fundamental e inherente a toda ser humanx.

Por último, es importante mencionar que nuestra profesión se encuentra enmarcada en la Ley N° 26.072 y también en diferentes marcos normativos provinciales, las incumbencias profesionales se basan en la defensa y promoción de los Derechos Humanos y Sociales, y que

sin duda el Trabajo Social ha luchado y lo sigue haciendo por el reconocimiento y efectivización de los mismos. Entonces nuestras intervenciones se deben direccionar para garantizar el derecho a la asistencia y prácticas de salud segura. También es imprescindible que en el ejercicio cotidiano de la profesión haya un fortalecimiento del trabajo interdisciplinario con el fin de garantizar derechos de forma integral con el horizonte de Equidad y Justicia Social. Creemos además que es fundamental realizar desde el estudiantado, aportes que permitan continuar trabajando, pensando y repensando las estrategias de intervención profesional desde el Trabajo Social en la salud sexual y la salud reproductiva.

Como estudiante de trabajo social y militante feminista, me remito a reflexiones y escritos que fueron llevados a cabo por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito y que arrojan datos y estadísticas imposibles de obviar. En Argentina se calcula que alrededor de 500 mil mujeres recurren cada año al aborto inseguro y clandestino, mostrando cómo la penalización NO impide su práctica, sino por el contrario, la hace más peligrosa. El aborto es parte de la cotidianeidad de medio millón de mujeres que año a año desoyen mandatos sobre sus cuerpos y sus vidas, trayendo al escenario público un tema crucial: “¡La maternidad será deseada o no será!”.

Despenalizar y legalizar el aborto es admitir que no hay una única manera válida de enfrentar el dilema ético que supone un embarazo no deseado; reconocer la dignidad, la plena autoridad, la capacidad y el derecho de las mujeres para resolver estos dilemas y dirigir sus vidas; y aceptar que el derecho a decidir sobre el propio cuerpo es un derecho personalísimo ya que éste es el primer territorio de ciudadanía de toda ser humanx.

La defensa del derecho al aborto es una causa justa en razón de su contenido democrático y de justicia social, que busca asegurar el goce de los derechos humanos a las mujeres, HOY privadas de ellos. Trabajar por el derecho al aborto en razón de justicia social, es reconocer que en el contexto latinoamericano, sumido en la desigualdad social, son las mujeres de bajos recursos económicos y de información las que sufren o mueren por abortos realizados en la inseguridad y clandestinidad, que son excluidas también de otros bienes culturales y materiales.

Con esto no queremos afirmar que sólo las mujeres pobres son las que abortan. Desde el Trabajo Social, no podemos permitir estigmatizar a la pobreza y por ende a las mujeres pobres. Lo que queremos dejar claro es que no se niega que la ilegalidad del aborto da lugar a prácticas diferenciadas según la condición socioeconómica de la mujer y a la falta de capital simbólico y de información a la que estas tengan acceso o no. Sí es importante dejar asentado que todas las mujeres sean cual fuere su condición social, abortan. Podemos coincidir que muchas de ellas por tener otros recursos económicos como así también la información suficiente para no incurrir en un “embarazo no deseado”, también llegan al sistema de salud pública y/o privada, interrumpiendo así sus embarazos, pero en este caso en condiciones seguras.

Todas las mujeres tenemos derecho a vivir una vida plena y sin violencia: la prohibición del aborto y la falta de acceso a procedimientos seguros, de calidad y gratuitos constituye una violación a los derechos humanos de todo nuestro colectivo. Desde nuestra profesión la cual se caracteriza por la construcción permanente de ciudadanía, de sujetxs de pleno derecho, es necesario que empiece a discutir con total claridad, conocimiento y ética profesional como se debe garantizar a TODAS las mujeres el derecho a decidir sobre su cuerpo, es decir a construir la libertad por la cual estamos luchando.

Hoy, nos inspira la necesidad de un estado laico, para que las políticas públicas contemplen las realidades de todas las ciudadanas y para que las directivas de las iglesias no deban ser colocadas por encima del derecho a la autonomía y libre decisión de las mujeres y personas gestantes, incluso cuando esas decisiones se vinculan a la sexualidad o reproducción humana. Proponemos una ley que autorice, y no que obligue. Y creo que Trabajo Social no puede estar ajeno a esta lucha. Este es mi compromiso, por ello trabajaré.

NO queremos ni una sola muerta más por abortos clandestinos.-

BIBLIOGRAFÍA

AMELOTTI, Florencia y FERNÁNDEZ VENTURA, Nadia, (2012), “Estrategias de intervención del Trabajo Social en salud a nivel Interinstitucional”. En: *Revista Margen*, N°66.

ÁVILA, María, (1999), “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.

ARCHIMENDI, Susana, (2014), “Consejería en Salud Sexual. Una mirada desde el Trabajo Social” en Papelógrafo. Boletín del Colegio de Profesionales de Trabajo Social 2° Circunscripción. Santa Fe. Año 2, N°4.

BELLUCCI, Mabel, (2014), *Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo*. Buenos Aires: Capital Intelectual.

BOSCHETTI, Silvina, GIAMPAOLI, Georgina, (2016), “Aborto. Aportes para una reflexión desde el Ejercicio Profesional”. Ponencia presentada en XXVII Congreso Nacional de Trabajo Social, sobre “*Ejercicio profesional en el marco de la Ley Federal. Proyectos socio-profesionales en debate*”. San Juan, 20 al 22 de Octubre del 2016.

Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, (2018), Disponible en: <http://www.abortolegal.com.ar/>

CARBALLEDA, Alfredo, (2008), “La intervención en lo social y las problemáticas sociales complejas: Los escenarios actuales del Trabajo Social”. En: *Revista Margen*, N° 48.

CARBALLEDA, Alfredo. (2005). “Los escenarios de la intervención. Una mirada metodológica”. En CARBALLEDA, Alfredo. *Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de exclusión y el desencanto*. Buenos Aires: Paidós.

CAZZANIGA, Susana. (2001), “El abordaje desde la singularidad”. En: Revista desde el fondo. UNR.

CAZZANIGA, Susana, (2001), “Trabajo Social e interdisciplina: La cuestión de los equipos de salud”. En CAZZANIGA, Susana. (dir.) *Hilos y nudos*. Buenos Aires: Espacio.

Código Penal de la Nación. (1921), Buenos Aires, Argentina.

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Naciones Unidas. El Cairo (1994), *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.

Código Civil y Comercial (2015), Título II de las personas de existencia de las personas visibles. Art. 61

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Naciones Unidas. El Cairo (1994), *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.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de las Naciones Unidas (CEDAW). (1979), “Artículo 16-E”. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>).

Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina. (2012), *FALLO F.A.L.* Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2012_Sentencia_Corte_Suprema_FAL.pdf

Declaración ALMA ATA, (1978).

FALEIROS, Vicente, (2003), *Articulación estratégica e intervención profesional. En Estrategias de Empowerment en Trabajo Social*. Buenos Aires: LUMEN.

GIAMPAOLI, Georgina, (2010), “La Legalización del Aborto en Argentina”. Tesina de Grado.

GOMEZ, Pío Iván; OIZEROVICH, Silvia y JEFFERSON, (2010), *Luz. Propuesta de contenidos en Salud Sexual y Reproductiva para incorporar en currículos de Pre y Posgrado*. Lima: FLASOG.

GONZÁLEZ SAIBENE, Alicia. (2014). “Acerca de la Intervención”. En: *RUMBOS TS*, N° 11.

GONZÁLEZ SAIBENE, Alicia. (2005). “La formación continua en Trabajo Social” En: *Cátedra Paralela*, N°2. 21.

GONZÁLEZ SAIBENE, Alicia. (2014). Las tesis de posgrado. estrategias/condiciones de posibilidad para la construcción disciplinar. En CAZZANIGA, Susana (dir.), *Derechos, Políticas Sociales y Problemáticas contemporáneas. debates desde Trabajo Social*. Paraná: Eduner.

GONZÁLEZ SAIBENE, Alicia.(2011). “Una lectura epistemológica del Trabajo Social”. En: *Revista TEMAS Y DEBATES*, N° 1, Julio/Diciembre de 1996, Rosario: Universidad Nacional de Rosario, 111 a 128.

GUZZETTI, Lorena, (2012), “La Perspectiva de Género. Aportes para el ejercicio profesional” en *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*. Año 2. N°4.

JIMENÉZ, Carlos Andrés, (2009), “Innovaciones en la gestión local en salud: una aproximación desde el caso de la Municipalidad de Rosario en el período 1995-2000”. En: *Salud colectiva*. N° 5. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652009000200005&script=sci_arttext

KARZ, Saul, (2007), “¿Es posible, es necesario definir el trabajo social?”. En: KARZS, Saul (Coord.) *Problematizar el Trabajo Social. Definición, figuras, clínica*. Barcelona: GEDISA. S.A.

LEVIN, Silvia, (2010), “Derechos al Revés: ¿Es salud sexual y salud reproductiva sin libertad?. Buenos Aires: Espacios.

Ley N° 24.632, (1996), *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer*. Convención Belén Do Pará. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/3500039999/36208/norma.htm>.

Ley N° 25.673, (2002), *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/7500079999/79831/norma.htm>.

Ley N° 11.888, (2001), *Programa Provincial -Santa Fe- de Salud Sexual y Procreación Responsable*. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/139262>

Ministerio de Salud Nacional, (2013), “Derechos sexuales y derechos reproductivos. Leyes que reconocen tus derechos”. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000677cnt-Leyes-que-reconocen-tus-derechos.pdf>).

Ministerio de Salud de la Nación, (2010), *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles*. Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación, (2015), *Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo*. Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación, (2010), “Documento de trabajo: Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Propuesta de diseño, organización y implementación”. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Consejerias_25072011.pdf).

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. (2018). *Red de atención en salud integral y universal*. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560>

MONTAÑO, Carlos, (2000), *La naturaleza del servicio social*. Brasil: Cortez Editora.

Normativas, Decretos y Ordenanzas de la Provincia de Santa Fe. [En línea diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.santafeciudad.gov.ar/normativa.html>

Organización Mundial de la Salud. (2013).

Ordenanzas y Decretos de la Municipalidad de Rosario:

- Ordenanza N° 4367. Año 1988.
- Ordenanza N° 6244. Año 1996.
- Ordenanza N° 7282. Año 2002
- Ordenanza N° 8027. Año 2006.
- Ordenanza N° 8456. Año 2009.
- Ordenanza N° 9310. Año 2014.
- Ordenanza N° 8186. Año 2007.
- Decreto N° 22551. Año 2003.
- Decreto N° 26865. Año 2005.
- Decreto N° 38652. Año 2012.

Disponible en: <https://www.rosario.gob.ar/mr/normativa/otras-normas/ordenanzas>

ROZAS PAGAZA, Margarita, (2001), *La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.

ROZAS PAGAZA, Margarita. (2001), *La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.

ROZAS PAGAZA, Margarita, (2014), “Reinscribir la relación de la intervención profesional en Trabajo Social, la cuestión social y las políticas sociales”. En: Revista Universidad *La Salle*. 22 de junio de 2016. Disponible en: <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/te/article/view/3462>.

Salud Pública Rosario. [En línea Enero de 2019]. Disponible en: <https://www.rosario.gob.ar/web/servicios/salud>

SAMPIERI, Roberto, (2010), “Metodología de la Investigación”. México: Educación.

SAUTU, Ruth, (2005), La construcción del marco teórico en la investigación social. En: Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y

elección de la metodología. CLACSO, Colección Campus Virtual. Buenos Aires. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/metodo/RSCapitulo1.pdf>

SEPLIARSKY, Paula; MARTINO, Silvana, (2006), “La crítica, un lugar epistémico para la Intervención del Trabajo Social: Reflexión a partir de un caso” En: *Cátedra Paralela*. N° 3, 74-75.

TAYLOR, Steven y BOGDAN, Robert, (1992), *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*, España: Paidós.

TEPPAZ, Daniel, (2007), *Anticoncepción de emergencia en Derechos Sexuales y Reproductivos. Jornadas de Capacitación de Equipos de Salud. Conferencias y debates*. Rosario: UNR Editora.

VARELA, Nuria. (2005), *Feminismo para principiantes*. España: Barcelona Ediciones.

VASILACHIS DE GIALDINO, Irene. (2006), “La investigación cualitativa” en Vasilachis De Gialdino I. (coord.), Ameigeiras A.R., Chernobilsky L.B, Giménez Béliveau V., Mallimimaci F., Mendazaball N., ... Soneria A.J. *Estrategias de Investigación Cualitativa. Herramientas Universitarias*. Barcelona: Gedisa.