

Recuperando voces

Experiencias de intervenciones
en aborto desde el Trabajo Social



Recuperando voces : experiencias de intervenciones en aborto desde el Trabajo Social / Susana Arminchiardi ... [et al.] ; Coordinación general de Facundo Martín Zamarreño ... [et al.] ; Prólogo de María Eugenia Hermida. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2024.

Libro digital, PDF

Archivo Digital disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4792>

ISBN 978-631-90872-0-8

1. Aborto. 2. Trabajo Social. 3. Salud Pública. I. Arminchiardi, Susana II. Zamarreño, Facundo Martín , coord. III. Hermida, María Eugenia, prolog.

CDD 304.667

Cita sugerida: Arminchiardi S, Zorzoli A, Lorea MV...[et al.] Recuperando voces : experiencias de intervenciones en aborto desde el Trabajo Social. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2024. Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4792>

Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4792>

Equipo de trabajo:

Coordinación: Susana Arminchiardi, Alejandra Zorzoli, María Verónica Lorea y Facundo Martín Zamarreño

Prólogo: María Eugenia Hermida

Edición: Marina Caporale

Revisión general: Natalia Gherardi

ISBN 978-631-90872-0-8



9 786319 087208

Índice

Introducción	5
Susana Arminchiardi, Alejandra Zorzoli, María Verónica Lorea y Facundo Martín Zamarreño	
Prólogo	7
María Eugenia Hermida	
De denuncias internacionales a la calidad de atención en aborto: las estrategias del trabajo social para la transformación del Hospital San Martín de La Plata	21
Andrea Barcaglioni y Mercedes Contreras	
Acompañamiento desde el trabajo social en procesos de IVE-ILE	30
María Selene Mira	
Aborto legal, seguro y gratuito: una experiencia de intervención desde el Centro de Salud “Mauricio Casal”	36
Jorgelina Luz María Schmidt	
El aborto como “problema de salud pública”. Experiencias post sanción de la Ley N° 27.610 en Villa Mercedes, San Luis	42
Ariel Sanabria	
Experiencias de intervención del trabajo social en el acceso al aborto y posaborto	48
Rosana María Schnorr	
Experiencias de la Cátedra abierta “El aborto desde un abordaje social, de derechos humanos y de salud integral” de la Facultad de Trabajo Social de la UNER	51
Nadia Ahumada, Rita Gimena Bacci, Carina Carmody, Alicia Genolet y Luciana Duarte	
Experiencias de intervención del trabajo social en el acceso al aborto y posaborto en el Hospital “Dr. Segundo Taladriz”	57
Yanina Pamela Arteaga	

Algunos antecedentes y breve caracterización de la comunidad, el hospital y el consultorio no objetor que integro	62
Paula Cattaneo	
Espacios de consejería en salud sexual y reproductiva en la ciudad de Venado Tuerto, Santa Fe	66
Agustina Biaggi Russi, Agustina Rosas y Estefanía Greco	
Experiencias del Consultorio Interdisciplinario de Salud Sexual Integral del Hospital “Bocalandro”	71
Myriam Monzón	
Experiencia de intervención del trabajo social en el acceso al aborto y posaborto en el Hospital SAMCo “Dr. Ricardo Nanzer”	76
Ivón Burchardt	
Aportes del trabajo social en la conformación de un equipo que garantice el acceso al aborto seguro	84
Inés Beláustegui y Silvina Fleita	
Experiencia de intervención en el abordaje del aborto desde el trabajo social en un hospital de tercer nivel de complejidad	91
Alejandra Zorzoli	
IVE-ILE: la experiencia desde un servicio social de un hospital público del conurbano bonaerense	99
María Fernanda Gómez y María de Lourdes Zarza	
Trabajo social y aborto. Una mirada retrospectiva y actualizada desde un hospital de tercer nivel de la provincia de Santa Fe	104
Marcela Schneider	



Introducción

Susana Arminchiardi

Alejandra Zorzoli

Co-coordinadoras del Grupo de Trabajo Social de REDAAS

María Verónica Lorea

*Presidenta del Colegio de Profesionales de Trabajo Social
de la 2da Circunscripción de la Provincia de Santa Fe*

Facundo Martín Zamarreño

*Comisión de Género del Colegio de Profesionales de Trabajo Social
de la 2da Circunscripción de la Provincia de Santa Fe*

Tenemos una corta historia como grupo de profesionales de trabajo social en la Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS): dimos los primeros pasos en diciembre de 2020. Desde un inicio apostamos con convicción al diseño de un andamiaje con perspectiva federal, por lo que intentamos ir acumulando y propagando voces de diferentes territorios, siempre teniendo presentes los múltiples y diversos contextos, compartiendo vivencias, historias y recorridos transitados, con la meta fundamental de dar cuerpo a un dispositivo que nos permita fortalecer el trabajo diario.

Al pensar en esta publicación nos propusimos crear las condiciones necesarias para generar una pausa que nos permitiera pensar colectivamente y nutrirnos a partir de la recuperación crítico-reflexiva de experiencias de intervención desde el trabajo social en la interrupción legal del embarazo (ILE) y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Estos escritos reúnen no solo prácticas sino también posicionamientos ético-políticos que nos constituyen como profesión y cuyos principios están cimentados en la justicia social y la defensa de los derechos humanos. Entendemos, tal como plantea Zamarreño (2024), que en cada palabra que compone a los diferentes enunciados se producen sentidos, y que la escritura de este tipo de narrativas no se constituye como tal a partir de una descripción sin intencionalidad, sino que es un acto político en sí mismo.

Predomina en cada uno de estos escritos una mirada integral que da cuenta de la complejidad y multidimensionalidad de las situaciones que atraviesan las mujeres y personas con capacidad de gestar, así como también de los desafíos, las tensiones, los infortunios y las potencialidades de instituciones y profesionales partícipes en diferentes ámbitos.

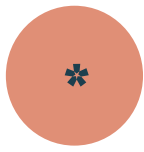
Algunas producciones se remiten a abordajes en poblaciones pequeñas, otras en poblaciones intermedias y también hay registros de experiencias desarrolladas en

grandes ciudades. Los anclajes laborales varían entre centros de atención primaria de la salud (CAPS), hospitales de distintos niveles de atención, espacios del campo comunitario y espacios del ámbito académico, dando cuenta de la riqueza disciplinar en la temática.

Nos complace invitar a recorrer los diferentes artículos con el anhelo de que su lectura sea enriquecedora para nuestras prácticas y posibilite fortalecer las estrategias de lucha, resistencia colectiva y feminista que tanta enseñanza nos han dejado a lo largo de la historia.

Referencias

Zamarreño, F. (2024). Informar lo social, escribir lo sexual. Apuntes sobre el carácter político-performativo de los informes sociales. En W. Giribuela (Coord.), *El informe social como intervención profesional. Una mirada desde la perspectiva ética* (pp. 139-163). La Hendija.



Prólogo

María Eugenia Hermida

En pocos días se cumplirá un año de aquel 22 de septiembre de 2023 en el que profesionales de trabajo social de diferentes provincias del país se reunieron en la Ciudad de Buenos Aires (CABA) gracias a la convocatoria de REDAAS y del Colegio de Profesionales de Trabajo Social de la 2da Circunscripción de la Provincia de Santa Fe para intercambiar experiencias de este colectivo profesional sobre la implementación de la Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

Se cumple entonces un año desde aquella ronda que aún sigue siendo usina. Un año en el que nuestro país se vio atravesado por múltiples y muy profundas modificaciones en el plano estatal, producto de un exacerbado giro a la derecha oficiado por un gobierno que desde diciembre de 2023 está a cargo de la gestión del Estado nación y que opera implementando un plan neoliberal que en lo material supone un ajuste y restricción de la inversión social, a la vez que en lo simbólico propicia y legitima lo que Ferestein (2017) denomina neofascismo, entendiendo al mismo en su carácter de ideología y práctica social.

Siempre es importante reponer el contexto de la situación que nos convoca. En este caso, no es posible hablar de interrupción voluntaria del embarazo, de intervención social, de derechos, de cuerpos precarizados, sin poner en consideración una serie de procesos que ya en aquel septiembre de 2023 se podían intuir, y que hoy son parte de los titulares de cada día. Tal como sostiene Milotich (2024) desde una perspectiva butleriana:

Las políticas de Milei no solo afectan a los sectores más vulnerables de la sociedad ... sino que otros grupos que antes se encontraban protegidos por ciertos derechos y/o mecanismos legales e institucionales, son empujados hacia una precarización infringida desde el mismo Estado. Así, el movimiento feminista o la comunidad LGBTIQ+ ve cómo muchas de sus conquistas quedan expuestas frente a políticas concretas, como el cambio de rango del Ministerio de la Mujer o el proyecto de ley para derogar el aborto legal, seguro y gratuito. Estas medidas, a la vez que quitan o cuestionan las redes institucionales y legales que brindan cierta protección contra la precariedad de los cuerpos, ponen en riesgo y exponen las propias vidas de los integrantes de dichos colectivos, quienes pasan a formar parte de los grupos abyectos, es decir, de aquellos cuyas vidas no merecen ser vividas. (p.85)

En este marco, este libro no solo describe, analiza y hace públicos una serie de debates y experiencias que se traman allí donde la política (pública, sanitaria, social) opera, sino que también se constituye él mismo en una intervención. Porque escribir es intervenir. Decir es intervenir. Publicar es intervenir. Es colocar en el mundo, en nuestros espacios, discursos, ideas y afectos que debaten y combaten frente a otro repertorio de sentidos y sentires que buscan consolidar la agenda anímica neoliberal, neofascista y antiderechos.

Pero escribir también es pensar. Es un modo de construir la propia subjetividad, de anudar sensaciones, ideas, intuiciones que no terminan de condensar hasta que las dejamos materializarse en el lenguaje articulado de un teclado o un papel. Escribir es una forma de reescribir nuestra propia historia encontrando los porqués y los paraqués que laten escondidos en las esquinas de nuestras oficinas, en el gesto aprendido y desaprendido que antecede a cada pregunta y a cada respuesta con las que vamos estructurando una intervención. Escribir es una promesa, porque nos ofrece un modo de reencontrarnos con lo hecho para ver la trama oculta que sostiene los hilos de cada acción, decisión, acierto, error.

Quienes escriben estas páginas son colegas que a diario sostienen diversos dispositivos que buscan alojar, contener, dar respuestas a una cuestión de salud pública como es la de la histórica desprotección hacia los precarizados cuerpos de las personas con capacidad de gestar. Porque la historia ha sido cruel con estos cuerpos: les ha dado una posibilidad de concebir pero les ha extirpado la decisión en torno a la misma. Las hipócritas sociedades occidentales nos han convertido en *zoe sin bios* (Agamben, 2024), cuerpos vivos despolitizados, puestos a merced de los intereses del capitalismo, el patriarcado y la colonialidad. Usufructúan nuestras capacidades sexuales, reproductivas, productivas, creadoras y creativas, pero... ¡ay de nosotras si queremos conectar con ellas, ordenarlas conforme a nuestro deseo o voluntad!

La legalización de la interrupción voluntaria del embarazo es un hito en la historia de los derechos de las mujeres y cuerpos con capacidad de gestar, en tanto horada la piedra angular de la estructura argumental que nos configura como inferiores: nos devuelve a nuestro cuerpo, en toda su potencia. Vemos que en los debates parlamentarios del siglo XIX y principios del XX aún se discutía si teníamos la potestad de administrar nuestros bienes, de elegir a nuestros representantes, de decidir sobre la crianza de nuestros hijos e hijas (Hermida, 2021). Pues bien, las cosas han cambiado menos de lo que en ocasiones creemos. Toda vez que vuelven a estar en tela de juicio conquistas como la de la IVE, se reedita la máxima de que los cuerpos feminizados no tenemos (ni debemos esperar tener) la potestad de administrar, no ya nuestros bienes, nuestros vínculos, nuestras ideas, sino nuestro propio cuerpo.

Como ya lo he dicho en otros casos en los que desempeñé tareas similares, si escribir es para mí un modo particularmente potente de ser, estar, comunicar y hacer, escribir un prólogo es una de las tareas más complejas y apasionantes. Supone el privilegio de ser una de las primeras en recorrer el laberinto que es todo libro. Y la responsabilidad de convidar lo cosechado al concluir esa aventura.

Este libro en particular me ató a sus páginas por muchas semanas. Fui deshojando sus quince capítulos, en medio de una agenda complicada, de un año que a toda la sociedad nos está costando mucho. Son textos que se abocan de modo directo y conciso al tema que nos convoca: la interrupción voluntaria del embarazo. Sin embargo, hablan de muchas otras cosas. Y creo que esto tiene que ver con la magnitud que comporta la gestación y su interrupción, no ya solo como evento biológico, sino como proceso político. En su capítulo, Ariel Sanabria nos propone pasar de pensar la interrupción del embarazo como problema para entenderla como derecho. Coincido, me sumo a esta apuesta, haciendo hincapié en el hecho de que, en tanto derecho, la IVE es la condensación de un proceso político.

Entonces, lo que la IVE disputa no es solo el acceso a la salud, sino la posibilidad de sobrevivir para los cuerpos gestantes que, por fuera de un sistema legal, quedan arrojados a la violencia, a la desprotección, a la ilegalidad, a la muerte. Hay otra capa conectada con esta, subrepticia, fundante: se juega una reconversión radical del contrato social, ese contrato que las mujeres no firmamos, porque no fuimos convocadas (Pateman, 1995), ese contrato que no nos deja por fuera sino, más bien, adentro, muy adentro, encerradas, y “cafisheadas” en nuestra energía vital (Rolnik, 2019).

Custodiar todo lo que la IVE implica es seguir apostando a reinventar ese contrato social, convocando a otras figuras y metáforas, no solo ya a las que nos provea el locus jurídico. Queremos pensarnos como sujetos de derecho pero también como cuerpos-territorios, conectadas a lo común desde un lugar de paridad. El modo de entender la IVE que aportan estos textos es el de una mirada que, tomando la gramática de los derechos, la rebasa, para pensar otros modos de construir trayectos vitales. Así, se tensionan, entrelazan y hacen sinergias, superficies que el locus de la modernidad insiste en separar: derechos y deseos, lógicas institucionales y lógicas autonómicas, poderes y resistencias, cuerpos y comunidades, oficinas y territorios, activismos y ejercicios profesionales. Y esa trama la tejen, la sostienen, la cuidan, la defienden cuerpos politizados, cuerpos profesionales, trabajadores y trabajadoras sociales.

Así vemos cómo hay premisas, reflexiones, experiencias que, al hablar de IVE, hablan también de muchas otras cosas. Y conocer esos procesos, esas

estrategias, esas dificultades, esas premisas que sostienen una labor que resiste, nos deja un saldo de múltiples pistas para reinventar nuestra intervención.

A su vez, hablan desde un sitio dislocado, una Argentina profunda. En efecto, la riqueza de este libro se cifra también en su carácter ampliamente federal. Los 15 capítulos nos traen realidades en relación con la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE) de las provincias de Misiones, Salta, San Luis, La Pampa, Entre Ríos, La Rioja, Santa Fe (en distintas localidades como Rosario, Venado Tuerto, Granadero Baigorria y Santo Tomé) y Buenos Aires (desde experiencias de La Plata, Moreno, Morón y Tres de Febrero).

Repito: esta trama interrumpe el monólogo gris del porteñocentrismo. Se insiste en pensar que el centro es lo universal y la periferia lo particular. Pues yo creo que todo conocimiento es de “algún lugar”, lleva las marcas de la materialidad que lo vio nacer. Y contactar con los saberes de las periferias es tal vez nuestra única esperanza para horadar el potencial violento de lo uno y de lo mismo, y conectar con modos otros de pensar nuestros problemas e imaginar soluciones.

Cuando inicié este trabajo pensé que lo mejor sería intentar sintetizar algunos de los aportes centrales del libro: no lo logré. Son muchos, y las autoras y autores lo dicen mejor que yo... Así que me incliné a pensar tres claves de acceso, tres ejes, tres nudos que aparecen de modo insistente, intermitente, mixturado: la cuestión de la situacionalidad, la cuestión de la construcción de propuestas y la cuestión de los cuidados. En los siguientes párrafos comentaré algo de esto.

Interrupción del embarazo en clave de situacionalidad

Si siempre es menester situar el pensar, el hacer, el sentir, cuando de IVE-ILE se trata esta invitación se vuelve una demanda ineludible. Situar las intervenciones en este campo supone preguntarse no solo por los contextos sociales, económicos, territoriales, culturales, históricos donde intervenimos, sino también por los referentes teóricos desde los cuales vemos esa realidad y por los marcos normativos que ponemos en juego a la hora de idear y desarrollar esas intervenciones.

Un abordaje historizado y situado de la intervención en este campo nos ofrecen Andrea Barcaglioni y Mercedes Contreras, quienes presentan su texto “De denuncias internacionales a la calidad de atención en aborto: las estrategias del trabajo social para la transformación del Hospital San Martín de La Plata”. Allí, las autoras apuntan:

Esa es, lamentablemente, nuestra marca histórica: haber sido la institución que negó la interrupción del embarazo de la joven L.M.R en el año 2006, por la cual el Estado argentino fue responsabilizado internacionalmente y debió ofrecer instancias de reparación. Sin embargo, para dimensionar el núcleo de poder cristalizado en las jefaturas de servicio de obstetricia y ginecología, esta causa no significó ninguna sanción hacia el interior de la institución. En ese escenario se inscribe nuestra experiencia.

Vemos aquí cómo recuperar la historia nos brinda contornos de obstáculos pero también de posibilidades. Esas marcas de las batallas ganadas y perdidas hacen a la textura de los procesos que acompañamos y nos aportan pistas para la toma de decisiones. Así, las autoras nos ofrecen un relato de las “estrategias desplegadas por trabajadoras sociales para transformar esta institución desde que era un efector caracterizado por la violencia institucional respecto de las personas que deseaban abortar hasta constituir al día de la fecha un centro de buenas prácticas para el acceso al aborto (Convenio IPAS - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires)”.

Desde La Rioja, nuestra querida amiga y colega Selene Mira nos regala el texto “Acompañamiento desde el trabajo social en procesos de IVE-ILE”, donde se sintetizan elementos teóricos y prácticos de peso para el campo problemático que nos convoca. Allí, ella nos comenta:

A comienzos del año 2021, una vez aprobada la Ley N° 27.610, un grupo muy reducido de profesionales del hospital inició el desafío de implementar la ley... Entre las numerosas barreras en el acceso al derecho se identificó la resistencia por parte del 99% del personal de salud del hospital, en general profesionales responsables de servicios y de áreas directivas.

Nuevamente, las coordenadas históricas, geográficas y culturales nos brindan claves para encarnar la intervención y conocer las condiciones materiales en las que debemos idear nuestros proyectos. En este caso, condiciones más que desfavorables: prácticamente la totalidad del personal era objetor de conciencia. Esta situación fue abordada a partir de diversas estrategias que implicaron generar “alianzas de trabajo y cooperación inicialmente entre el Consultorio de Salud Sexual y la OSAJ, incorporándose posteriormente profesionales de otros sectores e implementando un flujograma de atención en cuatro pasos”.

Los capítulos nos van a ir mostrando escenarios diferentes. Las historias plurales nos hablan de grandes resistencias a poner en práctica la ley, pero también de experiencias que desde hace tiempo vienen promoviendo, desde distintas

estrategias, el acceso al aborto seguro y gratuito. Tal es el caso de Jorgelina Schmidt, quien en su texto “Aborto legal, seguro y gratuito: una experiencia de intervención desde el Centro de Salud ‘Mauricio Casal’” da cuenta de la experiencia rosarina:

En la historia del sistema de salud rosarino hay mucho por decir con respecto al acompañamiento de abortos. En las últimas décadas, gradualmente se han ido reconociendo prácticas y acompañado con legislaciones locales y con definiciones políticas y de gestión que fueron traccionando entre luchas y resistencias de parte de profesionales y autoridades hasta constituirse en la referencia que es hoy la ciudad a nivel país.

Es precisamente esta dialéctica la que deberíamos poder mapear a la hora de pensar buenas prácticas en torno a la IVE. Ubicar esas resistencias, pero también esas conquistas que, contra toda esperanza, tuvieron cita en nuestra historia. Y cartografiar los mil y un modos de inventar posibilidades, porque no hay una sola forma de construir accesibilidad. La autora nos indica:

El Centro de Salud “Mauricio Casal” fue parte de estos procesos junto a los otros 50 centros de salud, y posiblemente haya más de 50 experiencias para narrar, pero nuestra pretensión actual es contar la nuestra (escribo en plural debido a que el trabajo siempre es en equipo).

Entonces, situar la IVE es saber que cada intervención en este campo es parcial, es colectiva, es perfectible, es reparadora. Vemos que situar el pensar no es dejarse aplastar por la materialidad de la historia sino, por el contrario, es encontrar allí los movimientos de avance, retroceso, resistencias y apuestas que cartografiaban el terreno donde movernos. El trabajo social no es un oficio constataivo, es transformador. Ve dónde está la pista, el hueco, la grieta, la oportunidad para revertir, para hacer, para no conformarse.

En este marco, Ariel Sanabria, tal como suele hacer, pone “blanco sobre negro” y nos aporta nuevas y precisas claves analíticas. Su capítulo “El aborto como ‘problema de salud pública’. Experiencias post sanción de la Ley N° 27.610 en Villa Mercedes, San Luis” propone pasar de entender la cuestión del aborto como problema a significarla en el marco de un derecho. Un asunto que me interesó en particular de este texto es la apreciación del autor respecto a cómo “la clandestinidad cambió de lado” a partir de la sanción de la ley, “en tanto los equipos que promovíamos la atención hasta ese momento lo hacíamos bajo un manto de sospecha, porque sosteníamos nuestra intervención en condiciones de cierta reserva para favorecer la confidencialidad, cuidar la privacidad de las personas gestantes ante la mirada acusadora y hostigadora de quienes

se oponían a la práctica. Es notable referir cómo luego de la sanción más profesionales del sistema de salud han solicitado su ingreso al Equipo IVE-ILE, tanto por interés genuino como por corrección política”. Vemos entonces cómo el contexto jurídico, lejos de mantenerse ajeno a las subjetividades, conductas, y posiciones, interfiere, desarma, reconstruye. Por eso es importante situarnos en la historia, en la geografía, en las ideologías dominantes, en las normativas, para comprender la realidad sobre la cual intervenir.

Por su parte, Rosana María Schnorr relata sus “Experiencias de intervención del trabajo social en el acceso al aborto y posaborto” en la provincia de Misiones. Allí nos plantea que “cuando hablamos de salud sexual integral pareciera, para muchas personas, que es poner en la agenda una cuestión repetitiva, la cual ya se ha trabajado suficientemente y que se encuentra bastante integrada en la cotidianidad de la sociedad. Sin embargo, sabemos que en la práctica no es así. Cuando trabajamos en el ámbito comunitario nos encontramos con historias que parecen increíbles a estas alturas, en cuanto a desconocimiento y mitos que circulan, con la cantidad de información que existe en tantos lugares. Pero sabemos que la disponibilidad no es garantía de acceso”.

No sé hasta qué punto somos conscientes de que intervenir en IVE-ILE puede ser una experiencia absolutamente diferente de acuerdo con las características del territorio que pisamos. El mundo urbano, el mundo de las grandes capitales, el clima progresista de determinados circuitos, difiere de otros muchos mundos donde se desarrolla nuestro oficio, mundos de la vida donde, aunque supuestamente rijan un mismo marco normativo nacional, rigen otros marcos discursivos, imaginarios y modos de ver el mundo. Estas diferencias no son de marco, son sustantivas a la hora de proyectar acciones para garantizar derechos. Tomemos por caso este ejemplo de la autora:

La provincia de Misiones, Argentina, es el lugar donde vivo y en el cual desempeño mi actividad como trabajadora social en el ámbito comunitario. Es una de las provincias con mayor tasa de fecundidad adolescente temprana de la Argentina: 3,6 por 1000, luego de Formosa con 4,4 por 1000 y Chaco con 3,7 por 1000, muy por arriba de la media nacional que es de 1,5 por 1000.

Estas realidades, que son estadísticas pero también históricas, generizadas, raciales, culturales, nos desafían a reinventar la semántica de los derechos y situar el pensar y el hacer.

Situar la intervención en torno a la IVE implica reconstruir y convidar estas experiencias parciales, recordando junto a Donna Haraway que “no buscamos la parcialidad porque sí, sino por las conexiones y aperturas inesperadas que los

conocimientos situados hacen posibles. La única manera de encontrar una visión más amplia es estar en un sitio en particular” (Haraway, 1991, p. 339).

Interrupción del embarazo en clave de cuidados

Me permito vincular los debates en torno a la IVE-ILE con las discusiones hoy en boga sobre los cuidados. Y quiero comenzar a hacerlo pensando la intervención profesional en términos de intervención social pero también de docencia y de investigación, tal como nuestra Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072/14 nos indica.

En su texto “Experiencias de la Cátedra abierta ‘El aborto desde un abordaje social, de derechos humanos y de salud integral’ de la Facultad de Trabajo Social de la UNER”, Nadia Ahumada, Rita Bacci, Carina Carmody, Alicia Genolet y Luciana Duarte nos ofrecen un relato de un dispositivo nodal para la construcción, sostenimiento y defensa de las intervenciones sociales vinculadas con la interrupción del embarazo. Me refiero a la formación de cuadros con capacidad de agencia en estos contextos, que solo es posible si nuestra agenda académica define curricularizar -sobre todo hoy, en tiempos de ataque a la perspectiva de género- estos debates. De este modo las autoras dan cuenta de la experiencia de la cátedra abierta denominada “El aborto desde un abordaje social, de derechos humanos y de salud integral” de la Facultad de Trabajo Social de la UNER que opera desde el año 2019, fruto de la participación activa de docentes, estudiantes y profesionales en las luchas colectivas por el derecho al aborto: “Escribimos acordando también con la premisa de que la universidad pública es un derecho no solo individual sino sobre todo colectivo, donde el pueblo tiene que poder ser parte de los procesos y de los resultados de la existencia de nuestras universidades y del trabajo que desarrollamos en ellas”.

¿Por qué pienso esta apuesta en clave de cuidados? Lo pienso en dos sentidos. Primero, porque formarnos en estos temas es una apuesta de autocuidado y cuidado colectivo profesional en tiempos donde necesitaremos de todas las herramientas (jurídicas, teóricas, metodológicas, organizativas) para defendernos frente al ataque y persecución que sufrimos quienes insistimos en dar carnadura a una perspectiva de derechos y defensa de lo público-común. Pero también porque solo será posible cuidar la vida de los cuerpos con capacidad de gestar, en tanto contemos con la formación y los debates necesarios para poder idear las estrategias necesarias.

Por su parte, Yanina Arteaga da cuenta de sus “Experiencias de intervención del trabajo social en el acceso al aborto y posaborto en el Hospital ‘Dr. Segundo Taladriz’”. Este escrito intenta mostrar la experiencia de trabajo de un colectivo

de trabajadoras y trabajadores de la salud del Hospital “Dr. Segundo Taladriz” de la ciudad de Toay, La Pampa, en torno al acceso a la interrupción del embarazo. Allí la autora refiere con preocupación que “la sobreexigencia de los equipos de salud del primer nivel de atención en cuanto a la resolución de las demandas de aborto, las cuales venían en aumento progresivo en la provincia, produjo una crisis al interior del sistema de salud pampeano. Además, profesionales de salud pública de distintos niveles de atención exigían cambios en las normativas vigentes y mayor resguardo legal en cuanto al quehacer cotidiano en torno a la temática”.

Poco se sabe de la violencia a la que se exponen quienes garantizan el derecho al acceso al aborto seguro, legal y gratuito. Crecen a diario diversos mecanismos promovidos por grupos conservadores y antiderechos que buscan exponer, agravar, denostar y amedrentar a profesionales, organizaciones y personas gestantes involucrados en el proceso de acceder a este derecho. Hablo entonces de una doble exposición: al desgaste que implica acompañar procesos tan complejos, muchas veces con pocos recursos, pero a la vez del costo que genera este encarnar lo que es un derecho social y un deber profesional. En esta doble exposición, es menester seguir tramando estrategias organizadas de cuidado colectivo.

Si pensamos en esos cuerpos precarizados que se acercan a nuestros servicios en busca de acceso a la IVE, reflexionar sobre cómo instalar y sostener lógicas institucionales de cuidados frente a la pedagogía de la crueldad (Segato, 2018) se vuelve igual de imperioso. Paula Cattaneo es la autora del capítulo “Algunos antecedentes y breve caracterización de la comunidad, el hospital y del consultorio no objetor que integro”. Allí leemos:

Más allá de las características de la población -pequeña, rural, en una provincia con mucha resistencia a la ley de IVE- en la cual está inserto el hospital y el equipo no objetor, desde el consultorio se sostiene la importancia de mantener una estricta confidencialidad, incluso, de ser necesario, derivando pacientes para prácticas que se podrían realizar en el mismo por motivos de cercanía o parentesco con personal o por el deseo y necesidad de la persona que demanda la práctica.

Encuentro resonancias entre esta experiencia y la que nos alcanzan Agustina Biaggi, Agustina Rosas y Estefanía Greco en su trabajo “Espacios de consejería en salud sexual y reproductiva en la ciudad de Venado Tuerto, Santa Fe”. Ellas sintetizan el aporte del trabajo social dentro de estas consejerías como aquellas acciones que apuntan a que las personas gestantes “puedan reconocerse como titulares del derecho establecido en la Ley N° 27.610 y acceder a información clara, y a dar lugar a una escucha activa de los planteos/dudas que puedan surgir

a fin de que quien consulta pueda tomar decisiones autónomas en base a sus deseos, entendiendo que ‘mi cuerpo, mi decisión’ debe constituirse como algo real, que la maternidad es una elección personal y que los equipos acompañan tanto el deseo de maternar como el de no hacerlo, asegurando la privacidad y la confidencialidad, y promoviendo la concientización respecto de los propios derechos sexuales y reproductivos”.

De este modo vemos cómo el trabajo social, desde una lógica de cuidado, operacionaliza las máximas políticas (como “mi cuerpo, mi decisión”) en decisiones y acciones concretas que permitan materializarlas. Por otra parte, pensar la confidencialidad como una práctica de cuidado, al punto de tomar definiciones por fuera de las rutas protocolizadas (lugar de residencia - lugar de atención) es poner en práctica desde una mirada situada, una pedagogía de la ternura (Segato, 2014).

Interrupción del embarazo en clave de propuestas

Escribir es intervenir. Desde esta perspectiva, una propuesta primera que esta obra ya pone en acto es la de la escritura y la construcción de conocimiento como una estrategia de consolidación del derecho de los cuerpos gestantes a decidir sobre sí mismos. En esta línea, Myriam Monzón da cuenta de sus aportes a la temática con su texto “Experiencias del Consultorio Interdisciplinario de Salud Sexual Integral del Hospital ‘Bocalandro’”, donde afirma que “es necesario seguir, ampliar y dar lugar a nuevas producciones escritas, en especial para plasmar y dar a conocer tanto nuestro trabajo como el del colectivo”.

En esta sinergia entre hacer y dar cuenta de lo hecho encontramos a Ivon Burchardt, quien aporta su capítulo en torno a la “Experiencia de intervención del trabajo social en el acceso al aborto y posaborto en el Hospital SAMCo ‘Dr. R. Nanzer’”. Allí, en un breve párrafo apunta toda una agenda de trabajo profesional, dando cuenta de áreas nodales en las que nuestro oficio puede hacer la diferencia:

El lugar que ocupa la disciplina en estos espacios es fundamental para la construcción interdisciplinaria e interinstitucional, formando parte de los pilares que conforman el armado de redes y espacios de contención, acompañamiento, debate, construcción y deconstrucción de las prácticas profesionales desde una perspectiva de derechos humanos y justicia social.

Así, recuperando estos aportes, reivindico el lugar estratégico del trabajo social para enlazar, para dar densidad a los procesos de intervención en IVE a partir de

conectar instituciones, organizaciones, servicios, grupos activistas. Y, por otro lado, no claudicar en una mirada de justicia social (y no liberal) de entender la intervención en este campo.

Inés Beláustegui y Silvina Fleita nos presentan sus “Aportes del trabajo social en la conformación de un equipo que garantice el acceso al aborto seguro”, en el que dan cuenta de la intervención que se lleva adelante por el Equipo Interdisciplinario de Salud Sexual del Hospital Materno Neonatal “Estela de Carlotto” ubicado en la localidad de Trujui, partido de Moreno, provincia de Buenos Aires, ante la solicitud de acceso a la práctica de IVE-ILE. Estas autoras suman un conjunto de estrategias de peso para dar densidad a nuestros aportes al trabajo en este campo.

En términos de propuestas, afirman:

Se modificaron las historias clínicas, que antes eran exclusivamente médicas, adaptándolas para registrar la situación psicosocial de las usuarias y sus entornos; se pensaron dispositivos grupales para ampliar los alcances de la atención y garantizar el acceso a la información; y se creó una base de datos que permite acceder a la información básica de las usuarias y tener un registro confiable de atención. Esta herramienta permite al equipo y a la institución sistematizar la práctica.

Estas acciones de transformación de las políticas de registro son por demás relevantes: permiten la visibilización, la denuncia, la gestión, la disputa de sentidos y su traducción en decisiones institucionales.

Alejandra Zorzoli comparte sus reflexiones sobre la “Experiencia de intervención en el abordaje del aborto desde el trabajo social en un hospital de tercer nivel de complejidad”. La autora da cuenta de una propuesta por demás interesante denominada “estrategia amigable”, vinculada a los procesos de atención en tiempos previos a la institucionalización del acceso al derecho. Quiero destacar la genealogía de esta estrategia: “Esta construcción conceptual de lo ‘amigable’ fue una estrategia que aprendimos de socorristas, instalando una clave desde el vocabulario que permitía rápidamente identificar un lugar de atención y posibilitar el acceso dentro de las instituciones”.

Aquí encuentro una clave relevante: no podemos pensar una agenda de propuestas potentes y viables sin un diálogo sostenido, horizontal e implicado con los colectivos, organizaciones y activistas que a diario militan el acceso al derecho a la interrupción del embarazo.

María Fernanda Gómez y María de Lourdes Zarza aportan a esta compilación su

texto “IVE -ILE: la experiencia desde un servicio social de un hospital público del conurbano bonaerense”. Este texto nos deja un aporte sustantivo en términos de pensar la intervención como esa capacidad de construir posibles incluso en tiempos donde lo imposible es mandato y ley. Ellas cuentan que “el Servicio Social de nuestro hospital comenzó a intervenir en interrupción legal del embarazo (ILE) antes del protocolo de 2015. Recordamos las discrepancias entre los protocolos vigentes de Nación y Provincia relacionados con las niñas y adolescencias, por ejemplo. Pero esa nebulosa de recuerdos se despeja cuando nos posicionamos en 2015 con la aparición del protocolo que enmarcó y legitimó la práctica aun sin ley, pero fundamentando la excepción que obra en el Código Penal”. Vemos cómo las propuestas de trabajo van encontrando estrategias apoyándose en oportunidades que a veces son administrativas, territoriales, comunitarias, jurídicas y otras veces, por el contrario, frente a resistencias en esos mismos campos, encuentran en otras fuentes apoyos para sortear límites y encontrar canales para garantizar derechos.

Una experiencia muy interesante y que hoy se está queriendo destruir es el Plan de Prevención de Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan Enia) que en uno de los capítulos se describe en tanto “programa interministerial donde se unieron tres ministerios: Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y Ministerio de Educación de la Nación, a fin de realizar un abordaje integral, en articulación con los respectivos ministerios provinciales”. Estas propuestas, que surgieron de experiencias territoriales y de educación popular y se plasmaron en políticas públicas en otro contexto estatal, hoy deben ser defendidas. El desguace que estamos viviendo debe ser al menos documentado, denunciado. La memoria debe mantenerse activa. Lo aprendido debe seguir circulando por los canales que podamos sostener.

A modo de cierre

Marcela Schneider en su capítulo titulado “Trabajo social y aborto. Una mirada retrospectiva y actualizada desde un hospital de tercer nivel de la provincia de Santa Fe” sostiene que “TS participa allí desde su conformación, en tres sentidos: por un lado, abordaje interdisciplinario de situaciones particulares; por otro, gestiones para la construcción y fortalecimiento del espacio; y, por último, articulación con organizaciones e instituciones territoriales”.

Quiero recuperar estas tres dimensiones desde las cuales nos sumamos al camino de defensa y puesta en acto del derecho a la IVE.

En primer lugar, el abordaje interdisciplinario es nuestra marca identitaria. Tal como sostiene Cazzaniga:

Consideramos que es justamente el carácter interdisciplinario y complejo de los temas el que no puede ser reducido a la especificidad de un saber profesional, lo que nos coloca en ventaja frente a otros profesionales en cuanto somos portadores de saberes interdisciplinarios. Con otras palabras, esa inespecificidad tantas veces lamentada vista como interdisciplinariedad nos reposiciona como profesionales capaces de comprender problemáticas que desbordan las fronteras disciplinares/ profesionales y construir estrategias acordes. (Cazzaniga, 2015, p. 103)

En segundo lugar, la capacidad de gestión se evidencia como ese modo propio de nuestro colectivo de materializar las premisas éticas, políticas y teóricas que guían su accionar. Pensamos haciendo, sentimos haciendo, hacemos pensando. Gestionar no es una tarea administrativa. Es uno de los actos políticos más potentes. Cambian el curso de las cosas. Cuando la gestión es direccionada políticamente, sostenida por acuerdos colectivos de justicia de género y justicia social, las transformaciones son sustantivas, las oportunidades crecen, las heridas tienen la esperanza de ser sanadas.

En tercer lugar, la articulación emerge como uno de los modos más potentes de la gestión. Porque da sostenibilidad, porque materializa en recursos y acciones la mirada interdisciplinaria, porque reenlaza lo que la modernidad colonial desarmó: el lazo, la sinergia, la integralidad. Esta articulación, cuando opera desde el trabajo social, se hace con una mirada que combina lo institucional y lo territorial, desde un diálogo de saberes académicos, populares, profesionales y militantes. Una intervención que no articula es una intervención que, en tiempos de precarización creciente, queda expuesta a su desintegración.

Si en un campo se ve de modo descarnado y acuciante el carácter complejo de su configuración es en el de la interrupción del embarazo. Nuestro lugar allí no es complementario: es central, es indelegable, precisamente porque nuestra especificidad es este modo inespecífico, abierto a la complejidad, interdisciplinario, gestor, articulador de habitar la intervención.

Vemos entonces cómo la organización construye esperanza, en tanto REDAAS y el Colegio de Profesionales de Trabajo Social de la 2da Circunscripción de la Provincia de Santa Fe, junto con la generosidad de colegas de distintos puntos del país, nos permitieron hoy tener en nuestras manos esta obra que es un manifiesto político y una agenda de trabajo en favor de los derechos humanos, pensando la cuestión del aborto como una cuestión de salud pública.

Estas escrituras, que fueron elaboradas desde un pensar situado, orientado por un posicionamiento político de cuidados, y enfocado a la construcción de estrategias concretas, nos arrojan una luz de esperanza, porque como nos dice Gioconda Belli (2022), “además de sueños, necesitamos propuestas”. Y hoy, en tiempos de crueldad, agobio y desesperanza, seguir soñando activamente con un mundo donde quepan muchos mundos, parece ser la propuesta y resistencia primera que como oficio se nos impone.

Bibliografía

Agamben, G. (2024). *Estado de excepción: Homo sacer, II, 1*. Adriana Hidalgo Editora.

Belli, G. (2022). *Luciérnagas. Un libro de ensayos sobre los ensayos del vivir*. Seix Barral.

Cazzaniga, S. (2015). Trabajo social: entre diferencias y potencialidades. *Tendencias y Retos*, 20(1), p. 93-104.

Feierstein, D. (2020). *La construcción del enano fascista: Los usos del odio como estrategia política en la Argentina*. Capital Intelectual.

Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Ediciones Cátedra.

Hermida, M. (2021). Interrupción del embarazo, colonialidad y patriarcado. *Propuestas Críticas en Trabajo Social*, 1(2), p. 50-72. <https://doi.org/10.5354/2735-6620.2021.61175>.

Milotich, A. (2024). Precarización y espacio de aparición: algunas ideas en torno a las políticas de (y la resistencia a) Javier Milei. *Cuadernos del CIPeCo*, 4(7), p. 73-88.

Pateman, C. (1995). *El contrato sexual*. Anthropos.

Rolnik, S. (2019). *Esferas de la insurrección. Apuntes para descolonizar el inconsciente*. Tinta limón.

Segato, R. L. (2014). Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres. *Sociedade e estado*, 29(2), p. 341-371.

Segato, R. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Prometeo.



De denuncias internacionales a la calidad de atención en aborto: las estrategias del trabajo social para la transformación del Hospital San Martín de La Plata

Andrea Barcaglioni y Mercedes Contreras

Introducción

El Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) “General San Martín” de La Plata (provincia de Buenos Aires) es un efector de tercer nivel de complejidad, centro de referencia provincial para patologías agudas y crónicas. Ediliciamente cuenta con ocho pabellones, 60 servicios y más de 3000 trabajadores y trabajadoras. Es también referencia provincial para derivaciones de alta complejidad perinatal.

El Servicio de Trabajo Social se organiza históricamente en su tarea asistencial de manera centralizada y descentralizada, contando con la figura de referentes o duplas de trabajo por áreas o servicios. En cuanto a los servicios vinculados a salud sexual, hasta aproximadamente el año 2017 han sido en su totalidad objetores de conciencia.

Esa es, lamentablemente, nuestra marca histórica: haber sido la institución que negó la interrupción del embarazo de la joven L.M.R en el año 2006, por la cual el Estado argentino fue responsabilizado internacionalmente y debió ofrecer instancias de reparación. Sin embargo, para dimensionar el núcleo de poder cristalizado en las jefaturas de servicio de obstetricia y ginecología, esta causa no significó ninguna sanción hacia el interior de la institución. En ese escenario se inscribe nuestra experiencia.

En el escrito compartiremos las estrategias desplegadas por trabajadoras sociales para transformar esta institución desde que era un efector caracterizado por la violencia institucional respecto de las personas que deseaban abortar hasta constituir al día de la fecha un centro de buenas prácticas para el acceso al aborto (Convenio IPAS - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires).

Primeros momentos: estrategias de acercamiento a las personas gestantes

El inicio de esta experiencia de trabajo vinculada con el ejercicio del derecho a la salud sexual integral data del año 2000 aproximadamente, cuando algunas compañeras del Servicio de Trabajo Social construimos un proyecto de intervención que buscaba integrar el trabajo asistencial que ya se desarrolla en diferentes áreas del hospital: obstetricia, neonatología, dermatología, infectología y ginecología.

Nuestro objetivo era realizar abordajes de promoción y prevención de la salud sexual integral con perspectiva de género y derechos con el fin de fortalecer la toma de decisiones autónomas. Este proyecto se concretó en tres espacios: a) un espacio individual al que llamamos Consultorio de Adolescencia y que en el transcurso del tiempo se constituyó en la Asesoría en Salud Sexual; b) un espacio grupal en la sala de obstetricia y un curso de parto informando sobre el uso de métodos anticonceptivos; y c) talleres de salud sexual comunitarios en el área de influencia del hospital.

El consultorio individual empezó a constituirse en un espacio de encuentro donde se entablaba una relación de confianza con las personas que asistían como usuarias, lo cual nos permitía trabajar los derechos sexuales desde una integralidad. Esto suponía actividades de orientación e información sobre el ejercicio de la sexualidad, los cuidados del cuerpo, la desnaturalización de las violencias, y los métodos anticonceptivos y el acceso a los mismos.

En esas primeras estrategias puede observarse el impacto de las ideas del cambio de siglo que suponen reconocer la salud sexual bajo el paraguas de los derechos sexuales y (no) reproductivos (Brown, 2007). Este movimiento brindó un conjunto de herramientas que nos permitieron afirmarnos como actantes con capacidad de proyección estratégica (Cruz, 2020, p. 8).

Habiendo construido una referencia territorial, interinstitucional y de legitimidad interna, comenzaron a llegar demandas de mujeres con embarazos no deseados, lo que constituye el antecedente para que la Asesoría en Salud Sexual de Trabajo Social fuera el espacio privilegiado para recibir y trabajar esta demanda. Pero, además, lo fue porque los servicios donde debería canalizarse en principio eran en su totalidad objetores de conciencia, y eso era de público conocimiento en la ciudad.

Segundo momento: ¿acompañar por fuera o visibilizar en el adentro?

A pesar de que aún existían marcos legales restrictivos y con un sistema de salud disciplinador para aquellas mujeres que expresaban su voluntad de abortar, la segunda línea estratégica tuvo que ver con la reducción de riesgos y daños, lo cual nos llevó a la vinculación con organizaciones sociales como la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, las Socorristas en Red y la articulación con las primeras consejerías preaborto y posaborto. Pero, además, esta línea de trabajo se sostuvo involucrando a la Dirección del hospital frente a cada situación de aborto no punible que llegaba al Servicio de Trabajo Social.

Una vez que se avanzó en el Protocolo de Aborto No Punible de la Provincia de Buenos Aires (luego del Fallo F.A.L. de 2012) el dispositivo de asesoría comenzó a ser visibilizado institucionalmente, mostrando la capacidad de la profesión para ofrecer y diseñar respuestas singulares cuestionando la lógica institucional expulsiva y violenta frente a lo (no) reproductivo.

En aquel momento, frente a un embarazo no deseado realizábamos una primera escucha, pero comprometíamos a la Dirección en la respuesta institucional: si frente a una situación los servicios se declaraban objetores de conciencia, la responsabilidad de la Dirección era brindar los estudios básicos con celeridad, ofrecer la medicación necesaria y, solo así, realizar una derivación. Para ser sinceras, perdíamos más de una batalla, pero la decisión era seguir por ese camino.

La decisión y estrategia desde el Servicio de Trabajo Social era visibilizar y responsabilizar. Pero, sin dudas, no fue sin costos: en el año 2013 nuestro consultorio fue literalmente derrumbado para construir el Banco de Leche Humana. Sin previo aviso.

Tercer momento: el protocolo de ILE de 2015 y la causal salud

Con la aprobación del Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (ILE) en 2015 se generó un cambio sustancial en la forma de concebir el aborto en el sistema de salud público. Considerado hasta ese momento desde un carácter de excepción, pasó a ser visto como un derecho. Sin embargo, los cambios también tardaron en llegar.

En el protocolo adquirió centralidad la reconocida “causal salud” como marco de actuación para disciplinas no médicas, cuestión central para nuestra

profesión. Fue, entonces, en la concepción, interpretación y construcción de las “causales” que las disputas institucionales se entretajeron. Desde la disciplina se apeló a la construcción de argumentos que articularan de manera compleja las determinaciones sociales, psíquicas y biológicas, utilizando el anclaje de las proposiciones de la salud colectiva latinoamericana y la perspectiva feminista. De este modo, las “miradas integrales” sobre la causal salud son y han sido de gran protagonismo disciplinar (Contreras, 2023).

Además, el año 2015 fue demarcatorio en otras dimensiones relacionadas con las demandas feministas y la ocupación del espacio público que tuvieron su masificación en el debate legislativo por el aborto legal en 2018. En concreto, el impacto en las agendas sanitarias fue el acercamiento de las personas gestantes a solicitar su derecho y la presión social para trabajar en su acceso.

Entre 2017 y 2018, entonces, desde el Servicio de Trabajo Social dimos el paso que veníamos proyectando: avanzar con la atención de la ILE ambulatoria para gestaciones de menos de 12 semanas, contando con la participación voluntaria de una médica del Servicio de Clínica Médica y una psicóloga a demanda de las situaciones que el servicio interpretara como necesarias. Además, se realizaron articulaciones con los servicios de Laboratorio y Diagnóstico por Imágenes. Finalmente, el proyecto se institucionalizó con una disposición interna del hospital que avaló al equipo de la Asesoría en Salud Sexual como responsable de las situaciones de ILE.

Desde entonces, la Asesoría es el dispositivo que recepciona, entrevista, acompaña, gestiona y nuclea todas las atenciones hospitalarias vinculadas con la interrupción del embarazo. En el inicio la atención se realizaba dos veces por semana y estaba a cargo de residentes de trabajo social, con el acompañamiento y apoyo de la nueva jefa de servicio. Sin embargo, la demanda fue incrementándose hasta solicitar, a comienzos de 2019, un cargo exclusivo de trabajo social para asumir la tarea asistencial cotidiana.

Durante el siguiente año, la atención de ILE durante el primer trimestre de gestación estuvo garantizada por ese equipo. Sin embargo, continuaban las constantes mudanzas de consultorios, los requisitos burocráticos innecesarios y el poco reconocimiento institucional más allá de lo escrito.

Además, el principal problema surgía en los casos del segundo trimestre de gestación, donde debían intervenir los servicios objetores. Había varias situaciones controversiales. En la causal violación existían variables analizadas como el uso de fuerza, el tipo de vínculo con la persona y las particularidades del contexto en el acto de violencia. En cuanto a la causal salud, había un reconocimiento mayor de enfermedades diagnosticadas con cierta gravedad

biológica en detrimento de otras dimensiones como el sufrimiento psíquico y las imposibilidades materiales. Todo esto, atravesado por la dimensión del tiempo: a medida que avanzaban los embarazos, se exigía mayor gravedad de la situación para garantizar la interrupción, lo cual se traducían muchas veces en negativas de acceso.

En 2019 logramos un acuerdo de resolución de ILE con internación hasta la semana 13,6. Sin embargo, “Ginecología luego consideraba si la evaluación que había realizado el equipo era pertinente y respondían si lo iban a realizar o no. Eran sumamente escasas las situaciones de edad gestacional mayor a estas semanas que se resolvían por internación” (Mendoza, 2020, p. 8).

Ante esta problemática recurrimos a diferentes estrategias, como presentar la situación al Ministerio de Salud y realizar una derivación, que profesionales de otros hospitales concurren al nuestro a realizar la interrupción, o hacer una articulación con Socorristas en Red.

Visto en la actualidad, consideramos que cada informe de ILE era un instituyente: con cada caso, buscábamos ampliar lo que se consideraba parte de la salud y disputar qué se entendía por riesgos. Eso se traducían en algunas victorias, es decir, la accesibilidad concreta al derecho a la ILE.

Es difícil de explicar los sentimientos de los compañeros cada vez que se accede a un derecho conquistado, circula una serie de miradas de profunda felicidad, de alivio, de certeza de que es por ahí, ese es el camino y también reaparece la incertidumbre.... ¡Bueno esto ya está! ¿ahora por dónde seguimos? (Mendoza, 2020)

Cuarto momento: pandemia, crisis y consolidación

En el contexto de pandemia por COVID-19 el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires estableció por protocolo que las ILE deberían garantizarse como atención esencial.

Concomitantemente, desde la Asesoría se elaboró el primer informe estadístico de la atención, dando cuenta de un aumento exponencial de la demanda en relación con el año 2018, siendo un 259% mayor en 2019. Así, la producción de información sistematizada se sumaba a nuestras estrategias.

Este hecho motivó a la nueva gestión del hospital a motorizar acuerdos con residentes ingresantes a los servicios de Ginecología y Obstetricia para la resolución de situaciones que lo ameritasen. Se acordó que las jefaturas de

servicio no participarían del equipo y no obstruirían el acceso al derecho a la ILE. Pero, además, se acordó formalmente que los equipos de esos servicios aceptarían las evaluaciones realizadas por la Asesoría, lo cual significó el fin de los cuestionamientos a la causal salud.

A pesar de todos los avances y el esfuerzo que significó adaptar el dispositivo a la pandemia, no contábamos con más personal, tampoco con un consultorio fijo, y las disciplinas médicas estaban abocadas a la atención de salas de COVID-19.

Así, entonces, en un momento de fuerte agotamiento pero de lectura del poder que habíamos alcanzado, decidimos cerrar el espacio y hacer público el motivo del cierre hasta tanto no se garantizara un nuevo cargo de trabajo social, un cargo médico con exclusividad, y un consultorio fijo equipado para la atención. Todos los recursos fueron garantizados en una semana.

Como resultado, compartiremos que durante 2020 la Asesoría en Salud Sexual del Hospital San Martín atendió el 35% de todas las situaciones de ILE de la ciudad de La Plata, que contaba al momento con 13 efectores garantes de este derecho, y que se resolvieron situaciones hasta la semana 22 de gestación, habiendo construido un circuito interno respetado por todos los servicios involucrados.

Quinto momento: la Ley N° 27.610 y el desafío de la calidad

Con la sanción de la Ley N° 27.610 se inicia un nuevo momento del dispositivo que se formaliza con una disposición del hospital que crea la Unidad de Asesoría en Salud Sexual Integral en el marco del Servicio de Trabajo Social. A partir de allí se cuenta con una coordinadora del espacio y dos consultorios renovados, y el equipo pasa a estar integrado por dos profesionales de trabajo social, dos profesionales de psicología, y una profesional dedicada a la medicina general. Se trata de una situación excepcional en comparación con otros modelos de organización: es una unidad interdisciplinaria en el marco de una institución caracterizada por la disciplinarización y fragmentación por especialidades, pero, además, cuenta con atención diaria y tarea exclusiva.

Consideramos que expresa un punto de jerarquización de nuestra disciplina en relación a la legitimidad. Además, las personas que dependen del Servicio de Trabajo Social (coordinadora, trabajadora social y médica generalista) se desempeñan con exclusividad en la tarea, lo cual brinda la posibilidad de trabajar constantemente en la garantía asistencial, pero también en los procesos de gestión e investigación para continuar ampliando y mejorando la calidad en el acceso al derecho a la interrupción del embarazo.

Frente a esto, podemos situar a partir de la sanción de la ley numerosas estrategias y situaciones que dan cuenta de la transformación institucional que hemos protagonizado, pero nos interesa compartir al menos tres:

- 1** Se obtuvo el segundo premio en la categoría Salud Sexual del Congreso Provincial de Salud con el trabajo de investigación “A un año de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Estudio descriptivo de su implementación desde la Asesoría en Salud Sexual integral del HIGA San Martín, La Plata”.
- 2** Se conformó una red de atención en la ciudad en la que este hospital se constituye en un centro de recepción de situaciones complejas, sobre todo las de mayores edades gestacionales, realizando procedimientos de alta calidad como asistolia fetal y aspiración manual endouterina con modalidad ambulatoria.
- 3** Se realizó un mural en conmemoración del Día de Acción Global por el Acceso al Aborto Legal, Seguro y Gratuito (28 de septiembre) con la presencia de Estela Díaz, ministra de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la provincia de Buenos Aires, y con representantes de la Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud y del Gobierno de la provincia de Buenos Aires, así como con las palabras de Dora Barrancos, quien realizó la transformación institucional respecto de la temática del aborto que recuerda y repara los casos de violencia institucional conocidos, destacando a L.M.R.

En el año 2022 el HIGA San Martín de La Plata fue uno de los 10 hospitales provinciales seleccionados para integrar una estrategia para el fortalecimiento de la calidad en la atención. Se inició una evaluación externa de los procesos de atención en salud sexual integral, con centralidad en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), a cargo del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires y la organización Ipas que constó de monitoreos trimestrales con planillas de seguimiento de indicadores de calidad acordados internacionalmente.

Para alcanzar la certificación como Centro de Buenas Prácticas en el Acceso al Aborto se desarrollaron distintas estrategias: mejoras en la comunicación institucional, creación de un plan de accesibilidad para personas con discapacidad, capacitaciones internas a personal de otros servicios, mejoras en la infraestructura y gestión de recursos materiales, revisión de formas de registro y confección de estadísticas, supervisión de criterios clínicos actualizados, capacitación y gestión para realizar vasectomías ambulatorias, e implementación de las primeras encuestas de calidad de atención a personas usuarias de la Asesoría.

Además, se realizó un curso de Formador de Formadores a cargo de la organización IPAS, lo que, combinado con los buenos resultados en los monitoreos, nos permitió alcanzar la certificación como Centro de Buenas Prácticas y constituirnos en un centro de formación.

Reflexiones finales

La experiencia relatada nos lleva a sostener que la garantía del acceso al aborto en nuestro hospital fue un proceso conducido por nuestra disciplina. Tomamos de Cazzaniga la siguiente frase, que nos ayuda a explicarlo: “Consideramos que es justamente el carácter interdisciplinario y complejo de los temas el que no puede ser reducido a la especificidad de un saber profesional, lo que nos coloca en la ventaja frente a otros profesionales en cuanto somos portadores de saberes interdisciplinarios” (Cazzaniga, 2015, p. 103).

Siendo quienes ejercemos el trabajo social personas portadoras de saberes interdisciplinarios, hemos entendido y “aprovechado” la oportunidad histórica, política y profesional de tomar este tema en nuestra agenda de disputa hacia una transformación social. Asumiendo el protagonismo profesional en el abordaje de la problemática del aborto, nos hemos develado cuál es nuestra capacidad de construcción de saberes, hemos asumido el desafío político de una transformación basada en derechos, hemos fundado nuestra intervención en categorías que develan la complejidad de las decisiones de las personas gestantes. Nos hemos hecho cargo de la densidad política de nuestro aporte (Hermida, 2019).

Las características actuales del dispositivo ponen de relieve la construcción histórica del trabajo social en el hospital, dando cuenta de un paso de la profesión subsidiario al discurso biomédico, que con prácticas situadas pero constantes ha alcanzado un protagonismo disciplinar de envergadura en perspectiva histórica (Contreras et al., 2021), pudiendo a la fecha generar estrategias para ofrecer no solo accesibilidad sino calidad en el acceso a IVE-ILE.

Nos seguirá acompañando y motorizando la pregunta que traían las residentes: *Y ahora, ¿por dónde seguimos?*

Bibliografía

Brown, J. (2007). *Ciudadanía de mujeres en Argentina. Los derechos (no) reproductivos y sexuales como bisagra, lo público y lo privado puesto en cuestión*. [Tesis de maestría, FLACSO]. FLACSO Andes. <http://hdl.handle.net/10469/1019>.

Cazzaniga, S. (2015). Trabajo social: entre diferencias y potencialidades. *Tendencias y Retos*, 20(1), p. 93-104. <https://ciencia.lasalle.edu.co/te/vol20/iss1/6/>.

Cazzaniga, S. (2021). *Cuestiones de legitimidad y legitimación en Trabajo Social. El caso argentino*. EDUNER.

Contreras, M. (2023). Legitimidad profesional del Trabajo Social y disputas históricas en el campo de la salud. En Contreras, M., Weber Suardiaz, C. y Zucherino, L. (comp.), *Intervenciones en el campo de la salud. Reflexiones desde Trabajo Social*. EDULP. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/163164>.

Contreras, M., Romero, S., Cabrol, L., e Iriarte, C. (2021). El abordaje de la Interrupción Legal del Embarazo como política de cuidado en el marco de la pandemia por COVID 19. *Territorios. Revista de Trabajo Social*, 6. <https://publicaciones.unpaz.edu.ar/OJS/index.php/ts/article/view/1036>.

Cruz, V. (2020). La trayectoria del Trabajo Social argentino: aportes desde una lectura relacional. *ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social*, 3(6). <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/28357>.

Hermida, M. (2019). La intervención profesional en el capitalismo neoliberal: revisar el enfoque de derechos desde las teorías críticas del Sur. *Abordajes. Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 7(13). <https://revistaelectronica.unlar.edu.ar/index.php/abordajes/article/view/656>.

Mendoza, M. (2020). *Mujeres, feministas, trabajadoras sociales, madres y aborteras* (Informe de rotación por Asesoría en Salud Sexual Integral). Residencia de Trabajo Social. HIGA Gral. San Martín de La Plata.



Acompañamiento desde el trabajo social en procesos de IVE-ILE

María Selene Mira

El reconocimiento de los derechos de las personas con capacidad de gestar, en estrecha relación con los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, forma parte de la etapa más reciente de expansión y consolidación del derecho internacional de derechos humanos.

Este proceso gradual de incorporación y conquista de derechos deviene de un extenso proceso de vulneraciones excluido de la escena pública y de las decisiones políticas, que ha operado y funcionado como un “control de los cuerpos” de las mujeres y de otras personas con capacidad de gestar, y que impidió y obstaculizó la posibilidad de decidir de manera autónoma sobre el propio cuerpo.

Según Giulia Tamayo (2011), “los seres humanos no requieren apropiarse de su corporeidad; si algo debía ser más o menos evidente, es la existencia de tal derecho ... que es el más originario de todos los derechos” (p. 120). No obstante, en el diario devenir de las prácticas sociales vinculadas a los derechos sexuales y la reproducción operan barreras que dificultan el discernimiento en las decisiones que afectan al propio cuerpo.

Por esta razón, el derecho a la salud en el Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos se torna una herramienta que interpela a los Estados en su capacidad de impartir políticas públicas para garantizar, respetar y promover el cumplimiento de los derechos de las personas, e interpela al trabajo social para diseñar estrategias de asesoramiento, escucha y acompañamiento en los procesos de interrupción de embarazos.

Desde esta concepción y perspectiva teórica, la salud debe entenderse de manera integral, y sus afectaciones o riesgos no pueden entenderse solamente como presencia de enfermedad, sino de todas aquellas situaciones que afectan integralmente a una persona (considerando sus emociones y circunstancias de vida). Así, la presencia de uno o más indicadores o factores de vulnerabilidad en la etapa de gestación resulta una situación de riesgo que habilita la posibilidad de la interrupción del embarazo en los casos donde el propósito fundamental es proteger la salud de la mujer.

En la Argentina, como resultado de un complejo proceso de debate y difusión pública de situaciones e imposibilidades de acceder a la interrupción de embarazos, se consigue en 2020 la aprobación y puesta en vigencia la Ley N° 27.610, en la que se establece el derecho a decidir la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud, así como a requerir y recibir atención posaborto en los servicios del sistema sanitario y a prevenir los embarazos no intencionales.

De este modo, las personas gestantes en la Argentina adquieren por primera vez el derecho de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) hasta la semana 14 de gestación, inclusive. Además, se clarifica la posibilidad de determinación de causales en el derecho a la interrupción legal del embarazo (ILE) a partir de la semana 15, que si bien ya estaba contemplada en la legislación argentina, la legislación actual clarifica el alcance del anterior texto del Código Penal Argentino aprobado en 1921, (art. 86).

La Ley N° 27.610 habilita a profesionales de la salud (con rol protagónico para quienes nos desempeñamos en trabajo social) a entender e interpretar los riesgos para la vida desde la causal salud de manera integral, incorporando dimensiones clínicas, psicológicas y sociales, y atravesando en nuestro hacer profesional las determinantes sociales de la salud como causales que habilitan el proceso.

Según Julieta Cano (2022), “la despenalización transforma la realidad para las mujeres y personas con capacidad de gestar, ya que el miedo a atravesar un proceso penal se transforma en la seguridad de tener un derecho subjetivo a decidir sobre el propio cuerpo, que es oponible a las pretensiones de terceros. En esa línea, el reconocimiento legal del derecho a abortar es una dimensión de la ciudadanía” (p. 2). La despenalización constituye un hito trascendente que sitúa a las personas gestantes como sujetos de derecho pleno, reafirmando su autonomía y su posibilidad de autodeterminación.

Como antecedente en la conceptualización de lo que hoy se consideran derechos sexuales no reproductivos, recupero a Josefina Brown (2014), quien nos dice que son “aquellos que permiten a las personas y las parejas, decidir si tener hijos/as o no, cuándo y cuántos tener. También suponen el derecho a gozar de condiciones de salud para la gestante, antes y durante el embarazo, y para el niño o la niña, durante los primeros años. Asimismo, consideran el derecho de las mujeres al aborto legal, seguro y gratuito y el derecho de las personas a ejercer la sexualidad de acuerdo con sus creencias y convicciones. Todos estos derechos garantizados cuando pueden ser ejercidos libres de coacción, violencia y discriminación” (p. 179). De este modo, los derechos sexuales no reproductivos desnaturalizan la maternidad como un único destino posible en el proyecto de vida de las mujeres.

Recuperando la experiencia de intervención

Actualmente me desempeño como profesional del trabajo social en el equipo técnico de la Oficina de Salud y Acceso a la Justicia (OSAJ) que funciona en el Hospital de la Madre y el Niño en la provincia de La Rioja, único hospital público materno infantil de la provincia que alcanza segundo y tercer nivel de atención de la salud.

A comienzos del año 2021, una vez aprobada la Ley N° 27.610, un grupo muy reducido de profesionales del hospital inició el desafío de implementar la ley realizando algunas articulaciones entre diferentes servicios y desarrollando un flujograma de atención que pudiera resolver la necesidad de personas gestantes de que se cumpliera su derecho a la interrupción de embarazos, que se enfrentaba a innumerables obstáculos y dificultades.

Entre las numerosas barreras en el acceso al derecho se identificó la resistencia por parte del 99% del personal de salud del hospital, personal en general, profesionales responsables de servicios y de áreas directivas. Para abordar esa barrera se generaron alianzas de trabajo y cooperación inicialmente entre el Consultorio de Salud Sexual y la Oficina de Salud y Acceso a la Justicia incorporándose posteriormente profesionales de otros sectores e implementando un flujograma de atención en cuatro pasos que viene funcionando bastante bien para los procesos de IVE hasta la semana 12 con tratamientos medicamentosos ambulatorios, y con numerosas dificultades en las IVEs de 13 y 14 semanas que requieren internación, como así también en los procesos de ILE que también implican internaciones.

En lo que respecta a los acompañamientos en el segundo trimestre, se han implementado desde el equipo numerosas estrategias para disminuir la violencia obstétrica que se manifiesta de diferentes modos, como la formación de un equipo de enfermeras que realizan acompañamientos amigables y acuerdos respecto del alcance de la objeción de conciencia en servicios donde la totalidad del personal médico elige esa alternativa, entendiendo que es un hospital público de referencia que debe garantizar el acceso y el trato digno que la Ley N° 27.610 promueve.

Se implementaron para ello mesas de trabajo promovidas por la Coordinación Provincial de Salud Sexual y los servicios intervinientes, y reuniones de equipo interdisciplinario. También se solicitaron capacitaciones al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y garantizamos espacios de actualización profesional y capacitación de manera particular para las personas que integramos el equipo, así como espacios de diálogo en intercambio con organizaciones de la sociedad civil como Amnistía Internacional Argentina y el Equipo Latinoamericano

de Justicia y Género (ELA), que brindaron recomendaciones y especificaciones para los procesos de intervención y pautas para mejorar la implementación de AMEU (aspiración manual endouterina) y técnicas éticas en segundo trimestre. Por otro lado, participamos en conversatorios con equipos de salud mental de la provincia.

En agosto de 2022 se produjo mi incorporación al equipo de trabajo dentro del segundo paso del flujograma en un espacio denominado Asesoría en Opciones y Derechos destinado a pacientes con derivación del Consultorio de Salud Sexual. En este segundo paso se inicia el proceso para casos de IVE (interrupciones de gestaciones hasta la semana 14) y se habilita una instancia de entrevistas para determinación de causales en casos de ILE. El espacio de asesoría es clave para disputar sentidos en torno de la validación de los determinantes sociales de la salud en la causal salud, realizando informes que den cuenta de ello y sosteniendo a ultranza la autodeterminación y la autonomía de la voluntad de las personas gestantes.

En el espacio de asesoría también se articulan la totalidad de internaciones en el Servicio de Maternidad y el acompañamiento durante el proceso, como así también el seguimiento para el control posterior y la anticoncepción conjuntamente con el Consultorio de Salud Sexual.

Actualmente soy la única profesional del Hospital de la Madre y el Niño que se encuentra con funciones exclusivas para el acompañamiento de procesos de interrupción de embarazo. Esta posibilidad es una condición de oportunidad para desarrollar seguimiento telefónico a quienes no acuden a los turnos, evaluar barreras, realizar articulaciones para reprogramación de turnos, informar a los organismos correspondientes las situaciones de violencias por motivo de género y delitos sexuales (tanto aquellas que son de instancia pública por la edad de las víctimas como las que son de instancia privada).

Por último, otros avances dentro del hospital en esta materia son la creación de un espacio de formación y apoyo entre profesionales de trabajo social de la provincia que están acompañando procesos de IVE pero que aún no se animan o necesitan herramientas para intervenir en procesos de ILE, realizando entrevistas e informes de causales. Se han desarrollado, además, reuniones con diferentes áreas del hospital, como la central de turnos y los sectores de enfermería y guardia central, para ir informando y derribando barreras. En estos encuentros la OSAJ confecciona actas y se registran algunos acuerdos. Todo ello desde una perspectiva crítica de los procesos que se están llevando a cabo para consumar la política social de IVE-ILE y aportar propuestas situadas que permitan redefinir los procedimientos a futuro.

Bibliografía

Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (AUPF) y Red Uruguaya de Autonomías (RUDA) (2008). *Barreras. Investigación y Análisis sobre el Acceso de las Mujeres al Derecho a Decidir*. Autores, IPPF/RHO.

Batthyány, K. (2020). Miradas Latinoamericanas a los Cuidados. En K. Batthyány (Coord.), *Miradas latinoamericanas al cuidado* (Introducción). CLACSO.

Brown, J. (2014). *Mujeres y ciudadanía en Argentina. Debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990-2006)*. Teseo.

Cano, J. (2022). Quién(es) decide(n) la IVE. Nuevos contextos y viejos argumentos en el campo jurídico. *Derecho y Ciencias Sociales*, 26. <https://doi.org/10.24215/18522971e099>.

Espinosa Casanova, J. (2022). Procesos de apropiación subjetiva del derecho a la interrupción legal y voluntaria del embarazo (IVE/ILE) de mujeres que transitaron la práctica en Chubut. *Derecho y Ciencias Sociales*, 26. <https://doi.org/10.24215/18522971e103>.

Fernández, A. (1981). Madres en más, mujeres en menos: Los mitos sociales de la maternidad. En A. Fernández, *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres* (Cap. 7). Editorial Paidós.

Iturrieta, Y. (2022). Política de aborto en San Juan. Experiencias y desafíos a partir de su legalización. *Derecho y Ciencias Sociales*, 26. <https://doi.org/10.24215/18522971e098>.

Mac Donnell, C., Padín Losada, G., Prieto Cochet, L., Roa, M. y Scalise, J. (2008). *La perspectiva de género en el análisis del aborto. Aborto, ¿un acto de emancipación?* [Conferencia, V Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata]. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/99492>.

Monzón Battilana, A. (2020). *El aborto y la perspectiva de género en América Latina: Comparación entre textos normativos de la IVE en Uruguay y en Argentina* [Trabajo final integrador, Universidad Nacional de Quilmes]. RIDAA-UNQ. <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/2680>.

Petracci, M., Pecheny, M., Mattioli, M., y Capriati, A. (2012). El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 12.

Resolución 1063/2023 del Ministerio de Salud de la Nación sobre el Protocolo

para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (IVE/ILE). Actualización 2022. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 31 de mayo de 2023. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/287481/20230531>.

Roldan, F. (2016). *Derecho a la salud e interrupción voluntaria del embarazo* [Avances de investigación, Universidad de San Martín]. Red Universitaria sobre Derechos Humanos y Democratización para América Latina.

Romero, M., Ramos, S., Ramón Michel, A., Keefe-Oates, B. y Rizzalli, E. (2022). *Proyecto Mirar: A un año de la ley de aborto en Argentina*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Ibis Reproductive Health. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4671>.

Scott, J. (2002). El género: una categoría útil para el análisis histórico. *Op. Cit. Revista Del Centro De Investigaciones Históricas*, 14. <https://revistas.upr.edu/index.php/opcit/article/view/16994>.

Szwarc, L., Cammarota, K., Romero, M. (2022). Barreras de acceso al aborto legal después de las 13 semanas de gestación: estudio cualitativo con profesionales de la salud en ciudades seleccionadas de Argentina. *Derecho y Ciencias Sociales*, 26. <https://doi.org/10.24215/18522971e101>.

Tamayo, G. (2011). *Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos*. Centro de la mujer peruana “Flora Tristán”.



Aborto legal, seguro y gratuito: una experiencia de intervención desde el Centro de Salud “Mauricio Casal”

Jorgelina Luz María Schmidt

En este texto vamos a realizar una lectura respecto a un abordaje de trabajo de acompañamiento y garantía de interrupciones voluntarias y legales de embarazos desde un centro de salud del distrito oeste que integra el sistema de salud público municipal de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

“Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud.” Así lo define la Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus documentos y así intentamos concretarlo desde nuestro lugar de trabajo, en tanto entendemos al sistema de salud como una red de interacciones, con más o menos complicaciones y complejidades de por medio, de la cual formamos parte siendo un pequeño integrante más.

En este sistema reconocemos la importancia de actores clave y de interacciones entre el sector público municipal, provincial y nacional, al igual que del sector privado que trabaja en esta temática, de las organizaciones sociales y civiles -tales como la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, la Red de Acceso al Aborto Seguro de Argentina, la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, las Socorristas en Red-, las múltiples organizaciones sociales, cada persona que hace su aporte para concretar y garantizar en prácticas los derechos conquistados.

En los últimos años, desde que el aborto es legal en nuestro país de acuerdo con la Ley N° 27.610 de 2020, se produjeron cambios positivos vinculados con la garantía de derechos, al mismo tiempo que por consecuencias mundiales tales como la pandemia de COVID-19 y la crisis económica, entre otros factores, hubo retrocesos en esta misma área.

Sin embargo, nos tranquiliza confiar en que todo sistema tiende a la autoorganización. Esto se refiere a la capacidad de los sistemas para modificar sus estructuras cuando se producen cambios en su medio, logrando un mayor nivel de complejidad durante dicho proceso y potenciando sus posibilidades

de supervivencia. Dichos cambios mantienen la estabilidad lograda a la vez que desarrollan modalidades organizacionales novedosas (Dabas, 1993). Tradicionalmente, cuando se habla de redes en salud, Dabas y Perrone (1999) sostienen que se piensa en la red de establecimientos como sistemas escalonados de complejidad creciente o en el hospital como red expresada en las interacciones de sus estructuras formales. Se trata, por lo tanto, de cambiar estas concepciones con un nuevo sentido.

Nos preguntamos, entonces, ¿por qué pensarnos como trabajadoras inmersas en este sistema de salud lleno de interacciones y complejidades? En el proceso vivido reconocemos parte de un todo mayor nos devuelve a la posición del aquí y ahora de nuestra intervención, nos ayuda a reconocer nuestros límites y potencialidades al momento de trabajar en pos de los objetivos que pretendemos desde nuestro lugar: garantizar el derecho a la salud por parte del Estado, disminuir riesgos relacionados a la salud de las mujeres y otras personas gestantes en situación de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) e interrupción legal del embarazo (ILE), mejorar los procesos de atención para que se llegue al aborto seguro en el menor tiempo posible, garantizar accesibilidad y calidad de atención a pacientes del área de influencia de nuestro centro de salud y otras áreas siempre que sea necesario, asegurar un método anticonceptivo posaborto, registrar en el sistema informático municipal y en la historia clínica familiar todas las intervenciones de salud realizadas resguardando debidamente el secreto profesional. Esto es posible debido al trabajo y compromiso diario de las médicas generalistas, la ginecóloga, las psicólogas, las enfermeras y la trabajadora social que integramos el equipo, respaldadas por el sistema de salud público municipal.

En la historia del sistema de salud rosarino hay mucho por decir con respecto al acompañamiento de abortos. En las últimas décadas, gradualmente se han ido reconociendo prácticas y acompañado con legislaciones locales y con definiciones políticas y de gestión que fueron traccionando entre luchas y resistencias de parte de trabajadores, trabajadoras y autoridades hasta constituirse en la referencia que es hoy la ciudad a nivel país. El Centro de Salud “Mauricio Casal” fue parte de estos procesos junto a los otros 50 centros de salud, y posiblemente haya más de 50 experiencias para narrar, pero nuestra pretensión actual es contar la nuestra (escribo en plural debido a que el trabajo siempre es en equipo).

¿Cómo acompañamos las situaciones de interrupciones de embarazos sin turnos previos y durante las 12 horas diarias que está abierto el centro de salud? Esto es posible en tanto quien recibe la primera demanda dentro de nuestro centro de salud realiza la recepción correspondiente o cuando el sector de administración nos asigna un caso que ha llegado a otro efector de salud

y ha sido derivado. Dando prioridad a la atención de IVE-ILE, realizamos una recepción y abordaje mediante un equipo interdisciplinario conformado por médicas, psicólogas, enfermeras y trabajadoras sociales. Nos constituimos generalmente en duplas para favorecer abordajes integrales y singulares según la situación. En algunos casos, la atención es singular pero luego el trabajo es compartido y reelaborado en equipo. Según las circunstancias de cada persona consultante buscamos generar un tiempo y espacio propicio para la toma de una decisión autónoma y acompañar el proceso, con perspectiva de derechos, feminista y amorosa.

Desde 2020 contamos en el centro de salud con servicio de realización de ecografías, lo cual nos facilita la tarea y agiliza la realización de las mismas con celeridad y sin requerimiento de turno previo la mayoría de las veces. En nuestro efector también se realizan análisis de sangre cuando se requieren, los cuales se hacen por orden de llegada a fin de facilitar la accesibilidad diaria. Luego, según la situación abordada, realizamos la solicitud a la farmacia de la medicación cuando el procedimiento se realiza con misoprostol en forma ambulatoria, y/o solicitamos turno para la aspiración manual endouterina (AMEU) en el Centro de Especialidades Ambulatorias de Rosario (CEMAR). Esta derivación con turno la realizamos cuando se requiere y la persona gestante en condiciones de abortar accede a concurrir a este efector ubicado en el centro de la ciudad, donde cabe mencionar que desde la sanción de la Ley N° 27.610 la oferta de horarios destinados a tal práctica aumentó. En todos los casos abordados procuramos continuar con el proceso de atención de salud y seguimiento posterior, sea en nuestro centro de salud o donde corresponda.

Ahora bien, también nos interrogamos qué podemos aportar desde el trabajo social al acompañamiento de las interrupciones de embarazos.

Comprendemos que los acompañamientos de IVE-ILE están atravesados por el criterio de salud ligado a las posibilidades de mejoramiento de la calidad de vida, lo cual implica continuar fortaleciendo la perspectiva de atención primaria de la salud como una estrategia de salud transversal al sistema de salud que supera los límites de la clasificación en niveles de complejidad y se relaciona con varias necesidades: entender a la salud como derecho; garantizar el acceso universal a la atención adecuada; articular lo preventivo con lo promocional; ver el cuidado, lo curativo y lo rehabilitador como un proceso continuo; encarar la integralidad de la atención con enfoque territorial; dar cuenta de lo singular, lo familiar y lo comunitario; respetar la interculturalidad; y favorecer la participación social.

Claramente, cuando hablamos de salud ligada al mejoramiento de la calidad de vida no se trata de una tarea sencilla ni que pueda concretarse desde

alguna disciplina o profesión en particular. Por eso afirmamos que necesitamos continuar reforzando nuestra formación en lo interdisciplinario. Stolkiner (1999) afirma que “la interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. ... La actividad interdisciplinaria, sea de la índole que sea, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello”.

Para consolidar la perspectiva interdisciplinaria tenemos que tener en cuenta la historia de la consolidación de las profesiones, momento en el cual se determinaron las incumbencias, también denominadas “competencias” profesionales. Eso señala que el nudo de tensión nos antecede. Sin embargo, nos coloca en la tarea de afrontar el conflicto y procurar instituir prácticas cooperativas entre las profesiones superando los resabios de la competitividad.

Si bien se puede reconocer desde las diferentes disciplinas aspectos de incumbencia específica, la comprensión de las situaciones que se abordan merecen un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de integralidad, para luego identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad. Desde esta perspectiva no hay una disciplina particular que intervenga en lo social, en todo caso habría una “mirada disciplinar” que se hace cargo de ciertos aspectos de lo social. (Cazzaniga, 2002)

Propongo dar lugar a reflexionar y hacer el ejercicio de atravesar el proceso de desmitificar el falso dilema de especificidad disciplinar versus interdisciplina para comprenderlo como una convergencia, en tanto es necesario consolidar la propia disciplina para generar interdisciplina. Una no es excluyente de la otra, ni debe ir detrás, ya que son planos que convergen y requieren de una perspectiva ética que reconozca la pluralidad de principios, la diversidad de prácticas que coexisten y la heterogeneidad de corrientes de pensamiento, donde nuestras intervenciones estén siempre fundamentadas en la clínica de cada persona que atendemos y en el marco de los lineamientos de la ley, por lo cual es posible pensarlo también desde una clínica transdisciplinaria.

Para lo cual retomo la concepción de la “clínica transdisciplinaria de la intervención social” que desarrolló Saül Karsz. El mismo autor señala que en principio fue una propuesta específicamente orientada a trabajo social, aunque también puede servir a distintos intervinientes en el ámbito de las políticas sociales: docentes, psicólogas, médicas, comunicadoras sociales, sociólogas, entre otras. Es una propuesta que les permite a las profesionales dar cuenta realmente de qué hacen con su intervención, de los efectos sobre nuestra persona, y sobre las personas e instituciones con las que trabajamos.

De tal modo, considero que es posible establecer cierta analogía entre la salud pública y el modo en que Karsz plantea al trabajo social cuando menciona que, debido a la división disciplinar y a la ultraespecialización, las ciencias sociales separan una realidad que se les presenta unida. En el caso de las trabajadoras y trabajadores sociales, más que en otras profesiones -aunque bien podrían incluirse a otras ramas de la salud pública-, hablamos de dimensiones múltiples y variadas (psíquicas, económicas, familiares, escolares, sexuales, entre otras) haciendo más compleja su interpretación e intervención en ellas.

Esta perspectiva basada en la cooperación y la transformación mutua es una gran apuesta que desafía algunos de nuestros patrones de comprensión, de intervención y de generación de conocimientos. En tanto posibilita posicionarnos en espacios de innovación de prácticas creativas emergentes para la generación de cambios cualitativos que aporten a mejorar la salud integral y, por ende, la calidad de vida de nuestras pacientes, consultantes y usuarias del sistema de salud pública, al mismo tiempo que posibilita generar estrategias para mejorar nuestros ámbitos laborales en el trabajo en equipo.

Para terminar, nos propongo un gran desafío. Con la necesaria regulación de los ideales, el reconocimiento de nuestros límites y angustias, podemos afrontar el desafío como trabajadoras del Estado de ser productoras de salud, registrando y valorando en primer lugar el cuidado de nuestra propia salud y el cuidado de la salud del equipo.

Bibliografía

Cazzaniga, S. (2002). Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. *Revista Margen*, 27. <https://www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html>.

Colao, M., Ferrero, R., Lescano, C., Piccoli, M. y Willems, A. (2018). *El aborto como problemática de Salud Pública: una estrategia de intervención*. Ponencia presentada por equipo del Centro de Salud "Mauricio Casal" de la provincia de Santa Fe, Argentina, en la Convención Internacional de Salud, Cuba.

Dabas, E. (1993). *Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Editorial Paidós.

Dabas, E. y Perrone, N. (1999). *Redes en Salud*. <https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/redes.pdf>.

Karsz, S. (2007). *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. Gedisa.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2023). *Sistemas y Servicios de Salud*. <https://www.paho.org/es/sistemas-servicios-salud>.

Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Revista Campo PSI*. <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>.



El aborto como “problema de salud pública”. Experiencias post sanción de la Ley N° 27.610 en Villa Mercedes, San Luis

Ariel Sanabria

Introducción

El aborto, históricamente, ha sido entendido y abordado en el sistema de salud como un problema. Incluso a la hora de fundamentar la aprobación de la Ley N° 27.610 uno de los argumentos más contundentes expresaba que el tema es un “problema de salud pública” y, como tal, debe ser resuelto en ese campo.

Transformar esa concepción es un arduo trabajo, en tanto sostener que el aborto debe ser pensado como un derecho implica desarmar un conjunto de mandatos, algunos de corte bioéticos y otros de tipo biopolíticos, sociales y culturales. Los derechos pueden ser definidos como una pretensión genuina de goce de alguna práctica o recurso que están contemplados tanto en cuerpos normativos como en la disputa pública. A ello se refiere la noción de ciudadanía sexual cuando considera el carácter sexual de la desigualdad en el acceso a lo producido socialmente, no solo en el campo de la redistribución sino fundamentalmente en tanto reconocimiento (Fraser y Butler, 2000). Superada la mirada sobre los derechos individuales, sostengo el planteo del debate acerca de lo comunitario como enclave imprescindible del goce de los derechos, ya que en ese espacio se dirimen las miradas, las concepciones y los deseos. Las decisiones de materner o no, de gestar o no, de criar o no, atraviesan un sinnúmero de dimensiones que las posibilitan o las obstaculizan. En esas decisiones se rozan los deseos con el deber ser. Juegan allí las presiones sociales tradicionales de la reproducción, los “instintos maternos”, la condición maternal como mandato ineludible de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar.

En este trabajo intentaré, de manera resumida, exponer algunas de estas condiciones en el modo en el que desde nuestra experiencia en el sistema de salud en la ciudad de Villa Mercedes, provincia de San Luis, se ha trabajado en la garantía del acceso al derecho a decidir sobre su propio cuerpo de las mujeres y personas con capacidad de gestar. El referente empírico de este trabajo es la Consejería de Salud Sexual Reproductiva y No Reproductiva del Hospital “Dr. Suárez Rocha”.

Es válido aclarar que este texto no tiene pretensiones de generalizar y aportar conclusiones finales, sino más bien es un trabajo de corte artesanal y situado en el contexto en el que se aborda.

Contexto situacional

Villa Mercedes es la segunda ciudad más importante de la provincia. Tiene una población de 140.000 habitantes y el sistema de salud depende del Gobierno provincial a través del Ministerio de Salud, el cual está organizado en sus tres niveles de atención.

Nuestra experiencia de trabajo se sitúa en el Hospital “Dr. Suárez Rocha”, perteneciente al Área de Atención Primaria de la Salud (APS). Allí, desde el año 2014 formo parte del equipo de salud como trabajador social. En el año 2015, por articulación con la primera colectiva de la organización Socorristas en Red de la ciudad, comenzamos a atender la demanda a partir de la implementación del Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE) producto del Fallo F.A.L. de 2012, aun cuando el Ministerio de Salud provincial no había adherido oficialmente. En octubre de 2018, luego del rechazo en el Senado de la Nación, el gobernador Alberto Rodríguez Saá mediante el Decreto N° 5142/18 decretó la adhesión al protocolo ILE y por el Decreto N° 5146/18 a la Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral.

Estrategias

A partir de ello se conformó en el hospital un espacio denominado Equipo ILE con participación de profesionales de diversas disciplinas del equipo de salud (obstetras, médicas, psicólogas, trabajadoras sociales) y las compañeras socorristas de nuestra ciudad. Los objetivos del equipo eran articular y generar las condiciones para el efectivo acceso al sistema para quienes manifestaran la demanda de interrupción del embarazo por causales.

Tiempo después se sumaron a este espacio referentes del segundo nivel de atención: profesionales de medicina con especialización en ginecología, una psicóloga y una trabajadora social.

Con la sanción de la Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) las condiciones cambiaron sustancialmente. Creo adecuado afirmar que “la clandestinidad cambió de lado”, en tanto los equipos que promovíamos la atención hasta ese momento lo hacíamos bajo un manto de

sospecha, porque sosteníamos nuestra intervención en condiciones de cierta reserva para favorecer la confidencialidad, cuidar la privacidad de las mujeres y otras personas gestantes ante la mirada acusadora y hostigadora de quienes se oponían a la práctica. Es notable referir cómo luego de la sanción más profesionales del sistema de salud han solicitado su ingreso al Equipo IVE-ILE, tanto por interés genuino como por corrección política. Para quienes no tienen una posición radicalizada en contra, integrar el equipo que garantiza el derecho les aporta un plus de valor simbólico.

Actualmente el equipo está conformado por obstetras y un trabajador social, ocasionalmente con la presencia de médicas y agentes sanitarias.

La estrategia metodológica consiste en una intervención integral sobre las condiciones en las que se presenta la demanda, una defensa a ultranza de la voluntad de quien la expresa, un análisis y acompañamiento del proceso de interrupción a través de una entrevista en consultorio con escucha activa, confidencialidad, consentimiento informado, y acompañamiento telefónico amoroso y confiable. El instrumento entrevista nació de un mix entre los formularios oficiales de historia clínica y registro con el dispositivo elaborado por Socorristas en Red, por lo que al compartirlo redunda en la elaboración de estadísticas conjuntas que facilitan la caracterización del escenario.

A su vez, la entrevista contempla la realización de estudios complementarios garantizados en nuestro hospital: al principio solo contábamos con la opción de derivar a Laboratorio, pero desde el año 2023 se sumó también el Servicio de Ecografía. Disponer de la posibilidad de realizar estos estudios en nuestro hospital no implica dilación. Inicialmente hubo que trabajar con los equipos de estos servicios para no lesionar la confidencialidad o generar discriminación y/o violencias a partir de sus posiciones personales con respecto al aborto.

Facilitadores y barreras

Teniendo en cuenta que el promedio de interrupciones acompañadas realizadas en el Hospital “Dr. Suárez Rocha” en los años post sanción de la ley es de 140 anuales, se desprende que un facilitador para que esto sea posible es el libre acceso, sumado a la coordinación realizada con los distintos servicios que habilitan ese acceso y a la generación de un clima garante del derecho. Todo esto hace que la demanda esté integrada por personas que exceden la zona de cobertura de nuestro hospital.

Otro facilitador que debe ser resaltado es la articulación interinstitucional. El Equipo IVE-ILE fue motorizado tanto por la militancia activista de las compañeras

socorristas como por integrantes de los equipos de salud. Hay un grupo de WhatsApp integrado por todas las personas que articulan las acciones. Esto aporta un plus de amorosidad cuando se entrecruzan las acciones propias del equipo de salud con el acompañamiento sororo y feminista de las socorristas. Algunos equipos realizamos el acompañamiento del proceso de manera telefónica, una modalidad impulsada e institucionalizada por el socorrismo.

Entre las barreras más relevantes con las que nos encontramos en la práctica se encuentra la inestabilidad en la provisión de la medicación. Hemos tenido momentos de falta que, si bien han sido relativamente cortos, producen incomodidad en los equipos e incertidumbre para quienes solicitan la práctica. Sabemos que la demanda se sitúa en un contexto de necesidad imperiosa de solucionar lo que para esa persona es un problema grave (esta idea tensiona la cuestión desde la perspectiva de derechos que vengo desarrollando) y debe resolverse inmediatamente. Esto interpela también a las representaciones sociales que se tienen sobre el mandato de la maternidad y el aborto.

Otra barrera es la ausencia de campañas de difusión masivas sobre la ley y la práctica. Desde los órganos competentes no se observan acciones tendientes a generar un escenario de circulación pública de los contenidos de la ley y de información sobre la misma, como lugares donde se garantiza, profesionales que realizan el procedimiento, etc. Entre los objetivos de estas acciones figuran la necesidad de articular y dar a conocer en qué lugares y con quiénes se podrá consultar y solicitar la interrupción sin ser violentadas, discriminadas o etiquetadas por hacerlo.

Perduran, también, sectores y profesionales resistentes al aborto, en algunos casos ligado a posiciones ideológicas, en otros en base a desinformación sobre la ley, y en otros bajo la adhesión a una figura jurídica como la objeción de conciencia. También hay sectores que se limitan a garantizar con la entrega de la medicación y la información básica, sin tener en cuenta que se trata de un abordaje de salud integral donde una de las dimensiones que se trata es la interrupción.

Desafíos

Entre los desafíos vigentes considero necesario revisar las estrategias con respecto al control post evento, en tanto no todas las personas que interrumpen su gestación regresan a realizar el control y la ecografía posteriores. Hemos tenido situaciones en que pareció que funcionaba el tratamiento y finalmente no fue así, por lo que suelen regresar un mes o más después con un embarazo avanzado.

Otro de los aspectos que creo necesario referir es la necesidad de estudiar con mayor profundidad las afectaciones, si las hay, del uso de la medicación, evaluando posibles implicancias ligadas a la salud integral de las mujeres y personas gestantes que abortan.

Por otro lado, el uso del preservativo sigue siendo un elemento importante en las situaciones de interrupción. Entiendo que su uso es el factor de mayor democratización de las responsabilidades en el cuidado de la salud reproductiva y no reproductiva. Si bien se asesora sobre la importancia de un método anticonceptivo de base para las mujeres y cuerpos gestantes, el uso del preservativo iguala las responsabilidades, hace de la relación sexual un ejercicio compartido, genera implicación del varón y consolida su “eyaculación responsable” (Fabbri, 2021).

Finalmente, en las entrevistas ante la demanda no suele aparecer en el discurso de quienes la solicitan el conocimiento y/o manejo de la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) como método de prevención de embarazos no deseados. Circulan ideas o representaciones ligadas al desconocimiento de sobre su existencia y provisión, como que la forma de acceso es la compra en farmacias con receta, desconociendo que es de venta libre y que además se entrega de forma gratuita en el sistema público de salud y a través de las obras sociales y prepagas. Por todo esto se hace necesario elaborar estrategias de difusión de toda la información necesaria al respecto.

Conclusiones

Para finalizar, entiendo el proceso en el marco de un desarrollo histórico, dinámico, que fluctúa en cuanto a relaciones de fuerzas y condiciones de posibilidad. La sanción de la ley vino a reparar una deuda histórica de visibilización de una práctica ancestral ligada a la decisión de las mujeres y personas con útero sobre la maternidad, una respuesta a la discusión acerca de los mandatos que el patriarcado ha establecido en relación con la reproducción biosocial de la sociedad moderna. Las luchas feministas instalaron el debate en la agenda pública y política que derivó en el reconocimiento del derecho. El desafío actual es el cumplimiento efectivo. En ese orden, considero fundamental la generación de una ecología de los derechos reproductivos y no reproductivos que permita responder a la demanda de manera integral y transversal desde el sistema de salud público, tal como se suele o debe responder a cualquier otra situación de salud que merezca ser atendida. Para ello, resulta necesario profundizar las estrategias de garantía en todos los sectores del sistema de salud, generar campañas de difusión seria y responsable, instrumentar los dispositivos de la ley de objeción de conciencia para resolver esas tensiones, garantizar la

articulación con el sistema educativo para que se implemente efectivamente la Ley de Educación Sexual Integral, trascender las barreras del sistema educativo con estos contenidos –basta citar que las estadísticas propias dan cuenta de que la población que más demanda interrumpir embarazos y en la hay más registro de infecciones de transmisión sexual (ITS) está situada en el rango etario de 19 a 35 años, es decir población adulta- para colocarlos en el campo de lo social comunitario, y aportar a la democratización de los cuidados abarcando a la población masculina en cuanto a su responsabilidad en el tema.

Bibliografía

Fabbri, L. (2021). *La Masculinidad Incomodada*. Homo Sapiens Ediciones.

Fraser, N. y Butler, J. (2000). *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate entre marxismo y feminismo*. Traficantes de Sueños.

Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Cátedra.

Ley N° 26.150/2006 de Educación Sexual Integral. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 24 de octubre de 2006. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/7294534/20061024>.

Ley N° 26.529/2009 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 20 de noviembre de 2009. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/9462374/20091120>.

Ley N° 27.610/2020 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 15 de enero de 2021. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>.



Experiencias de intervención del trabajo social en el acceso al aborto y posaborto

Rosana María Schnorr

Cuando hablamos de salud sexual integral pareciera, para muchas personas, que es poner en la agenda una cuestión repetitiva, la cual ya se ha trabajado suficientemente y que se encuentra bastante integrada en la cotidianidad de la sociedad. Sin embargo, sabemos que en la práctica no es así. Cuando trabajamos en el ámbito comunitario nos encontramos con historias que parecen increíbles a estas alturas, en cuanto a desconocimiento y mitos que circulan, con la cantidad de información que existe en tantos lugares. Pero sabemos que la disponibilidad no es garantía de acceso.

Abordar esta problemática aún es un tema tabú que genera vergüenza, miedos. Es un tema que se juzga, que se etiqueta y que cada persona mira desde su paradigma del mundo. La provincia de Misiones, Argentina, es el lugar donde vivo y en el cual desempeño mi actividad como trabajadora social en el ámbito comunitario. Es una de las provincias con mayor tasa de fecundidad adolescente temprana de la Argentina: 3,6 por 1000, luego de Formosa con 4,4 por 1000 y Chaco con 3,7 por 1000, muy por arriba de la media nacional que es de 1,5 por 1000. Los números nos muestran una realidad y también una problemática de la cual hay que hacerse cargo y que requiere intervención urgente.

La experiencia de mis intervenciones se da desde hace varios años y se acentuó con la creación del Plan de Prevención de Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan Enia), un programa interministerial donde se unieron tres ministerios: Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y Ministerio de Educación de la Nación, a fin de realizar un abordaje integral, en articulación con los respectivos ministerios provinciales. En este contexto, desde mi rol como parte del Equipo Técnico Territorial de la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia (SENAF) del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación tuve la oportunidad de trabajar con familias, adolescentes e infancias. La estrategia de abordaje fue mediante talleres en diferentes barrios de los municipios del departamento Libertador General San Martín en los que se han trabajado diferentes temáticas que incluyen la educación sexual integral, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), la interrupción legal del embarazo (ILE), los derechos, el acceso a métodos anticonceptivos, el cuidado del cuerpo,

la construcción social de los vínculos, y las nociones de género y diversidad.

Para lograr intervenciones exitosas es importante contar con un equipo de trabajo, aprender que la corresponsabilidad se genera a través de redes de equipos interinstitucionales, donde todas las personas somos parte y podemos aportar nuestro compromiso, conocimiento y trabajo. Esta es la fortaleza más grande que tiene la provincia de Misiones: sus recursos humanos, con equipos de trabajo empáticos, comprometidos e innovadores.

Hablar de salud sexual integral se asocia a hablar de relaciones sexuales, cuando en realidad sabemos que es mucho más que eso, que es hablar de respeto, de gestión emocional, de cuidado, de expresar la verdad, de conocernos, de poner límites, de construir vínculos más sanos y, sobre todo, de dejar de naturalizar prácticas que son vulneraciones de derechos.

Abordar la cuestión de los embarazos y de la interrupción genera rechazo, estigma, vergüenza, miedo, dolor, ausencias. Requiere romper estructuras, revisar creencias, mitos, cuestionar verdades absolutas y posicionamientos desde miradas negadoras de realidades que explotan a diario condicionadas por creencias y mandatos sociales.

Cuando inicié los talleres para hablar de IVE y de ILE el país se encontraba en un contexto complejo, ya que estaba en pleno debate la ley de aborto legal, lo cual generaba muchas pasiones, posicionamientos y enfrentamientos. O estabas de un lado o del otro, eras verde o celeste, cada cual defendiendo su posicionamiento, y en el medio estaban los equipos territoriales abordando este tema. Este contexto nos dio la oportunidad de reflexionar acerca de nuestras prácticas profesionales y de cómo muchas veces empañamos las intervenciones con nuestro legado de creencias. Aprender a sacarse el ropaje y cuestionarnos nuestras intervenciones es una tarea fundamental para cada día. Posicionarse como agente que acerca derechos, brinda marcos normativos y herramientas, y no influye en las decisiones de los sujetos de derecho es clave para construir vínculos y estrategias de acompañamiento.

El aborto requiere intervención, requiere diálogo, requiere romper estigmas y creencias. No es un tema de nuestra época, siempre ha estado presente en nuestra sociedad, solamente que se lo ha invisibilizado. Hablar de aborto genera muchas emociones, es una decisión que impacta la vida de manera emocional, física y mental. Desde mi experiencia también acompañé a personas en el posaborto, que es una parte de la cadena de esta construcción de acceso a derechos que se encuentra muy debilitada o es inexistente.

El aborto es un tema que hay que abordar. Es una decisión que toma una

persona en un determinado momento de su vida y, como todas las elecciones, también tiene consecuencias que toca asumir: a nivel físico, mental y emocional. Es un hecho de profundo impacto y, como es un tema del cual no se habla, genera miedo, enojo, culpa, vergüenza, dolor, exclusión. Es necesario establecer espacios de cuidado, de acompañamiento y contención desde el respeto, porque es un proceso que hay que atravesar, es un duelo, y los duelos necesitan ser atendidos. Es una necesidad de salud pública y no compete solo a las mujeres.

Y, por último, que haya una ley no significa que se favorezca el aumento de abortos. Significa que las situaciones se hacen visibles, porque existen y seguirán existiendo. Hacer visibles los abusos sexuales que se han naturalizado por años también es parte de este proceso. Elegir materner o no materner es una decisión individual que está condicionada por múltiples factores. Disponer de espacios de escucha y acompañamiento preaborto y posaborto es una gran tarea que está pendiente en muchos lugares. Escuchar te permite ver nuevas perspectivas y enriquecer el panorama.



Experiencias de la Cátedra abierta “El aborto desde un abordaje social, de derechos humanos y de salud integral” de la Facultad de Trabajo Social de la UNER

Nadia Ahumada, Rita Gimena Bacci, Carina Carmody, Alicia Genolet y Luciana Duarte

La Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER) cuenta con una cátedra abierta denominada “El aborto desde un abordaje social, de derechos humanos y de salud integral” desde el año 2019, fruto de la participación activa de docentes, estudiantes y profesionales en las luchas colectivas por el derecho al aborto. Escribimos la experiencia desde pertenencias académicas, profesionales, feministas y militantes/activistas, entendiendo a la formación de cuadros profesionales de trabajo social como estrategia de intervención profesional. Escribimos acordando también con la premisa de que la universidad pública es un derecho no solo individual sino sobre todo colectivo, donde el pueblo tiene que poder ser parte de los procesos y de los resultados de la existencia de nuestras universidades y del trabajo que desarrollamos en ellas.

Reconstruyendo lo andado, como ejercicio de memoria y ciudadanía feminista

Carmen Lera (2015) presenta a lo político como componente ineludible de la intervención profesional del trabajo social, en tanto esta se desenvuelve en el marco de las relaciones sociales inscriptas en la lógica capitalista (y patriarcal). Por ende, en sus contradicciones en el ámbito de las relaciones de poder. Uno de los sentidos que puede asumir esta dimensión política es aportar a los procesos de construcción de los problemas sociales en términos de su interpretación y enunciación, visibilización e instalación de la esfera pública, y a la lucha por la materialización de respuestas por parte del Estado. Desde esta concepción también entendemos que construir espacios de ciudadanía y ejercicio de derechos humanos es una apuesta etico-política del trabajo social que nos lleva a

reflexionar desde la intervención profesional pero también desde la investigación, la extensión y la docencia. Desde estas concepciones entendemos los recorridos realizados desde la cátedra impulsada y coordinada por la Facultad de Trabajo Social en sus aportes a la construcción del aborto como un derecho humano y una cuestión de salud pública y justicia social; y en sus aportes a la legalización del aborto y hoy al acceso a su derecho regulado por la Ley N° 27.610, en coconstrucción con los movimientos feministas, colegios profesionales, sindicatos y algunas instituciones del Estado.

Brevemente realizaremos un recorrido por los antecedentes, entendiendo que la reconstrucción de los procesos aporta a seguir escribiendo la memoria colectiva feminista como ejercicio también de ciudadanía, atendiendo a las ausencias de relatos o a la invisibilización que nuestros espacios suelen atravesar.

Como en el resto del país, la recuperación democrática fue escenario de la aparición de lo que se conoció como estudios de las mujeres en la Facultad de Trabajo Social de la UNER, donde la investigación y la extensión comenzaron a desandar problemáticas sociales incorporando y produciendo corpus teórico feminista. El inicio del siglo XXI nos encontró con inscripciones feministas en las tres funciones de la universidad, con diálogos y procesos en conjunto con organizaciones sociales, feministas, de mujeres y de las disidencias. Para el año 2010, y en coincidencia con el desarrollo en Paraná del “XXV Encuentro Nacional de Mujeres”, la Facultad de Trabajo Social promovió la adhesión por parte de nuestra casa de estudios al proyecto de ley presentado por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Docentes, estudiantes y graduadas eran participantes activas de la campaña, por lo que podemos ver aquí los intersticios que se generan entre las militancias/activismos y la formación académica, permitiendo incidencia política en la promulgación de marcos normativos que amplíen derechos. En el año 2012 el Consejo Superior de la UNER adhirió al proyecto de ley, ratificando dicha decisión en el decisivo año 2018, cuando la marea verde inundó las calles, las plazas, las instituciones, los barrios y también las universidades.

Durante el año 2019, y luego del rechazo de la propuesta de ley por parte de la Cámara del Senado de la Nación y ante un contexto de crisis en el país y en lo local con la lucha de la comunidad universitaria frente a las medidas de desfinanciamiento y retroceso de derechos del Gobierno de Mauricio Macri, nació la idea de crear la cátedra abierta. Fue así como la misma se propuso como un espacio que posibilitara:

- > Generar un ámbito de formación extracurricular y abierto a la comunidad sobre la temática del aborto desde un abordaje social, de derechos humanos y de salud integral, promoviendo una formación crítica sobre el tema.

- > Compartir los saberes coproducidos en los últimos años junto a otras actoras feministas y seguir generando nuevos conocimientos situados.
- > Formar cuadros profesionales del trabajo social y de otras disciplinas desde una perspectiva de salud integral, de derechos humanos y feminista.
- > Contar con un espacio de legitimación institucional para diferentes propuestas de extensión, investigación y docencia.
- > Continuar generando incidencia política para la ampliación de derechos y ciudadanía en las mujeres y disidencias.

La propuesta se presentó desde un grupo de docentes y estudiantes mayoritariamente de trabajo social, como así también de organizaciones sociales como la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, y Socorristas en Red, iniciando un 8 de agosto, exactamente un año después de que 38 senadores y senadoras votaran en contra del Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y dejara a la deriva, con su voto, el reclamo de miles por “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir”.

De esta manera se dio inicio a un espacio de formación abierta, gratuita y accesible para la comunidad sorda (ya que contamos con intérpretes en Lengua de Señas Argentina), en el cual hay participación de diferentes actores de la comunidad universitaria, profesionales de la salud y activistas. En el convite se presentaron cinco módulos con los siguientes ejes:

1. El aborto en clave sociohistórica, política y cultural
2. Aborto y marco normativo en las luchas por la despenalización y la legalización
3. Derecho a decidir en las infancias y adolescencias
4. Abordaje integral del aborto en equipos de salud
5. Experiencias singulares, institucionales y comunitarias relativas a las prácticas de aborto

En el año 2020 nos incorporamos a la Red de Cátedras en Universidades Públicas Nacionales sobre Educación Sexual y Derecho al Aborto (RUDA) y en ese marco participamos en la organización e implementación de la Cátedra Libre Virtual por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito en un contexto de pandemia.

Y ahora que es ley...

La historia es conocida: terminando el año 2020, en un contexto de pandemia, la lucha de años de los feminismos convirtió en ley el derecho a abortar. Desde nuestra profesión y disciplina entendemos que la garantía del ejercicio de

nuestros derechos no culmina con una ley, sino que allí comienza otro momento para garantizar lo que la normativa plantea.

El trabajo social desarrolló prácticas y saberes cuando solo contábamos con la interrupción legal del embarazo (ILE) por causales, aportando con fundamentos profesionales y disciplinarios a comprender la salud de manera integral, a garantizar la autonomía de las personas como eje rector de los acompañamientos, a situar cada práctica de aborto para generar intervenciones que produjeran accesibilidad en los derechos. En este momento, contando ya no solo con la ILE sino también con la IVE, nos toca seguir edificando desde los cimientos construidos para que la ley se conozca, se demande y se garantice.

En este nuevo escenario las acciones como cátedra han sido diversas, pero con el objetivo de que el aborto en nuestra provincia y en nuestro país se efectivice. Mencionaremos algunas de las líneas desarrolladas para poder observar cuáles fueron las estrategias post sanción de la ley:

- > Actividades intercátedras y promovidas por estudiantes en conjunto con centros de salud que garanticen IVE-ILE.
- > Proyecto de extensión junto a organizaciones de la sociedad civil y organismos provinciales como el Ministerio de Salud, en pos de trabajar los derechos sexuales integrales con localidades de la provincia donde no se está garantizando la IVE-ILE o existen dificultades.
- > Diagnóstico realizado ante una convocatoria de Amnistía Internacional Argentina para conocer la implementación de la IVE-ILE a un año de su sanción, con realización de entrevistas a profesionales, activistas/militantes y personas que accedieron o solicitan una IVE-ILE.
- > Difusión del derecho y de las políticas públicas que generan accesos, como la línea telefónica 0800 Salud Sexual.
- > Participación en jornadas y encuentros a los que nos han convocado desde diferentes espacios institucionales y militantes.
- > Participación en un ateneo sobre el acceso al aborto organizado por el Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Entre Ríos.
- > Dictado del seminario optativo “Salud Sexual Integral: aportes desde las Ciencias Sociales y el activismo feminista. Intervenciones posibles” para estudiantes de la Licenciatura en Trabajo Social y la Licenciatura en Ciencias Políticas.
- > Acompañamiento e impulso de tesinas y procesos de investigación.

Reflexiones y desafíos desde el trabajo social y la formación profesional

A partir del recorrido realizado y descrito es que realizamos las reflexiones que compartimos a continuación.

La importancia y urgencia de formar profesionales desde la perspectiva que la cátedra aborda y puntualmente en torno al aborto como una cuestión de derechos humanos y salud pública sigue siendo un desafío de la formación de trabajo social. Las cátedras y estos temas no suelen estar aún en las currículas de los programas de las asignaturas, sino que siguen siendo espacios opcionales, optativos. Aun así, podemos observar que en nuestra provincia la incidencia que se ha tenido en la formación se refleja cuando en diferentes equipos nos encontramos con profesionales de trabajo social que promueven el acceso al derecho desde la interdisciplina y la intersectorialidad.

La rectoría en espacios institucionales sigue siendo un tema a abordar, para generar institucionalidad en un derecho que sale de la clandestinidad, y que hoy tiene otro piso para ser trabajado. Las condiciones laborales es otro de los temas que nos atraviesan a la hora de pensar estrategias en el sistema público de salud, y puntualmente sobre las profesiones no médicas. Asimismo, la ausencia o insuficiencia de estrategias de comunicación situadas según las realidades y contextos, y en conjunto con la comunidad, es un tema recurrente en los diagnósticos y los diálogos a partir de los proyectos de extensión y de las acciones con profesionales.

Eradicar los obstáculos sociales e institucionales de las rutas críticas es otro de los temas que desde las estrategias de intervención profesional observamos que necesitamos seguir profundizando de manera colectiva desde los diferentes espacios en los que ejercemos nuestra profesión. Estas rutas se inician con las dificultades en el acceso a la información y en el dar con instituciones públicas que la garanticen (que si bien deberían ser todas sabemos que aún no es así) y profesionales que acompañen respetando los derechos a la autonomía, la confidencialidad y la celeridad; y continúan con la complejidad de acceder a ecografías sin maltratos, a la práctica, así como también a las consultas posteriores.

Los procesos caminados en torno a la consolidación de redes y a la coconstrucción con organizaciones, y las estrategias que nos dimos para despenalizar socialmente el aborto tienen que revisitarse para nuestro actual objetivo: garantizar el derecho a la IVE-ILE y a los derechos sexuales integrales. Por ello consideramos necesario continuar generando rupturas de lo que se ha comprendido desde perspectivas hegemónicas por salud (como ausencia

de enfermedad) y por sexual (relacionado solamente con la dimensión biológica). Nos proponemos comprender la salud sexual como un derecho humano y social, es decir no aislado para su ejercicio de los derechos sociales ni visto como derecho solamente individual. Entendiendo así la salud como normatividad, vinculada con los procesos que la protegen y la potencian singular y colectivamente, generando una comprensión compleja de las dimensiones políticas, institucionales, legales, ideológicas y sociales, que se articulan en la promoción de la salud sexual integral en relación a la autonomía, el cuidado, el respeto y el placer.

Bibliografía

Fundamentos de la Cátedra abierta “El aborto desde un abordaje social, de derechos humanos y de salud integral” de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos (Resol. 342/19 CD).

Informe “Relevamiento de información sobre la implementación de la Ley N° 27.610 en la provincia de Entre Ríos” realizado por la Cátedra abierta “El aborto desde un abordaje social, de derechos humanos y de salud integral” de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos en 2021.

Informes de la Cátedra abierta “El aborto desde un abordaje social, de derechos humanos y de salud integral” de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos de 2021 (Resol. 232/21 CD) y 2022 (Resol. 2017/22 CD).

Lera, C. (2015). *Intervenciones profesionales y dimensión asistencial. Problematizaciones urgentes desde el Trabajo Social*. EDUNER.

Nucci, N., Crosetto, R., Bilavcik, C. y Mian, A. (2018). La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. *ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social*, 1(2).



Experiencias de intervención del trabajo social en el acceso al aborto y posaborto en el Hospital “Dr. Segundo Taladriz”

Yanina Pamela Arteaga

Introducción

El presente escrito intenta mostrar la experiencia de trabajo de un colectivo de trabajadores y trabajadoras de la salud del Hospital “Dr. Segundo Taladriz” de la ciudad de Toay, provincia de La Pampa, frente a los nuevos emergentes vinculados con el acceso al aborto que fueron surgiendo en la práctica cotidiana en estos últimos años.

En principio se intentará historizar la conformación y el proceso que atravesó el equipo de salud del hospital en relación con el acceso al aborto: la modalidad de trabajo, los acuerdos interinstitucionales y con actores externos (como profesionales de salud de otros hospitales o centros asistenciales y la organización Socorristas en Red), y los obstáculos que se fueron presentando.

Derechos sexuales y reproductivos

La provincia de La Pampa ha sido pionera en la promoción y acceso a los derechos sexuales y reproductivos desde los años 90. En el marco de los lineamientos del Ministerio de Salud de La Pampa, en el año 2012 se puso en funcionamiento en nuestro hospital la Consejería de Salud Sexual, orientada al cuidado de la salud sexual de la población. Este espacio, que comenzó a ser frecuentado en su amplia mayoría por mujeres, pretendió ser un servicio distinto a lo tradicional, es decir descontracturado, a demanda y de rápido acceso. En principio funcionaba los días miércoles en horario de mañana, coordinado por una médica generalista y una licenciada en trabajo social, profesionales que fueron cambiando con el correr de los años.

En el año 2016 el equipo de la Consejería de Salud Sexual fue convocado por diversas instituciones escolares de nivel secundario de Toay a realizar talleres de salud sexual. A partir de esta convocatoria se emprendió un intenso cronograma

de actividades extramuros, que por un lado sirvió para difundir el espacio y por otro lado permitió un acercamiento con las adolescencias, población estadísticamente sana en su amplia mayoría que por lo general frecuenta esporádicamente los servicios de salud. Paulatinamente surgió un aumento significativo en las consultas de adolescentes por consejería, las cuales no solo se vinculaban a cuestiones de salud sexual sino también a: abuso sexual infantil (ASI), deserción escolar, adicciones, violencia de género, violencia familiar, violencia escolar, etc.

Aborto: una demanda siempre vigente. El puntapié para intervenir

Una de las demandas recurrentes que comenzó a surgir en esos años, tanto en el espacio de la Consejería de Salud Sexual -ya sea en consultorio o de forma virtual a través de la página de Facebook-, como en otros servicios profesionales del hospital (medicina general, ginecología, servicio social, psicología, guardia médica), tuvo que ver con el acceso al aborto por parte de mujeres que cursaban embarazos no deseados. Ante la falta de experiencia en el abordaje de la temática, la falta de sistematización de las prácticas y siguiendo los enunciados del protocolo provincial vigente, las y los profesionales locales derivaban estas situaciones a centros de mayor complejidad, lo cual en varias ocasiones fue cuestionado por las mujeres o personas con capacidad de gestar, quienes exigían ser atendidas en su lugar de residencia, resistiéndose a ser derivadas.

Por otro lado, en la escena provincial, al igual que sucedía a nivel nacional, las agrupaciones sociales por el derecho al aborto (como el colectivo feminista y las socorristas) presionaban para que el aborto fuera reconocido como problema de salud pública y se sancionara una ley nacional que respetara y regulara el derecho a interrumpir embarazos no deseados. Por su parte, los movimientos antiderechos cuestionaban la legalidad de las prácticas profesionales y demandaban la derogación de los protocolos existentes.

En otra instancia, la sobreexigencia de los equipos de salud del primer nivel de atención en cuanto a la resolución de las demandas de aborto, las cuales venían en aumento progresivo en la provincia, produjo una crisis al interior del sistema de salud pampeano. Además, profesionales de salud pública de distintos niveles de atención exigían cambios en las normativas vigentes y mayor resguardo legal en cuanto al quehacer cotidiano en torno a la temática.

Ante el escenario complejo que se presentaba, en el año 2018 el Ministerio de Salud provincial introdujo modificaciones al protocolo provincial de atención y elaboró una Guía Provincial de Atención Integral de las Personas con Derecho a

la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). El dato más significativo tuvo que ver con la habilitación a los hospitales o centros de salud de menor complejidad a intervenir en situaciones de aborto hasta la semana 12 de gestación, mientras que superado ese tiempo y hasta la semana 14 continuaba el abordaje por parte del equipo del primer nivel de atención.

Esto sentó las bases para la conformación del primer equipo interdisciplinario del Hospital “Dr. Segundo Taladriz” en la atención de abortos no punibles, el cual se terminó de organizar a partir de diversas jornadas de debate y diálogo entre el personal de los distintos servicios profesionales. En sus inicios, el equipo se constituyó por una médica generalista, dos trabajadoras sociales, una ginecóloga, una médica en diagnóstico por imágenes y una bioquímica.

Funciones, modalidad de atención y alcances del equipo interdisciplinario local

A partir del año 2016 se diseñó un circuito interno de abordaje y atención del aborto (en función del protocolo provincial) consensuado a su vez con el resto de los servicios institucionales. El circuito ponía énfasis en las responsabilidades de todo el personal de salud respecto a garantizar el acceso al aborto, más allá de las tareas particulares que realizaran en la institución.

Durante esos primeros años se acordó institucionalmente que cuando una mujer o persona con capacidad de gestar solicitara interrumpir su embarazo en alguno de los servicios profesionales del hospital debía ser derivada al equipo interdisciplinario, ya sea informando los horarios de atención de la Consejería de Salud Sexual y/o del Servicio Social para que pudiera consultar personalmente o dando aviso directo a las profesionales de dichos equipos. Estos dos ámbitos de recepción (Consejería de Salud Sexual y Servicio Social) se ocupaban del asesoramiento respecto al derecho a decidir (consejería en opciones), realizaban entrevista en profundidad para identificar causales y, paralelamente, coordinaban la atención médica de quienes consultaban. Posteriormente, las médicas del equipo interdisciplinario (ginecóloga y/o generalista) reforzaban cuestiones del protocolo de atención, explicaban en detalle el tratamiento farmacológico (ambulatorio) y solicitaban la realización a la brevedad de prácticas pertinentes (laboratorio y ecografía). Previamente se coordinaba con el Servicio de Laboratorio y Diagnóstico por Imágenes asignar turnos con celeridad y evitar mostrar las imágenes y sonidos al momento de realizar las ecografías.

Una vez confirmado el embarazo menor a 12 semanas de gestación, y mientras hubiese causales que fundamentaran la solicitud de aborto, las profesionales médicas definían junto a la mujer o persona con capacidad de gestar la fecha

del procedimiento y la modalidad del mismo (ambulatorio/ internación). A la semana de realizado, se hacía una ecografía de control y una nueva consulta médica posaborto, culminado el proceso con la elección de un método anticonceptivo seguro.

Las profesionales de Servicio Social, por su parte, hacían seguimiento telefónico durante el tratamiento como manera de contención y supervisión de la toma de la medicación, teniendo en cuenta que muchas mujeres decidían transcurrir solas ese proceso. Además, las trabajadoras sociales actuaban como veedoras de cada una de las intervenciones realizadas por el equipo. Muchas veces se ocupaban de coordinar turnos, articular atenciones con otros centros de salud cuando quienes requerían la atención no residían en la ciudad de Toay, recepcionar derivaciones por parte de las socorristas o de otros centros de salud, y llevar adelante la recopilación estadística de las atenciones, entre otras tareas.

En todo ese recorrido aparecieron importantes resistencias institucionales y representaciones negativas respecto al quehacer cotidiano del equipo interdisciplinario, surgiendo barreras de acceso para estas mujeres en cuanto a la atención, la asignación de turnos y la adecuada información. Estas situaciones se fueron resolviendo a partir de la intervención del equipo interdisciplinario.

La sanción de la Ley N° 27.610 de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el año 2020 permitió fortalecer el circuito de atención implementado hasta entonces y, a su vez, favorecer la accesibilidad. Impulsó la participación de profesionales de otras ramas de la medicina, como la medicina generalista, en el abordaje de la temática, lo cual significó una mayor oferta de atención a mujeres o personas con capacidad de gestar con deseos de interrumpir sus embarazos. También se lograron nuevos acuerdos dentro de nuestro hospital con otros servicios profesionales. Con el personal administrativo se acordó la asignación inmediata de turnos. Con el servicio de internación se establecieron protocolos de atención conjunta en situaciones puntuales donde se determinara la necesidad de internación para la realización del tratamiento. Con el sector de guardia se coordinó un protocolo de acción en caso de requerirse atención médica de urgencia durante el tratamiento ambulatorio.

Si bien se han logrado avances significativos con la implementación de la ley nacional, surgen nuevos obstáculos que merecen una particular atención: importante presencia de grupos religiosos en la comunidad, escasa formación académica profesional en perspectiva de género y derechos humanos, avance constante de los movimientos antiderechos, riesgos de que la práctica del aborto se convierta en una cuestión meramente médica desestimando otras instancias que hacen a la salud integral, etc.

Entre los años 2016 y 2023, un total de 209 mujeres o personas con capacidad de gestar consultaron por el derecho al aborto en el Hospital “Dr. Segundo Taladriz”, de las cuales el 73,7% accedieron al derecho (IVE-ILE) en el sistema de salud público.

A continuación, se anexa una tabla que da cuenta de la resolución de las consultas.

Resolución de las consultas por aborto	AÑO								Total
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
ILEs realizas en el HDST	1	4	9	25	13	---	---	---	52
ILEs realizadas en el HDLM (- de 12 semanas de gestación)	1	---	---	---	---	---	---	---	1
ILEs realizadas en el HDLM (+ de 12 semanas de gestación)	---	3	---	5	1	---	3	---	12
ILE no garantizada en el HDLM (continúa embarazo)	---	---	---	1	---	---	---	---	1
ILEs derivadas a otros hospitales o C.S. (por ser de otras localidades)	---	---	---	6	4	---	---	---	10
ILE no garantizada por el C.S. (derivadas por ser de otra localidad)	---	---	---	1	---	---	---	---	1
IVEs realizadas en el HDST	---	---	---	---	---	24	24	22	70
IVEs realizadas en el HDLM (+ de 12 semanas de gestación)	---	---	---	---	---	3	1	2	6
IVEs derivadas a otros hospitales o C.S. (por ser de otras localidades)	---	---	---	---	---	2	---	1	3
Continuaron sus embarazos	---	7	6	7	2	4	6	3	35
No había embarazo	---	---	---	2	2	1	1	1	7
Abortos espontáneos	---	2	1	2	---	1	---	4	10
Otros	---	---	---	---	---	---	1	---	1
Total de consultas por año	2	16	16	49	22	35	36	33	---

Cantidad de IVEs-ILEs garantizadas por el sistema de salud público: 154

HDLM: “Hospital Dr. Lucio Molas”

HDST: “Dr. Segundo Taladriz”

CS: Centros de Salud y postas sanitarias



Algunos antecedentes y breve caracterización de la comunidad, el hospital y el consultorio no objetor que integro

Paula Cattaneo

El consultorio no objetor al que haré referencia en este escrito funciona en el Hospital “Dr. Nicolás Lozano” de La Merced, el cual tiene una complejidad de atención de segundo nivel. La localidad cuenta con una población de 14.316 habitantes y está ubicada en una zona predominantemente tabacalera y agropecuaria conocida como Valle de Lerma, a 30 kilómetros de Salta Capital, en el interior cercano de la provincia de Salta.

Esta localidad posee un contexto periurbano y rural muy asimétrico en cuanto a accesibilidad, recursos y potencialidades. Mi postura y formación ante los derechos humanos, la salud pública, y los derechos de las mujeres, las infancias y las minorías siempre fue conocida y respaldada por las diferentes gerencias que tuvo mi trayectoria laboral, y desde hace tiempo soy responsable del área de Salud Sexual y Reproductiva y del área de Adolescencia del hospital. Asimismo, en mi ámbito laboral me consideran referente en cuanto a intervenciones de esta índole, y acompañan y avalan mis espacios de formación y difusión y mi pertenencia a redes locales, provinciales y nacionales.

En febrero de 2021, luego de promulgada la Ley N° 27.610, se decide operativizar un consultorio de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el espacio de nuestro hospital, puesto que existen en el equipo un médico y un psicólogo no objetores, y fui convocada a formar parte del mismo, a lo que accedí con mucha emoción y compromiso, ya que la legalización y el acceso a un aborto seguro fue desde siempre una de mis militancias más sólidas y transversal a toda mi historia profesional y personal.

Este consultorio, además de garantizar derechos de las mujeres de nuestra Área Operativa, La Merced, recibe pacientes de las localidades de El Carril, Chicoana, Rosario de Lerma, La Viña, Campo Quijano, Moldes y Molinos, incrementando la demanda local en un 500% aproximadamente.

Al mes de junio de 2023 se realizaron 390 IVEs, lo que significa que 390 mujeres accedieron a una práctica segura en un entorno legal.

Cuando me invitaron a ser parte del consultorio no objetor yo me propuse no ser solo una gestora o administrativa, sino acompañar desde la especificidad de mi profesión, mi formación y mis valores. Esto implica reducir el impacto de las barreras de la atención en lo público en el acceso a ese derecho, mantener un diálogo fluido entre los integrantes del equipo y referentes de otros hospitales o de programas de salud relacionados, en la medida de lo posible tener en cuenta las especificidades de cada paciente/usuario, escuchando a esa persona, considerando sus necesidades, subjetividades y demandas, y, de ser factible, actuando en consecuencia, para que sean tenidas en cuenta al momento de la consulta.

Más allá de las características de la población -pequeña, rural, en una provincia con mucha resistencia a la ley de IVE- en la cual está inserto el hospital y el equipo no objetor, desde el consultorio se sostiene la importancia de mantener una estricta confidencialidad, incluso, de ser necesario, derivando pacientes para prácticas que se podrían realizar en el mismo por motivos de cercanía o parentesco con personal o por el deseo y necesidad de la usuaria. Además, se ofrece un espacio terapéutico psicológico, preaborto y posaborto en caso de ser requerido.

Dado el tipo de registro que tenemos, luego de realizar un procedimiento a una persona de otra zona se informan diversas situaciones a los equipos referentes de otros hospitales para que realicen un seguimiento (por ejemplo, inasistencia, reincidencia, falla del tratamiento). Es inviable realizar este seguimiento hacia todas las personas que acceden a IVE en nuestro servicio pero no viven en esta localidad con la misma profundidad de acompañamiento que recibe la población local. Aunque si se le da respuesta, información y contención, toda persona que lo solicita accede a una IVE-ILE en un contexto en el que se intentan tomar en consideración sus especificidades y necesidades, que son comunicadas al personal referente de cada hospital, que usualmente son profesionales de psicología o de enfermería con un buen lazo comunitario.

Resulta un tanto compleja la organización del consultorio porque, como mencioné anteriormente, este hospital responde también a la demanda de seis localidades vecinas. Debido a la escasez de personal no objetor en nuestra provincia, nuestro hospital responde a todas esas derivaciones, aumentando de forma sostenida el número de pacientes que se atienden.

Una de las barreras materiales más evidentes es que nuestro hospital no realiza diagnóstico por imágenes, lo que a veces lleva a demoras ante un sistema

saturado. En cuanto a la provisión de medicación, debo personalmente controlarla de forma sistemática para prevenir la demanda creciente y evitar una falta de stock. En lo relativo a la programación de turnos, al haber un solo profesional médico y teniendo en cuenta que las IVEs no son su única función dentro de sus consultas, el mismo está sobrecargado. A pesar de eso, se intenta dar una respuesta rápida a la demanda, no excediendo las tres semanas entre la solicitud y el turno, considerando, claro, la edad gestacional y dando prioridad según el caso.

Mi rol como trabajadora social en un consultorio no objetor, los desafíos y potencialidades

El aborto es un evento obstétrico y una experiencia de la vida reproductiva de la mujer que atraviesa distintos escenarios y subjetividades. Una experiencia personal, sí, pero con fuertes implicancias desde lo social. Hasta hace muy poco tiempo era, además, un delito. Todo eso hace que esta no sea una consulta más, una práctica más, ni que quien lo solicita y accede a la práctica sea una persona más que llega como paciente.

Un equipo de salud desbordado o poco amigable es expulsivo, aun cuando no incurra en violencia obstétrica explícita, y la paciente no recibe el acompañamiento amigable que sería ideal para transitar esa experiencia que, aunque esté legalizada, tiene una fuerte carga simbólica y emotiva, tanto desde lo interno como desde lo comunitario.

Sin ánimo de generalizar, dado que cada experiencia es personalísima, suele haber una carga de ansiedad extra al momento de ponerse en contacto con el equipo de salud para solicitar la interrupción de un embarazo, durante el proceso y con posterioridad.

En mi servicio particularmente las dudas van más orientadas a la legalidad y a la confidencialidad, quizá por el perfil de la comunidad donde está inserto. Sobre el procedimiento en sí se insta a aclarar cualquier duda con el médico tratante, y, si es oportuno, se plantean opciones de anticoncepción posterior al evento obstétrico.

La variedad de situaciones que se tratan en el consultorio es muy amplia. Se detectan y se interviene en casos de violencia de género, violencia obstétrica, embarazo adolescente y embarazo añoso. También se acompañan IVEs en mujeres migrantes. A su vez, se gestionan recursos extraordinarios, se acompaña a repensar redes de apoyo antes, durante y después del procedimiento, y se toman en cuenta el entorno familiar, la intimidad, la estructura habitacional, el

acceso a servicios, y la atención hospitalaria oportuna de ser necesaria.

Desde lo empírico es necesario considerar las limitaciones singulares en el acceso a este derecho. A modo de ejemplos:

- > Una adolescente que recurre a la IVE pero que no desea que su tutora lo sepa. Se coordina un horario de estudios previos (ecografía) y atención médica en el cual pueda asistir, respetando su derecho y deseo de confidencialidad. Al no contar con red afectiva continente, se hace un acompañamiento telefónico, se facilitan los turnos de control y se flexibiliza la atención dentro del marco legal.
- > Una mujer migrante solicita una ILE de más de 20 semanas y no desea internarse por miedo a la reacción de su cónyuge, que desconoce sobre este embarazo y ejerce sistemáticamente violencia psicológica contra ella por años. Al margen de practicar una ILE de forma puntual, se realiza una intervención orientada a apoyarla en su decisión de terminar la relación violenta, con los recursos tanto propios como institucionales existentes.

Al momento de la entrevista inicial, que está orientada a la coordinación del turno y los estudios previos, muchas mujeres superan la ansiedad que tenían luego de haber recibido explicación accesible sobre los alcances de la ley y lo que implica una IVE con medicación -sin caer en el área médica específica- y relatan y comparten situaciones de su cotidianeidad, más allá de su vida reproductiva. Se genera así un vínculo, hay una mayor adherencia al sistema de salud, el tipo de demanda cambia y se sostiene, permitiendo forjar lazos más allá de esa consulta puntual.

Personalmente y, a modo de cierre, creo que integrar un consultorio no objetor es una oportunidad para quienes nos desempeñamos como trabajadoras y trabajadores sociales de difundir y acompañar en el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, de respaldar su autonomía, y de detectar, acompañar e intervenir en situaciones que excedan este evento obstétrico.



Espacios de consejería en salud sexual y reproductiva en la ciudad de Venado Tuerto, Santa Fe

Agustina Biaggi Russi, Agustina Rosas y Estefanía Greco

El siguiente escrito busca compartir la experiencia de trabajo, como mujeres, trabajadoras sociales e integrantes de equipos de salud interdisciplinarios que forman parte de los consultorios de consejería denominados “Salud sexual y reproductiva” que funcionan actualmente en la ciudad de Venado Tuerto, ubicada al sur de la provincia de Santa Fe. Cabe mencionar que dicha ciudad es la urbe más importante en cuanto a cantidad de habitantes del sur provincial y la cuarta más poblada de la provincia detrás de Rosario, Santa Fe y Rafaela. El dato emergente del censo nacional realizado en el año 2022 es que tiene 90.000 habitantes.

Desde los equipos, que pertenecen a efectores del primer y tercer nivel de atención en salud, se acompaña a personas con la capacidad de gestar (PG) a fin de que puedan acceder a los derechos establecidos en el marco de la Ley N° 27.610 de interrupción legal y voluntaria del embarazo. Según la organización IPAS “la consejería es una estrategia de trabajo y también un espacio de encuentro. Su objetivo es acercar información a las personas sobre sus derechos y posibilidades para que tomen decisiones libres e informadas, sin sentirse presionadas o juzgadas”.

Resulta indispensable reconocer que los espacios de consejería existen como resultado de una larga lucha colectiva de los movimientos feministas que posibilitaron que el aborto legal y voluntario fuera parte de la agenda política estatal y que posteriormente se materializara en la sanción y reglamentación de la Ley N° 27.610.

Breve historización de la conformación de los equipos

Previo a la sanción de la ley existían en la localidad de Venado Tuerto dos equipos de salud que garantizaban atención y acompañamiento mujeres y a personas gestantes que solicitaban/necesitaban interrumpir embarazos. Uno de

los equipos, de dependencia municipal, se desempeñaba en un centro de salud (CS) con prácticas destinadas a la atención primaria de la salud (APS) y el otro, de dependencia provincial, funcionaba en el hospital local. La historia de ambos equipos comenzó aproximadamente a partir del año 2017.

El primer equipo en APS se conformó cuando la demanda comenzó a ser escuchada y visibilizada en los espacios de atención de medicina general en el CS Iturbide. A partir de allí se convocó al Servicio de Trabajo Social y se empezó a acompañar situaciones de forma interdisciplinaria. De manera paralela, se conformaba un equipo interdisciplinario en el hospital local con integrantes de los servicios de Trabajo Social, Psicología y Tocoginecología.

Cabe aclarar que la conformación y la actividad de dichos equipos se enfrentó con varias dificultades. Por un lado, la falta de personal médico, ya que en su mayoría era objetor de conciencia. En APS se contaba en el inicio con un médico generalista y luego se sumó una médica de la misma especialidad. En el hospital solo se contaba con una médica residente del servicio de Tocoginecología para cubrir la demanda. A esta dificultad se le sumaban las resistencias por parte del personal de salud derivadas de juicios de valor en base a consideraciones personales, políticas y religiosas.

En principio, en ambos equipos la estructura de acompañamiento se pensaba y organizaba con espontaneidad ante una situación que requería el acceso a la interrupción del embarazo. Con el paso del tiempo y la incipiente visibilización de esos espacios, que habilitó la demanda, se estableció un día y un horario de atención. Las prácticas se realizaban enmarcadas en el artículo 86 del Código Penal (que definía un sistema de causales), en el Fallo F.A.L., y en lo que establecía en ese momento el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. El viejo marco legal establecía que el aborto era legal cuando el embarazo representara un peligro para la vida de la persona gestante, o un peligro para la salud de la persona gestante, o proviniera de una violación (se tratara o no de una persona con discapacidad intelectual o psicosocial).

Era responsabilidad de los equipos de consejería evaluar la causal correspondiente para que se garantizara el acceso a la interrupción de manera legal y segura. En cuanto al concepto de salud, se lo entendía desde una perspectiva integral, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). En ese sentido, la interrupción del embarazo basada en esta causal era legalmente factible cuando cualquiera de estas dimensiones de la salud se pusiera en riesgo.

Pero el viejo sistema de causales posibilitaba brindar atención y acompañamiento solo a una parte de población que necesitaba acceder a una ILE. De manera paralela, muchas mujeres y otras personas gestantes interrumpían sus embarazos en contextos de clandestinidad, poniendo en riesgo su salud y sus vidas.

Situación actual de los equipos de consejería

Con posterioridad a la sanción de la Ley N° 27.610, que reemplaza al sistema de causales establecido en el viejo marco legal, se conforma un segundo equipo interdisciplinario en APS dependiente del municipio e integrado por profesionales de trabajo social, psicología y tocoginecología. Si bien el marco legal se ha modificado y ampliado, la posición a favor de la objeción de conciencia sigue permeando en las diferentes disciplinas, sobre todo en la médica. Por lo cual, el nuevo espacio de consejería en APS solo fue posible que se conformara con la incorporación de una médica tocoginecóloga que también integraba el equipo de consejería que funcionaba en el hospital regional local. Actualmente, entonces, en Venado Tuerto se cuenta con tres equipos de salud que garantizan el acceso a la IVE-ILE: dos equipos en el primer nivel y uno en el tercero.

Dinámica de trabajo interinstitucional entre los equipos de APS y el equipo del efector del tercer nivel

La dinámica de trabajo de los equipos se ha transformado a lo largo del tiempo a partir de la articulación entre los distintos niveles, del trabajo en red que las profesionales han podido construir a lo largo del tiempo, y debido también a un repensar constante de la práctica profesional. Ese repensar la práctica ha dado lugar a diferentes interrogantes, como así también a identificar las dificultades/obstáculos que la atraviesan y dificultan la accesibilidad, con el fin de pensar alternativas que allanen el camino de quienes necesitan acceder a la atención específica. Los espacios de atención de APS están distribuidos geográfica y estratégicamente en distintas zonas: uno se ubica en la zona sur de la ciudad y otro en la zona norte, lo que permite ofrecer acceso de acuerdo con la ubicación y preferencia de la PG. En la singularidad de estos espacios, quienes acceden lo hacen por referencia de equipos de salud locales o por referencias de otras personas que ya transitaron los espacios de consejerías.

El equipo de consejería del hospital regional receptiona demandas de varias localidades de alrededor como también demandas locales con edad gestacional avanzada. Los equipos de APS descomprimen la atención en el efector de tercer nivel atendiendo y acompañando a las personas con domicilio en la ciudad. En la actualidad se evidencia un crecimiento de la demanda espontánea y referencia

directa en los consultorios de primer nivel, lo cual pone de manifiesto la existencia de una red de información en conformación y un movimiento por parte de las instituciones públicas de salud locales.

El aporte de la disciplina de trabajo social dentro de las consejerías apunta a que las PG puedan reconocerse como titulares del derecho establecido en la Ley N° 27.610 y acceder a información clara, y a dar lugar a una escucha activa de los planteos/dudas que puedan surgir a fin de que quien consulta pueda tomar decisiones autónomas en base a sus deseos, entendiendo que “mi cuerpo, mi decisión” debe constituirse como algo real, que la maternidad es una elección personal y que los equipos acompañan tanto el deseo de maternar como el de no hacerlo, asegurando la privacidad y la confidencialidad, y promoviendo la concientización respecto de los propios derechos sexuales y reproductivos.

En los tres equipos de consejería las situaciones se resuelven en el plazo de 10 días, tal como establece la ley, en el marco de dos o tres consultas, según la particularidad de la situación. Si la PG decide interrumpir la gestación se indican estudios médicos para confirmar la cantidad de semanas (ecografía y análisis de sangre) lo que determinará si el acompañamiento del equipo se da en el marco de una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) o una interrupción legal del embarazo (ILE). Se redacta la historia clínica, se brinda información y espacio de escucha, se firma un consentimiento informado y se evalúa una fecha de control postratamiento y un método anticonceptivo a utilizar posteriormente. El método de interrupción que se utiliza en APS es mediante medicación (mifepristona más misoprostol). En caso de que se considere la interrupción mediante la aspiración manual endouterina (AMEU), la práctica se articula y garantiza dentro del hospital local. En las consultas se define el método de interrupción y se intenta trabajar la anticoncepción post IVE-ILE.

A modo de conclusión: facilitadores, barreras y desafíos en las prácticas

En tanto barreras se considera que contar con solo dos profesionales médicas que cubren la demanda de Venado Tuerto y la región genera una sobrecarga de las mismas y, a su vez, ocasiona dificultades en tanto organización de los equipos y la demanda. En cuanto a facilitadores, se piensa que el circuito de comunicación establecido entre los equipos de ambos niveles nos permite pensar las situaciones de manera integral y articulada, garantizando buena accesibilidad para quienes demanden los espacios. La visibilización de la práctica a nivel territorial e institucional sigue siendo un desafío. Las consejerías se configuran como espacios que rompen con el enfoque tradicional establecido implicando un cambio cultural en tanto se deje de pensar a la mujer o persona

con capacidad de gestar asociada al mandato de la maternidad, ya que problematizar el aborto pone en cuestión los mandatos existentes sobre su cuerpo y sus subjetividades.

Como propuestas a desarrollar se sugiere pensar actividades de forma articulada con distintas instituciones, entre ellas escolares, para garantizar educación sexual integral (ESI) y salud sexual y reproductiva de calidad, y mayor difusión de estos espacios de trabajo tanto para la comunidad como para el interior de las distintas instituciones de salud. Por eso se piensa en espacios de capacitación para que se informe a todo el personal de salud sobre los distintos espacios de consejería de manera respetuosa y confidencial.

Bibliografía

Ramón Michel, A. y Ariza Navarrete S. (2018). *La legalidad del aborto en la Argentina*. Serie Documentos REDAAS N° 9.

Ramón Michel, A., Luchetti, G., Ladenheim, R., y Repka, D. (2022). *Tareas compartidas: una oportunidad para la atención del aborto en Argentina*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4698>.

Ipas México (2017). *Acompañamiento y consejería a mujeres en situación de aborto. Manual para fortalecer la atención en los servicios públicos de salud*. <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx-2020-ManualConsejeriaAborto.pdf>.

Ley N° 27.610/2020 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 15 de enero de 2021. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>.

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf

Resolución 1063/2023 del Ministerio de Salud de la Nación sobre el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (IVE/ILE). Actualización 2022. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 31 de mayo de 2023. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/287481/20230531>.



Experiencias del Consultorio Interdisciplinario de Salud Sexual Integral del Hospital “Bocalandro”

Myriam Monzón

Introducción

Desde 2021 formo parte como trabajadora social del equipo interdisciplinario del Servicio de Área Programática y Articulación en Salud (SAPS) del Hospital Zonal General de Agudos (HZGA) “Dr. Carlos A. Bocalandro” ubicado en el partido de Tres de Febrero en el Área Metropolitana de la Provincia de Buenos Aires (AMBA). El equipo tiene una perspectiva comunitaria de salud, contemplando las particularidades del territorio. Desde este marco, el SAPS propone diversas líneas y ejes de trabajo, los cuales permiten definir objetivos y planificar de manera específica actividades acordes a las necesidades de cada espacio de intervención. En otras palabras, se trata de un equipo interdisciplinario que busca acercar el hospital al barrio y que trabaja en pos de remover las barreras que limitan el acceso al derecho a la salud. Se entiende a la salud en términos de procesos colectivos que se construyen desde la comunidad. Asimismo, partimos de pensar a la salud como un derecho, desde y con perspectiva de género.

El presente trabajo se propone contribuir al campo de la salud sexual y (no) reproductiva, con una aproximación sobre la intervención interdisciplinaria en un segundo nivel de atención a partir de mi proceso de incorporación como integrante del equipo del SAPS y del Consultorio de Salud Sexual Integral del Hospital “Bocalandro”.

Interrupción voluntaria del embarazo: consultorio de salud sexual

El contexto actual es transitado por cada persona de diferentes modos, dependiendo de las representaciones sociales con respecto a cada momento. Si bien el contexto es transversal a todas las personas, las representaciones pueden ser similares o variadas, puesto que dependen de lo social con respecto

a la ubicación y a las vivencias de cada una. En tal sentido, se puede decir que varían según el momento histórico, el género, la clase y la edad. Con respecto al análisis de las desigualdades de clase y género, reconocemos que estamos en una sociedad capitalista y que a partir del modelo de producción se observan multiplicidad de desigualdades sociales. Según Pombo, “los patrones de género, clase social y raza/etnia son estratificadores sociales de suma trascendencia en la generación de desigualdades en el acceso a derechos y control de los recursos sociales” (2019, p. 165). Por lo cual, se plantea incorporar la noción de clase desde un enfoque de género, en tanto la clase es una categoría relacional que en transversalidad con el género permite comprender las desigualdades.

El Consultorio de Salud Sexual Integral se organiza de forma interdisciplinaria. Stolkiner (2012) menciona que la interdisciplina “en salud, implica una conceptualización del proceso de salud-enfermedad-cuidado que se descentra del tradicional abordaje individual-biológico de la enfermedad, para introducir la dimensión colectiva y subjetiva del fenómeno”. Lo que conlleva tener en cuenta, como equipo, el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado en la intervención, sabiendo que está involucrada la realidad misma de cada persona -tanto de pacientes como de profesionales- y, asimismo, teniendo muy presente la totalidad del contexto. El consultorio de salud sexual está conformado por un circuito que involucra distintas áreas del hospital: toco-ginecología, obstetricia, enfermería, medicina, servicio de área programática y articulación en salud, y servicio social.

Las mujeres, varones y disidencias que se presentan al consultorio en su primera escucha para acceder a una consejería en salud sexual o en métodos anticonceptivos o para solicitar una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) o una interrupción legal del embarazo (ILE) son de diferentes edades, pensamientos, costumbres, historias, recorridos, mitos, estereotipos y miedos. En las entrevistas se problematizan diversas situaciones. Entre las demandas se encuentra el aborto, un tema en el que se entrelazan dudas e incertidumbres, por lo cual es importante brindar información certera y clara ante estereotipos y mitos que van surgiendo a lo largo de la entrevista. “El aborto se plantea como un hecho social denso y complejo, en el contexto de relaciones de poder donde están involucradas la salud, la sexualidad, la moral y la ética, e incluso el significado mismo de la maternidad” (Discacciatia et al., 2020, p. 1). Por consiguiente, dependiendo desde qué conceptos se aborde el tema aborto se permitirá visibilizar o no la trama de violencias de género que atraviesan las personas con capacidad de gestar. Así como de otras situaciones problemáticas que se encuentren atravesando y afloran en la entrevista.

Consideramos que la atención debe ser un proceso continuo, integral y de calidad. Por lo tanto, debe estar atravesado por confidencialidad y escucha

activa desde el principio al fin, con infraestructura, insumos, capacitación y competencias técnicas por parte del equipo de salud. Asimismo, debe haber un trato respetuoso y provisión de información clara y comprensible respeto a la autonomía de las personas usuarias y a sus derechos. Por eso, en las entrevistas se trabaja con cada persona sobre la confidencialidad, el cuidado de la salud integral, y la prevención de riesgos y daños por la práctica de abortos inseguros según normativa vigente (Ley N° 14.738). En todo momento se hace necesario visibilizar y desnaturalizar estereotipos de género. Como expresa Polanco, “el feminismo nos permite comprender que las prácticas arraigadas no son naturales. Habilita nuevos significados desde los cuales cuestionar/nos las relaciones sociales opresivas” (2019, p. 214). Por tal motivo, es necesario permitir/nos reflexionar y desandar junto a cada paciente para promover derechos, así como relaciones sociales de corresponsabilidad, desmitificando y desnaturalizando construcciones o diferentes formas de sometimientos que el patriarcado se encargó de reproducir como “naturales”.

Como trabajadora social, las diferentes estrategias de intervención dependen de la coyuntura particular y de la situación problemática que se encuentre transitando la persona usuaria. Por lo cual no es una situación lineal sino un proceso que requiere tiempo y, sobre todo, escuchar su voz. Las estrategias de intervención deben fortalecer el diálogo a partir de variados recursos, así como la inclusión de las diferentes áreas del hospital, ya que también los contactos intersectoriales son fundamentales para que la intervención sea positiva. En tal sentido, dependiendo de la dimensión teórica-metodológica desde la que nos ubiquemos, o sea, de la mirada teórica o los conceptos respecto a la “cuestión social” de la realidad sociohistórica que tengamos, cómo analizamos cada caso, interpelamos e intervenimos.

En relación a la perspectiva teórico-metodológica, propongo “pensar la profesión en la constitutiva tensión histórico-instituido-instituyente” (Cruz et al., 2014, p. 62). Esto influirá en cómo intervenimos como profesionales de la salud, ya sea durante la entrevista, en el informe que se realice o en la articulación intersectorial que se gestione. En tal sentido, con este trabajo se busca pensar y repensar nuestras prácticas en salud sexual y (no) reproductiva y en el proceso de intervención interdisciplinaria en el Hospital “Bocalandro”.

En el consultorio de salud sexual la interdisciplinariedad implica, ante todo, ser un equipo donde cada profesional aporta desde su saber, donde no necesariamente hay un método sino que se va dando lugar a herramientas en acción, dependiendo de la situación problemática que se presente e intervenga. Así, se va construyendo e interpelando en la cotidianidad de las intervenciones. En tanto “el trabajo interdisciplinario es necesariamente un proceso de producción colectiva grupal” (Stolkiner, 2012, p. 7), se hace necesario unificar

criterios de actuación en las situaciones problemáticas que van surgiendo, para construir el cómo trabajar. Esto supone reflexionar en torno a las prácticas, teniendo en cuenta que “los saberes son herramientas en acción” (Stolkiner, 2012, p. 6). Dicha acción está en conexión con la producción, reproducción y transformación del conocimiento, en pos del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de las personas usuarias y también del personal de salud.

Reflexiones finales

Estos procesos de intervención nos permiten reflexionar en torno a diversas temáticas que intervienen en el proyecto de trabajo y visibilizar, desde nuestra profesión, el campo de la salud con un abordaje multidimensional, interdisciplinar e intersectorial, teniendo en cuenta la totalidad del contexto en cuanto a lo macro y lo micro de la realidad particular en la que se desenvuelven las personas usuarias y el impacto de la situación socioeconómica actual, que agudiza las desigualdades sociales y estructurales. Ante esta coyuntura recurrimos a nuevas estrategias que se van modificando día a día.

Se considera muy importante el aporte del feminismo, que a lo largo de estos años se ha dado como un proceso de cambio que ha contribuido a la visibilización de situaciones problemáticas que antes eran negadas o naturalizadas por el patriarcado. Cabe destacar que este trabajo se realizó desde una perspectiva de género, feminista e interseccional que nos lleva a comprender la complejidad y singularidad de la realidad de las personas usuarias para acompañar e intervenir desde el primer momento en las diversas situaciones problemáticas que van surgiendo.

En cuanto a la conceptualización de la línea de este trabajo, concordamos que se debe seguir reflexionando y problematizando sobre las nociones referidas a sexualidad, género y salud. Para esto se hace preciso seguir con capacitaciones de y con perspectiva de género para visibilizar la interseccionalidad de las diferentes realidades. Asimismo, es necesario seguir, ampliar y dar lugar a nuevas producciones escritas, en especial para plasmar y dar a conocer tanto nuestro trabajo como el del colectivo.

Bibliografía

Cruz, V., Fuentes, M., López, M., Weber Suardiaz, C. y Zucherino, L. (2014). Incumbencias y rol profesional: dos nociones a problematizar en Trabajo Social. En V. Cruz y Fuentes, (Comp), *Lo metodológico en Trabajo Social. Desafíos frente a la simplificación e instrumentalización de lo social*. Colección Libros

de cátedra. EDULP-UNLP. https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/fpycs-unlp/20171102051534/pdf_385.pdf.

Discacciata, V., Epsteina, D., Musarella, N., Terrasa, S., Volij, C. y Volpi, M. (2020). La interrupción legal del embarazo en Argentina. *Evidencia. Actualización en la práctica ambulatoria*, 23(1). <https://doi.org/10.51987/evidencia.v23i1.4278>.

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

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

Stolkiner, A. (2012). Derribando barreras. Diálogo sobre interdisciplina. *En diálogo*, 12. https://fmed.edu.uy/sites/default/files/extension/publicaciones/en_dialogo/edn12_web.pdf.



Experiencia de intervención del trabajo social en el acceso al aborto y posaborto en el Hospital SAMCo “Dr. Ricardo Nanzer”

Ivón Burchardt

Siglas:

SAMCo: Sistema de Atención Médica para la Comunidad

IVE: interrupción voluntaria del embarazo

ILE: interrupción legal del embarazo

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud

ANP: aborto no punible

Es necesario mencionar que en este relato de experiencia no se empleará el genérico masculino que se suele utilizar en la lengua castellana para salirnos de la distinción única y binaria de los sexos (hombres/mujeres) en pos de promover un lenguaje no sexista e inclusivo que contemple diversas identidades.

Referencia institucional y geográfica:

Santo Tomé es una ciudad ubicada en el departamento La Capital de la provincia de Santa Fe que cuenta con 66.133 habitantes según el censo 2010.

El sistema de salud público de la ciudad de Santo Tomé está integrado por un hospital de segundo nivel (con complejidad baja de atención, sin quirófano ni sala de parto) y siete centros de salud distribuidos en todo el territorio santotomesino.

Ante situaciones de mayor complejidad las derivaciones se realizan a la vecina ciudad de Santa Fe, que se encuentra conectada por el Puente Carretero.

El Hospital SAMCo “Dr. Ricardo Nanzer” está ubicado sobre calle Azcuénaga entre 12 de Septiembre y Lisandro de la Torre. Cuenta con consultorios externos, guardia, internación, servicio social, laboratorio, farmacia, admisión, sala de rayos y mamografía, servicios generales y mantenimiento. Es imperioso mencionar que

el SAMCo es un hospital escuela, siendo sede de formación profesional de la Residencia de Medicina General y Familiar y de la Residencia de Salud Mental, así como de prácticas tutorizadas en radiología, nutrición, enfermería, entre otras.

Introducción

El siguiente relato ofrece visibilizar el rol del trabajo social en el campo de la salud pública, más específicamente en la conformación de los espacios de Consejería en Salud Sexual Reproductiva y No Reproductiva en el Hospital SAMCo “Dr. Ricardo Nanzer” de la ciudad de Santo Tomé, como así también los Colegiados de Salud Sexual Integral a nivel local.

El lugar que ocupa la disciplina en estos espacios es fundamental para la construcción interdisciplinaria e interinstitucional, formando parte de los pilares que conforman el armado de redes y espacios de contención, acompañamiento, debate, construcción y deconstrucción de las prácticas profesionales desde una perspectiva de derechos humanos y justicia social.

La mirada disciplinar al interior de los equipos es esencial para el fortalecimiento de las redes y circuitos seguros que aporten a la garantía de derechos, más específicamente en la accesibilidad a la IVE-ILE de todas las mujeres y demás personas con capacidad de gestar.

Para ello se conformaron los Colegiados en Salud Sexual Integral, entendiendo a estos como espacios de encuentro no solo locales sino también interinstitucionales e intersectoriales donde se trabajan diferentes temáticas vinculadas a la salud sexual reproductiva y no reproductiva, como así también espacios para intercambio, toma de decisiones y luchas colectivas para la garantía de derechos y accesibilidad. Estos colegiados están conformados por personal de salud que integra las Consejerías en Salud Sexual en diferentes puntos de la ciudad, y por residentes de medicina general y familiar y de salud mental, ya que es un espacio formativo de rotación.

En tal sentido, el espacio fue consolidándose con el tiempo y tomando mayor visibilidad como referente dentro de esta área particular de la salud en cada efector (del primer y segundo nivel de atención) de la ciudad de Santo Tomé y alrededores, teniendo como meta garantizar derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos a toda la población, con perspectiva de género, de derechos, reconociendo la autonomía de las personas para la toma de decisiones, y facilitando el acceso efectivo a información confiable y veraz sobre las distintas prácticas disponibles como nombra la Ley N° 11.888.

Historia del proceso de conformación del espacio de Consejería en Salud Sexual Reproductiva y No Reproductiva del Hospital SAMCo “Dr. Ricardo Nanzer” de Santo Tomé y del primer nivel de atención local

A mediados del año 2014 aproximadamente, profesionales de la salud comenzaron a participar de un espacio denominado Colegiado de Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad de Santo Tomé y Centro Norte de la Ciudad de Santa Fe. Este espacio fue convocado por la Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia, Sexual y Reproductiva y por la Dirección Provincial de Políticas de Géneros e Interculturalidad de la provincia de Santa Fe. La finalidad era realizar encuentros mensuales con un mínimo de dos referentes de cada centro de salud y efector de segundo nivel con el objetivo de comenzar a unificar criterios y fortalecer el crecimiento de los espacios de consejería, poniendo énfasis en la ILE de manera estratégica. Si bien esta era una práctica que se venía realizando, se pudo visibilizar que se hacía de manera prácticamente individual y aislada, implicando costos altísimos a nivel profesional y subjetivo. Por lo cual se comenzó a trabajar fuertemente en dichos encuentros como prioridad ante una política de Estado planteada por la gestión de ese momento, con el fin de poder acompañar y aliviar esas subjetividades que generaban un conflicto no solo ético y moral sino también institucional, con el énfasis puesto en descentralizar, aportar conocimientos y consolidar equipos de salud que garantizaran la ILE.

Los encuentros del colegiado proporcionaron las bases para la creación de nuevas consejerías interdisciplinarias en salud sexual integral, teniendo en cuenta las realidades y limitaciones de cada efector.

Antes de continuar es importante señalar que estos espacios de consejería se basan y toman como herramientas a los diferentes marcos normativos existentes en la Argentina: los protocolos y las leyes nacionales y provinciales vinculados a la salud sexual y reproductiva, el Código Penal, y los fallos de la Corte Suprema de Justicia, entre otros.

Los procesos de encuentro fueron sostenidos en el tiempo durante un período de dos años aproximadamente. Las principales temáticas que se abordaron fueron la ILE, la anticoncepción y el fortalecimiento de redes de salud.

Como resultado, en el ámbito local se pudo lograr la conformación de cuatro espacios de consejería en el primer nivel de atención de la ciudad de Santo Tomé, los cuales fueron: CAPS “H. Irigoyen”, CAPS “R. R. Alfonsín”, CAPS “L. de la Torre” y CAPS “Eva Perón”. Es de destacar la participación de residentes de medicina general y de salud mental, a quienes se les debe reconocer el esfuerzo no solo por aprender acerca de la temática sino por promocionar dichos espacios.

De manera artesanal se dio inicio a los primeros contactos entre profesionales de Trabajo Social y personas gestantes que se presentaban en el Servicio Social y eran atendidas desde un lugar de cuidado, asesoramiento y acompañamiento, siendo clave en esta instancia inicial el rol de facilitador que tenía dicho servicio para quienes consultaban solicitando acceder a una ILE. Allí se entendía que el trabajo social no solo toma a la salud desde una perspectiva de determinantes sociales sino también desde una mirada más amplia, integral, poniendo valor a las subjetividades.

Estas mujeres llegaban muchas veces de manera espontánea o acompañadas de socorristas, planteando el deseo de no continuar con la gesta. Ante la escucha se programaba una entrevista interdisciplinaria con profesionales “amigables” para llevar a cabo la consejería y garantizarle a esa mujer acceder a la ILE de una manera informada, confiable y acompañada.

Estos espacios de acompañamiento comenzaron en Santo Tomé a mediados del año 2014, año que fue clave para el SAMCo Nanzer, ya que se presentó la situación particular de una adolescente de 19 años con gestas previas manifestando pedido de aborto no punible (ANP), que es como se le decía aquí en ese momento. El equipo interviniente evaluó la situación considerando las causales que amparaban dicho pedido como así también llevar a cabo el procedimiento en la sala de internación del hospital. Se efectivizó el ingreso y se determinaron la causal salud y la estrategia terapéutica. Esa situación desencadenó denuncias e intervenciones judiciales y ministeriales, poniendo en agenda no solo institucionalmente sino profesionalmente tal temática. En el momento que se estaba garantizando la ILE, la Justicia determinó que la práctica denunciada era legal.

La denuncia fue un determinante institucional y el fallo judicial fue clave para la garantía de derechos vinculados a la ILE.

Por consiguiente, y sosteniendo las líneas de trabajo que se venían llevando a cabo, a partir de fines del año 2015 se definió conformar el Colegiado de la Ciudad de Santo Tomé con el fin de unificar criterios a nivel local e interinstitucional, siendo que se venían dando de manera provincial. En esta instancia se consideraba que era necesario fortalecer los circuitos y la red de salud local.

En un principio se comenzó a pensar en la utilización unificada de historias clínicas para ILE como lo venían realizando otros efectores de salud de la provincia. Con el tiempo se pudo lograr la confección de nuestra propia historia clínica, como así también la ficha de primer contacto y un instructivo escrito donde se encontraba detallado el procedimiento, las pautas de alarma, lo que

iban a sentir, etc. destinado a las mujeres que solicitaban ILE y lo realizan de manera ambulatoria.

En el año 2017 y con los avances que se venían llevando a cabo como colegiado se definió de manera política-institucional la conformación del Consultorio como espacio físico de Consejería en Salud Sexual Reproductiva y No Reproductiva en el SAMCo Nanzer. La atención comenzó a realizarse los días jueves de 10 a 12 de manera espontánea y/o a partir de una derivación.

En los comienzos fue difícil darle visibilidad al espacio, hasta que de a poco fue adquiriendo su lugar de pertenencia. Como resultado se logró el armado de redes internas en conjunto con otros sectores (admisión, farmacia, laboratorio, ecografías, consultorios externos e internación).

Actualmente es un espacio consolidado, referente no solo a nivel local sino también a nivel regional.

A continuación se detallarán las actividades que se llevan a cabo en el espacio de Consejería en Salud Sexual

- > Garantizar el acceso a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos, promoviendo cambios de actitud en la sociedad.
- > Brindar información completa y veraz de todos los métodos de regulación de la fertilidad, ya sean naturales o artificiales, asegurando la equidad y autodeterminación en la elección del mismo en el ejercicio de la libertad personal, sin ninguna clase de discriminación.
- > Realizar actividades destinadas a la capacitación continua y actualizada del personal de los efectores de salud local.
- > Garantizar el acceso a la IVE-ILE desde una mirada integral de la salud de las personas gestantes que consultan y enmarcada en la Ley N° 27.610.
- > Garantizar la atención de la salud integral de las personas transgénero, siendo la base de la misma el cumplimiento de la Ley N° 26.743 de Identidad de Género.
- > Realizar encuentros mensuales de todo el equipo.

El ahora

Actualmente en la ciudad de Santo Tomé participan activamente cinco centros de salud en espacios de colegiado, sosteniendo de manera efectiva las consejerías. Los dos CAPS restantes realizan derivaciones a los lugares de referencia más cercanos. Se toma como punto central la Consejería del SAMCo de Santo Tomé, cuyo consultorio fue conformado en el Servicio Social durante la

pandemia. El mismo cuenta con demanda espontánea y turnos programados de lunes a viernes de 7 a 13 y consejería central los días martes, miércoles y viernes.

Es pertinente mencionar que no solo se atiende población perteneciente a la ciudad de Santo Tomé sino también a todas aquellas personas que vienen derivadas de otras ciudades y efectores de salud provincial. El modo en que se realizan las derivaciones es a través del pedido de intervención de autoridades de efectores de salud, de nodos, de subregiones o de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Santo Tomé. Asimismo, las derivaciones pueden llegar desde profesionales con objeción de conciencia, socorristas o llamados a la línea telefónica 0800-222-3444.

Como resultado de lo expresado en párrafos anteriores, la Consejería se transformó en un lugar de rotación obligatorio para las residencias, tanto la de medicina familiar y general como la de salud mental, con el fin de poner en la agenda académica la temática como así también para ampliar la mirada de quienes se encuentran en una instancia de formación.

Reflexión final

Es de destacar que la conformación del colegiado a nivel local también fue pensada principalmente para abordar no solo temas vinculados con la salud sexual y reproductiva sino también para trabajar fuertemente profundizando y poniendo en la agenda pública aquello que se venía trabajando de manera aislada y paulatina: la interrupción legal del embarazo, tema que generaba y genera aún muchas dudas, incertidumbres, posturas, diferencias y variadas formas de abordajes ante una misma temática.

La lucha colectiva hizo que se fueran ganando espacios como estos, los cuales día a día son un desafío continuo.

Contextualizando las dimensiones temporoespaciales de la problemática fue necesario ubicarse -para el desarrollo de tal relato- en una frase muy popular: “El aborto siempre existió”. A partir de esta frase fueron surgiendo diferentes interrogantes aún a desentrañar, como en qué contexto se dio/da y qué hacemos con esta afirmación. Es fundamental mencionar que la historicidad de la lucha logró poner la problemática en agenda pública en el año 2018, luego de la presentación del Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE), donde tomó mayor fuerza el movimiento de mujeres, generando una creciente visibilización no solo del movimiento sino también de la temática. Así llegó a todos los rincones del país, abriendo paso a una incipiente deconstrucción de la temática. ¿Público o privado? ¿Clandestino o legal? ¿Es un derecho? ¿De quién?

¿Es asunto del Estado? ¿Ética o moral? ¿Las mujeres y demás personas gestantes tienen acceso a la IVE-ILE? ¿Cuáles son los procesos que transitan las mujeres que deciden una IVE-ILE? ¿Hablamos de accesibilidad? ¿Qué información tienen acerca de esta problemática?

Estos y muchos interrogantes más son los que nos permitieron hoy lograr la aprobación y vigencia de la Ley N° 27.610.

Ley que nos posiciona desde otro lugar, en un nuevo comenzar.

Nuevos desafíos, nuevas luchas, nuevos caminos.

Sería erróneo pensar que con una ley ya está todo dado. Por el contrario, es ahora donde más que nunca tenemos que estar para poder garantizar el cumplimiento de la misma. Es más que claro que nos encontramos en un sistema donde poder pensar a la salud desde una integralidad es, a veces, inalcanzable.

Los desafíos están en el día a día, en poder entender que las mujeres o personas con capacidad de gestar siempre vienen por una misma situación, pero las problemáticas por las cuales toman la decisión de interrumpir son particulares, subjetivas. Nuestro rol es acompañar a esas mujeres para que tengan las herramientas necesarias que aporten a la toma de decisión desde un lugar informado y veraz.

Otro desafío que se nos presenta es la información que brindamos como profesionales de la salud. Es fundamental transmitir de manera eficaz, segura y comprensible, lo cual a veces no ocurre mayormente por el desconocimiento de profesionales con objeción de conciencia.

La moral, el credo y/o las ideologías individuales no deben ser motivo de influencia en la garantía del derecho a la accesibilidad a la IVE-ILE.

La escucha activa, los procesos de responsabilidad profesional y el acompañamiento son fundamentales para que cada persona se sienta contenida y acompañada.

Generar espacios seguros también tiene que ver no solo con la capacidad de ampliar la accesibilidad sino también con la capacidad de gestión, rol fundamental para la conformación de estos espacios.

Trabajadoras y trabajadores sociales, y cerrando la reflexión, cumplen un rol fundamental en la construcción de estos espacios.

Siendo siempre prioridad las mujeres en situación de IVE-ILE. Nuestra disciplina nos permiten poder ver más allá de una mirada biologicista, nos permite poder ver a esas mujeres que se nos presenta de una manera integral, con una historia cargada de subjetividades.

Las presiones sociales e ideológicas de la maternidad y el rol de la mujer siguen siendo desafíos que tenemos que deconstruir para poder avanzar en materia de derechos, como así también las creencias y prejuicios sociales del personal, los cuales se materializan en desinformación, dilatación de tiempos de derivación e incluso transmisión de miedo, e influyen directamente en las vivencias de las mujeres que solicitan una interrupción.

Por este motivo, el rol del trabajo social es fundamental en la visibilización y sensibilización de la temática no solo al interior de la institución sino también en el tejido de redes de apoyo extramuros.

En efecto, el Servicio Social es el principal lugar de referencia. Además, es de destacar que más allá de que las consejerías se aborden de manera interdisciplinaria, la realidad es que no hay presencia de profesionales de la medicina en todo el proceso. Son las personas que se desempeñan como trabajadoras sociales quienes sostienen la mayoría de las situaciones y procesos con esa mirada integral de la salud.

Una mujer que toma la decisión de interrumpir su embarazo de manera informada, contenida y acompañada es alguien que rompe con las barreras sociales e ideológicas y que comprende que esta decisión también tiene que ver con una responsabilidad y con disminuir riesgos subjetivos, entre otros a futuro.

Nuestro deber es potenciar y ejercitar la autonomía de las mujeres y de las personas con capacidad de gestar. Como así también seguir sosteniendo, dando visibilidad y luchando por los derechos conquistados. Nos queda un largo camino por recorrer. Estamos ante la construcción de nuevos escenarios que requieren avanzar en servicios de acceso al aborto legal, seguro y gratuito, pensados desde prácticas profesionales comprometidas y respetuosas de los derechos de las mujeres. Tenemos una ley... ¡Que así sea!



Aportes del trabajo social en la conformación de un equipo que garantice el acceso al aborto seguro

Inés Beláustegui y Silvina Fleita

Introducción

El presente trabajo parte de la intervención que es llevada adelante por el Equipo Interdisciplinario de Salud Sexual del Hospital Materno Neonatal “Estela de Carlotto” ubicado en la localidad de Trujui del partido de Moreno de la provincia de Buenos Aires ante la solicitud de acceso a la práctica de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y de interrupción legal del embarazo (ILE). Cabe aclarar que el Servicio de Trabajo Social de la institución formó parte de este equipo interdisciplinario desde los inicios. En este escrito queremos dar cuenta del rol protagónico y fundamental que nuestra profesión cumplió en este proceso constante de legitimación del ejercicio profesional.

Quienes realizamos el presente trabajo somos Inés Beláustegui y Silvina Fleita, ambas licenciadas en Trabajo Social y nos desempeñamos laboralmente en la Maternidad “Estela de Carlotto” desde la apertura de la institución la Lic. Beláustegui y desde el año 2018 la Lic. Fleita.

Cabe aclarar que se menciona como “mujeres” a la población objetivo del escrito ya que las personas gestantes que consultan en el espacio en su mayoría se identifican de esta manera.

Contextualización

La Maternidad “Estela de Carlotto” es una institución de salud pública de segundo nivel de complejidad que ofrece atención perinatal y diversos servicios de salud sexual y (no) reproductiva. Cabe destacar que, de ahora en más, en el cuerpo del trabajo la institución será denominada MEC.

La apertura de este hospital se llevó a cabo en tres etapas a partir de enero de 2013. En la etapa fundacional de construcción de equipos, el Servicio de Trabajo

Social ocupó un rol fundamental en la planificación y ejecución de actividades dirigidas a la consolidación del equipo de salud que daría vida a la institución y a la cultura organizacional.

Además de participar en la discusión y escritura de los procesos de atención se trabajó sobre la sensibilización del personal en diferentes temáticas: salud pública, derechos sexuales y (no) reproductivos, derecho al acceso al aborto seguro, trabajo interdisciplinario, atención de situaciones de violencia de género, violencia sexual, entre otros.

La apertura formal de la MEC fue en mayo de 2014 y fue entonces cuando se comenzaron a recibir las primeras consultas de usuarias que solicitaban el acompañamiento de un aborto. Ahí aparece la necesidad de pensar y planificar un espacio en la institución que pudiera garantizar el acceso seguro al aborto.

Se dieron los primeros intercambios con equipos territoriales de la zona que desde hacía varios años acompañaban a las mujeres a abortar de forma segura. Ese fue un tiempo de lucha al interior del equipo de salud, que se preparaba para “acompañar nacimientos”, objetivo fundacional de la institución.

Durante ese periodo, el equipo de trabajo social, en tanto profesionales que sentimos la convocatoria a transformar el campo de la salud y por ello contamos con la “acción reflexiva” como herramienta fundamental, cumplimos un rol protagónico en la conformación del equipo.

La acción reflexiva es un proceso de problematización y desnaturalización de las prácticas profesionales para tomar decisiones respecto de qué se debe hacer, cómo y para qué. Es siempre colectiva, es decir, implica la disposición de dos o más integrantes del equipo de salud a tomarse el tiempo para reflexionar en un encuadre de trabajo que lo permita. Es una reflexión que tiene sentido siempre y cuando se vuelque a la acción, al cambio de prácticas en salud para que tiendan al cuidado y el respeto. (Dosso, 2017)

Las profesionales de trabajo social, como las de psicología, fueron portavoces de esta necesidad sentida de la población y de la importancia de considerar al aborto clandestino e inseguro como un problema de salud pública que la maternidad debía abordar en tanto institución que buscaba garantizar los derechos sexuales y reproductivos.

Historización del Equipo Interdisciplinario de Salud Sexual del Hospital Materno Neonatal “Estela de Carlotto”

Las primeras atenciones de mujeres que solicitaban acceso a un aborto seguro (2014) se daban en el marco de algunas “derivaciones internas” desde los consultorios de salud sexual a los equipos de trabajo social y psicología que atendían la demanda del aborto. Se comenzó a trabajar en consejería en reducción de riesgos y daños (RRyD) recibiendo el acompañamiento de los equipos de salud del territorio con más experiencia¹ y trayectoria en el abordaje de la problemática.

En el año 2015 se comenzó a brindar atención formalmente a la demanda. Se crearon tres espacios interdisciplinarios semanales conformados por trabajadoras sociales, psicólogas y obstétricas, los cuales se sostienen hasta la actualidad. En 2017 se creó un consultorio para la atención posaborto² como un espacio diferenciado de la primera consulta.

El Equipo Interdisciplinario de Salud Sexual, como se denominó desde sus inicios, contó con el acompañamiento y capacitación de los programas de salud sexual de los ministerios de salud nacional y provincial.

Durante 2016 y 2017, con el aval del artículo 86 del Código Penal de la Nación Argentina y del Fallo F.A.L. se comenzó a realizar la evaluación y justificación de las causales de no punibilidad (violación y riesgo a la salud integral) de todas las situaciones que llegaban a la MEC.

A partir de la sanción de la Ley N° 27.610 en el año 2020 se introdujo una modificación fundamental en relación a los plazos establecidos para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo y la justificación de causales de no punibilidad. Ello implicó una modificación en la programación de la internación, ya que se ampliaron los criterios para internar a personas con edades gestacionales más avanzadas, lo que requirió también tener más lugares en ese sector.

Dentro de este equipo interdisciplinario y a lo largo de los periodos descriptos el personal de trabajo social de la MEC desarrolló diversas funciones de apoyo emocional, asesoramiento y acompañamiento antes, durante y con

1 Especialmente la Residencia PRIM de Trabajo Social con sede en el CIC Sanguinetti de Paso del Rey Moreno fue el equipo que acompañó el proceso inicial entre los años 2013 y 2014.

2 Actualmente se cuenta con cuatro consultorios de IVE-ILE y dos consultorios posaborto. Todos los espacios están conformados interdisciplinariamente por profesionales con licenciatura en trabajo social, en psicología, en obstetricia y en medicina con especialización en ginecología.

posterioridad al proceso de atención de IVE-ILE. También se realizaron tareas de planificación, evaluación, monitoreo y gestión de los procesos de atención para garantizar el acceso a la IVE-ILE y afianzar el equipo.

La Ley N° 27.610 posibilitó que todas las personas gestantes que decidían interrumpir su embarazo obtuvieran el tratamiento medicamentoso sin restricción alguna. Cabe destacar que en 2017 el hospital había gestionado la compra de la medicación para la práctica (Oxaprost y Misop en cada instancia) pero no había disponibilidad para la entrega a todas las usuarias consultantes. Con la ley en vigencia se comenzó a recibir la medicación desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Misop y Combipack de misoprostol y mifepristona) garantizando la misma a todas las personas que solicitaban una IVE-ILE.

Propuestas del equipo que se implementaron

La conformación de un espacio de atención interdisciplinaria que brinda desde sus inicios una atención integral y de calidad, trato digno, en un contexto de privacidad y confidencialidad, promoviendo la autonomía de las personas y la transparencia activa, fue la principal propuesta que logró implementarse en la institución. En los inicios del trabajo en la MEC la idea hegemónica que llevaba a pensar que algunos espacios de atención eran exclusivos de las profesiones médicas representaron uno de los principales obstáculos. La interdisciplina aportó algunos cambios en el proceso de atención: se modificaron las historias clínicas, que antes eran exclusivamente médicas, adaptándolas para registrar la situación psicosocial de las usuarias y sus entornos; se pensaron dispositivos grupales para ampliar los alcances de la atención y garantizar el acceso a la información; y se creó una base de datos que permite acceder a la información básica de las usuarias y tener un registro confiable de atención. Esta herramienta permite al equipo y a la institución sistematizar la práctica.

La articulación interinstitucional y extrainstitucional

La Red IVE-ILE de Moreno tuvo sus inicios en el año 2014 cuando los equipos existentes en el territorio empezaron a encontrarse³. Al principio fueron encuentros informales con el objetivo de pensar estrategias conjuntas en cuanto a la organización de la práctica cotidiana, como así también para

3 En 2013 y 2014 estos equipos eran el Equipo de Salud Sexual del CIC Sanguinetti de Paso del Rey; el Equipo de Salud Sexual de la US Molina Campos en Cuartel V, el Programa de Atención Integral de Adolescentes (PAIA) del Hospital Provincial “Mariano y Luciano de la Vega” y el Equipo Interdisciplinario de Salud Sexual de la MEC.

capacitar en la temática y acompañar a los equipos nuevos en la resolución de conflictos que se presentaban en los espacios de atención, tanto entre los integrantes del equipo de salud como con otros actores del territorio.

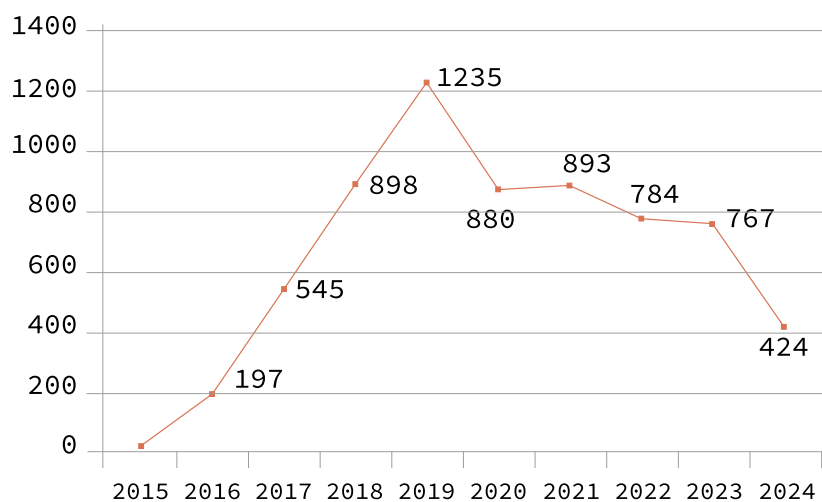
En consonancia al proceso de visibilización del aborto como un problema de salud llevado adelante por las mujeres organizadas de todo el país, desde los inicios de la Red el movimiento feminista de la zona acompañó este proceso de construcción colectiva.

En ese momento, la Red fue reflejo de la tensión que las organizaciones feministas ejercían sobre las instituciones de salud. Se favoreció el diálogo entre estos actores que se presentaban como antagónicos, para facilitar acuerdos en los procesos de atención y garantizar el derecho de las mujeres a “abortar de forma segura en el hospital” como horizonte común.

En los años siguientes las reuniones de la Red se hicieron periódicas y sistemáticas. En el municipio de Moreno se creó el Programa de Salud Sexual, que continuó conduciendo los equipos que brindaban acceso a la práctica pero ya no desde la órbita de la Dirección de Maternidad e Infancia. En este marco se multiplicaron los equipos municipales que garantizaban el acceso a la IVE.

La Red ha funcionado ininterrumpidamente. Incluso durante la pandemia por COVID-19 las reuniones se sostuvieron de forma virtual, acompañando las realidades epidemiológicas de la población y brindando el acceso al aborto como servicio esencial. El afianzamiento de la Red posibilitó continuar brindando la atención ininterrumpida y generar y actualizar acuerdos de atención en las diferentes gestiones políticas.

Mujeres atendidas por el Equipo Interdisciplinario de Salud Sexual de la MEC en el periodo 2015 - 2024



Fuente: registros internos Equipo Interdisciplinario MEC. Año 2024, primer semestre.

En este cuadro se ve la evolución histórica de la atención de las mujeres que solicitaron acceso al aborto seguro desde el 2015 en la MEC. En el 2014 se atendió a dos mujeres acompañando su deseo de interrumpir la gestación, pero no se encuentran registradas en la base de datos. Se observa un aumento de la atención durante la conformación del equipo interdisciplinario y su afianzamiento (2015-2019). En el año 2020 en contexto de pandemia por COVID-19 pero también con la sanción de la Ley N° 27.610 el número de mujeres atendidas desciende considerablemente para luego mantenerse. La lectura que se hace de este descenso tiene que ver con la distribución de la atención en los diferentes centros de salud que comenzaron a brindar atención luego de la sanción de la ley. Incluso teniendo en cuenta el contexto de pandemia, cuando se priorizó la atención de las mujeres en el primer lugar de consulta para evitar el traslado de personas y la demora en la atención.

La sanción de la ley también permitió legitimar articulaciones informales para la referencia de usuarias que solicitaban acceso a la práctica de acuerdo al lugar de residencia de las mismas.

Bibliografía

Código Penal de la Nación Argentina, Art. 86. 1921.

Dosso, D. (2017). Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo. En FUSA A.C., *La salud como causal de acceso al aborto desde un enfoque integral* (p. 7-36). Grupo Fusa. <https://grupofusa.org/descargas/LIBRO-de-ensayos-FUSA-baja.pdf>.

Fallo F.A.L. de la Suprema Corte de Justicia de la Nación de 2012.

Ley N° 25.673/2002 de Salud Sexual y Procreación Responsable. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 6 de noviembre de 2002. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/297885/20231106>.

Ley N° 26.485/2010 de Protección Integral a las Mujeres. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 20 de julio de 2010. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/9663204/20100720>.

Ley N° 26.529/2009 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 20 de noviembre de 2009. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/9462374/20091120>.

Ley N° 27.610/2020 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
Boletín Oficial de la República Argentina, 15 de enero de 2021. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>.

Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Riveiro, L. (Comp.) (2019). *Trabajo social y feminismos: Perspectivas y estrategias en debate* (1ª ed.). Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. <https://catspba.org.ar/wp-content/uploads/2020/01/FEMINISMO-Web.pdf>.



Experiencia de intervención en el abordaje del aborto desde el trabajo social en un hospital de tercer nivel de complejidad

Alejandra Zorzoli

“Desempeñar la profesión con compromiso, competencia y actualización profesional, teniendo como principios rectores los derechos humanos, la justicia social, la ciudadanía y la forma de vida democrática.”

Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072

Algunas consideraciones iniciales

Enmarcando los derechos sexuales y reproductivos (y no reproductivos) dentro de los derechos humanos inherentes a todas las personas, es que pensamos en el acceso de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar a una interrupción legal y voluntaria del embarazo.

Esto implica el acceso a una atención integral de calidad que asegure el respeto por la intimidad y la autonomía, el flujo de información clara y veraz con acceso a los adelantos tecnológicos e información científica actualizada. Hablar de esto es hablar de justicia social; es hablar de derechos.

Me propongo pensar la intervención del trabajo social en la práctica de aborto, los paraqués y porqués de nuestro trabajo.

Empiezo este escrito planteando algunos supuestos: pienso en la importancia de elegir el sentido de nuestras prácticas, de revisar las formas de organización para la atención del aborto, posicionada como actora política dentro de mi rol en el trabajo interdisciplinario.

El trabajo social ofrece romper con el binarismo del saber médico-hegemónico; ser una puerta de entrada distinta al sistema de salud, una puerta “amigable”; y romper con ese sesgo de la propia especificidad. Ninguna profesión es absoluta cuando pensamos en un abordaje integral. Principalmente, ofrece la posibilidad de un pensar situado, un modo de mirar la realidad social.

Un poco de historia en la experiencia de atención del aborto desde el trabajo social

Imprimo mi experiencia dentro de un hospital de tercer nivel de complejidad ubicado en la ciudad de Rosario y perteneciente a la red provincial hospitalaria de la provincia de Santa Fe.

El Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSySR) desde donde centro el relato de mi experiencia de trabajo en particular asume el tercer nivel de complejidad como una característica que lo atraviesa, dado que la atención en la que se enfoca tiene que ver con las interrupciones de embarazo de segundo trimestre, es decir, aquellas que requieran de internaciones –según el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE) del Ministerio de Salud de la Nación-, pudiendo brindar las garantías de las condiciones para la atención integral. Esto implica que las atenciones sean referenciadas desde el primer nivel de atención derivante, ya que el hospital es cabecera para 47 Servicios para la Atención Médica de la Comunidad (SAMCos) y 17 centros de salud (CS) correspondientes a la zona sur de la ciudad de Rosario en la provincia de Santa Fe.

A continuación, indicaré algunos hitos cronológicos que permitieron poder considerar a esta experiencia como una construcción favorable y positiva:

- > **Estrategia amigable:** Hasta 2014 las situaciones solo se prestaban en forma esporádica en la guardia, por lo que en aquellos tiempos, y pensando en la necesidad de armar estrategias para adentro de la institución, se pensó en la necesidad de articular con profesionales de la medicina “amigables” para coordinar la atención. Así surgió la idea de dar respuesta con personas aliadas que se dedicaban a la medicina generalista. Esta construcción conceptual de lo “amigable” fue una estrategia que aprendimos de las socorristas, instalando una clave desde el vocabulario que permitía rápidamente identificar un lugar de atención y posibilitar el acceso dentro de las instituciones.
- > **Constitución del equipo interdisciplinario:** Debido al aumento de las situaciones, en 2015 se creó un equipo de atención interdisciplinario que se organizaba de acuerdo a la demanda que iba apareciendo. Dado que la demanda seguía aumentando, a fines de 2015 este equipo se terminó de constituir de forma estable y sigue funcionando en la actualidad. En los inicios, se convocó a trabajo social para el armado del equipo, y se incorporó a una médica generalista del primer nivel, pensando en que estas profesiones eran las que sostenían la mayor parte de los abortos dentro del sistema de salud en el primer nivel de atención. Cabe destacar el rol del trabajo social para instalar dentro de la institución la

importancia del abordaje del aborto, ya que era a través de la consulta hacia adentro del servicio de trabajo social donde se instalaba la necesidad de las usuarias del acceso al aborto. Actualmente el equipo se encuentra constituido por dos médicas tocoginecólogas y por los equipo de psicología y de trabajo social.

- > **Espacios de capacitación:** En los momentos incipientes, entre 2014 -momento en que se instala la provisión pública de misoprostol en la provincia de Santa Fe- y 2018, se realizó un trabajo arduo para dentro de la institución (pre ley) con los fines de instalar la temática en espacios como enfermería, obstetricia y ginecología, ya que en esos momentos existían servicios completos con personal objetor de conciencia, generando espacios de capacitación y/o información con grupos reducidos para trabajar la temática y la importancia de su abordaje de acuerdo con la normativa legal vigente.
- > **Colegiados de Salud Sexual:** Otra estrategia importante fue la participación y el rol que cumplieron los Colegiados de Salud Sexual, que mediante la educación permanente se constituyeron como espacios de cogestión que se organizaban entre personas trabajadoras y funcionarias referentes de los espacios de salud sexual y salud reproductiva tanto de provincia como de la municipalidad.
- > **Consejo Asesor Provincial:** Se destaca la importancia de estos espacios de cogestión, que fueron creados en 2014, construyéndose un espacio fuertemente positivo tanto en la subjetividad como en la dinámica de los equipos, brindando fortalecimiento a estos en la gestión local de la salud sexual. Y, principalmente, el rol de trabajo social dentro del Consejo Asesor representando al Colegiado Sur y Sudoeste potenció la construcción de espacios propios de trabajo, clarificando procedimientos, como así también el diseño de estrategias para construir modos de abordaje.
- > **Tareas de extensión institucional y académica:** Haber forjado esta experiencia de trabajo en un hospital con un servicio completo objetor de conciencia se logró gracias al compromiso incansable del equipo y la posibilidad de contar con el apoyo de la gestión de ese momento, lo que generó que nos convocaran, en el marco del año 2018, a contar la experiencia de trabajo para otros efectores locales cercanos (hospitales, facultades, cátedras de aborto de las facultades de medicina, psicología y trabajo social). Ese impulso fue fortalecido, sin dudas, por lo que se generó ese año en que se instaló el aborto en la agenda parlamentaria gracias a la gran marea verde y la militancia incansable de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Otro logro dentro de este campo fue concluir una sistematización a partir de la publicación de la experiencia de trabajo que se forjó con el equipo interdisciplinario en el libro “**La clínica y la gestión de la medicina**

general. El trabajo clínico y en gestión en situaciones de dificultad de acceso a servicios y desigualdades sociales en salud". Particularmente, en el apartado 3 se encuentra un artículo colectivo denominado **"Accesibilidad a los servicios de salud a partir de situaciones de salud-enfermedad específicas: Experiencia del Equipo de Salud Sexual, Reproductiva y No Reproductiva en la garantía de interrupción legal de embarazo (ILE) del Hospital Provincial de Rosario", cuyas autoras** María Nerina Azpeitia, Laura Lazzarini, Gina Piedrabuena y quien suscribe, integrábamos el equipo de la consejería del hospital. El mismo fue presentado en el Congreso AMELAM (Asociación de médicos/as graduados de la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba) en Uruguay, agosto 2019.

Ley N° 27.610. Construyendo una nueva realidad: otro modelo de atención y cuidado

Desde el trabajo social, como profesionales intervinientes, como "agentes sociales" con capacidad de incidir (conservar, resistir o modificar) en el campo de la salud en el que se lleva adelante la atención de las personas en situación de aborto, contar con una ley que garantiza el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo permitió:

- > Devolverle el saber, la autoridad sistémica sobre su cuerpo a quien lo porta y habita. Salir del tutelaje.
- > Enfocarse en la idea de que quienes toman las decisiones y definen su riesgo a la salud son las personas en su propia trayectoria de vida.
- > Redistribuir el poder en la escena de la consulta profesional y contribuir al modelo de cuidado en salud.
- > Reducir las inequidades en salud, de género y socioeconómicas, al mejorar el acceso a la salud de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, en especial de los sectores más vulnerables.
- > Construir una oportunidad para acompañar otras situaciones de vulneración, como la falta de acceso a métodos anticonceptivos y situaciones de violencia muchas veces invisibilizadas.

En ese contexto, es necesario pensar en la importancia de ubicar intervenciones profesionales en la dimensión política de la profesión, problematizar el tema del aborto dentro de una trama política, de las libertades individuales, del acceso a los derechos y específicamente del derecho a decidir. Trabajar a partir de estrategias en equipo con metodologías que apuntan a lo constructivo, cuestionando la idea misma del destino cultural acerca de la maternidad y del

“deber ser” que puede nublar nuestras intervenciones profesionales, teniendo presente como pilar fundamental de la profesión que las desigualdades de clase y la desigual distribución de la riqueza también afectan la soberanía de los cuerpos y profundizan las brechas e iniquidades para con las posibilidades de decidir de las personas con capacidad de gestar.

A la hora de pensar los procesos de acompañamiento en aborto, como profesionales del trabajo social es fundamental apelar a nuestros análisis acerca del rol de los Estados y de las políticas sociales que castigan o acompañan procesos de autonomía de las mujeres y disidencias.

Habitar espacios de escucha y acompañamiento. Sostener interrogantes, no obturar, ni cerrar sentidos. “Abordar la situación, no solo abortar”, teniendo en cuenta la complejidad de la situación.

La solicitud de IVE-ILE constituye una urgencia que es necesario priorizar. Entran en tensión los tiempos cronológicos y tiempos lógicos (subjetivos). No se trata de “armar la causal” en las situaciones que así lo requieran (segundo trimestre) sino de propiciar el espacio para la escucha, volcando lo que la persona puede referir de la situación.

Pensar el aborto como una práctica desidentificatoria del ideal femenino tradicional naturalizado a lo largo de la historia y de la configuración de un modelo social mueve determinaciones sociales, culturales, religiosas. Se ponen en cuestión valores constituidos que producen subjetividad. El acto de abortar produce una pregunta fundamental al desestabilizar lo femenino ligado a lo maternal, deconstruyendo el mandato de ser madre como único destino posible e inapelable. La decisión de abortar constituye un acto de responsabilidad frente al límite de la concepción. Este acto reformula la posición subjetiva de la persona, permite crear otra significación para su vida. Interrumpir un embarazo, impedir un nacimiento, paradójicamente proyecta un futuro para alguien. A partir de esta decisión la persona recobra la esperanza de inventar una nueva forma de habitar su cuerpo.

Durante las entrevistas se traslucen los mandatos de orden social y la repetición de modelos familiares, así como la imposibilidad de otorgarle al tema un amparo humanizador y de darle entidad como sujeto al manifestar “no quiero esto” y “vengo por esto”.

Existen diversidad de situaciones por las que las personas con capacidad de gestar deciden abortar y esto hace a la singularidad y a lo intransferible de este acto.

También hay diferentes formas de vivir el proceso. Se trata de una experiencia muchas veces compleja que requiere de un acompañamiento interdisciplinario. No es un “trámite”, no es una operación banal, es un acto atravesado por las significaciones simbólicas y culturales que se ponen en juego. Sin dudas, la legalidad permite su despenalización, la salida de la clandestinidad, la disminución de riesgo de muerte, etc., pero no evita la carga emocional y corporal que este acto conlleva. Debido a esto resulta sumamente indispensable habilitar espacios propicios para el retrabajo y el respeto en la toma de decisión.

Proceso de atención: circuito de atención en el tercer nivel de atención

Primer momento (para el abordaje de situaciones que llegan en forma espontánea o derivaciones de otros efectores que referencian al hospital)

- > Recepción de la situación / admisión
- > Espacio de escucha interdisciplinario
- > Solicitud de estudios complementarios (confirmación de edad gestacional)
- > Diferenciación temprana entre primer o segundo trimestre
- > Abordaje complejo para situaciones complejas (segundo trimestre)
- > Entrevista conjunta del equipo interdisciplinario con la paciente
- > Definición de método para realizar la interrupción, brindando la información completa respecto de lo que implica cada uno y la disponibilidad que se encuentra en la institución
- > Registros: historia clínica (creada específicamente para el abordaje de aborto), consentimientos informados, registro en el sistema informático (diagnose-sicap) preparación de carpeta para la internación de ser necesario

Segundo momento

- > Gestión de la cama con la Unidad de Cuidados Progresivos, quien organiza y dispone la organización de las camas para la red de salud en sala de internación de adultos
- > Comunicación fluida con la paciente para brindar sostén y acompañamiento durante el proceso previo a llegar a la internación (comunicación telefónica, coordinación de fecha y hora para internarse)
- > Ingreso con servicio de ginecología (residentes), incorporando recién en 2022 la rotación de la residencia al espacio de la consejería
- > Internación en sala de adultos (no en área de maternidad) o en pediatría en caso de tratarse de una persona menor de edad

- > Indicaciones, evoluciones en historia clínica, entrevistas
- > Acompañamiento y asistencia
- > Anticoncepción
- > Externación, seguimiento y articulación con el primer nivel para su control y seguimiento posterior

Conclusiones

Pensar la acción del trabajo social desde una perspectiva de género en salud nos permite reconocer el modo en que las asimetrías existentes entre géneros determinan el proceso salud-enfermedad-atención. Las diferencias de sexo y de género tienen impacto en los determinantes de la salud: en la severidad y/o frecuencia de los problemas de salud, en el modo en el cual las personas acceden (o no) a los servicios sanitarios, en cómo perciben los síntomas y adhieren a los tratamientos.

Incorporar la perspectiva de género de manera integral en nuestra comprensión de la salud producirá un cambio en nuestros enfoques conceptuales, modificando las preguntas que realizamos y los métodos que utilizamos para tratar de obtener respuestas, permitiendo cambiar nuestras conclusiones en los procesos de atención, investigación o armado de políticas en salud.

De este modo, podremos: recuperar al cuidado como ética que oriente a las prácticas en salud; preguntarnos qué tipo de legalidad queremos, politizar los abortos; fortalecer el trinomio “autonomía – decisión - maternidades deseadas”; romper con la heterosexualidad reproductiva; y romper con el poder médico hegemónico que se ha sostenido sobre el cuerpo de las mujeres.

De este modo, podremos construir sororidad y acompañamientos amorosos.

Bibliografía

Alazraqui, M., Mota, E. y Spinelli, H. (2007). El abordaje epidemiológico de las desigualdades a nivel local. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(2). <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/3146/6353>.

Botta, M. (2016) *Aborto, un derecho de cada mujer*. [Tesis de posgrado en Medicina General]. Universidad Nacional de Rosario.

Comes, Y., y Stolkiner, A. (2005). “Si pudiera pagaría”: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios

asistenciales estatales. Anuario de Investigaciones de la Universidad de Buenos Aires, 7. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139941013.pdf>

Dosso, D. (2017). Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo. En FUSA A.C., *La salud como causal de acceso al aborto desde un enfoque integral* (p. 7-36). Grupo Fusa. <https://grupofusa.org/descargas/LIBRO-de-ensayos-FUSA-baja.pdf>.

Flein, L. (2005). *Entre el crimen y el derecho. El problema del aborto*. Editorial Planeta.

Hermida, M. (2018). Por una reconceptualización descolonial del enfoque de derechos en la intervención profesional. [Conferencia, XXIX Congreso de Trabajo Social: la dimensión ético-política en el ejercicio profesional: la revisión de las prácticas en la actual coyuntura, FAAPSS-CPAS].

Mac Donnell, C., Padín Losada, G., Prieto Cochet, L., Roa, M. y Scalise, J. (2008). *La perspectiva de género en el análisis del aborto. Aborto, ¿un acto de emancipación?* [Conferencia, V Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata]. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/99492>.

Resolución 1063/2023 del Ministerio de Salud de la Nación sobre el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (IVE/ILE). Actualización 2022. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 31 de mayo de 2023. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/287481/20230531>.

Romero, M., Ramos, S., Ramón Michel, A., Keefe-Oates, B. y Rizzalli, E. (2022). *Proyecto Mirar: A un año de la ley de aborto en Argentina*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Ibis Reproductive Health. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4671>.

Rosenberg, M. (2017). *Psicoanálisis y género*. Editorial Paidós.

Teppaz, D. (2016). *Las interrupciones legales de embarazos como práctica integrada en los servicios del sistema de salud*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Serie Documentos REDAAS, 6. <https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/Las-interrupciones-legales-de-embarazos.pdf>.

Testa, M. (2007). Decidir en salud: ¿quién?, ¿cómo? y ¿por qué? *Salud colectiva*, 3(3). <https://doi.org/10.18294/sc.2007.145>.



IVE-ILE: la experiencia desde un servicio social de un hospital público del conurbano bonaerense

María Fernanda Gómez y María de Lourdes Zarza

Un poco de historia

El Servicio Social del Hospital Simplemente Evita, ubicado en el conurbano bonaerense, comenzó a intervenir en interrupción legal del embarazo (ILE) antes del protocolo del año 2015. Recordamos las discrepancias entre los protocolos vigentes de Nación y Provincia relacionados con las niñeces y adolescencias, por ejemplo. Pero esa nebulosa de recuerdos se despeja cuando nos posicionamos en 2015 con la aparición del protocolo que enmarcó y legitimó la práctica aún sin ley, pero fundamentando la excepción que obra en el Código Penal.

Nos capacitamos en causales (salud integral y violación) y su certificación y la práctica quedó enmarcada en un instrumento confeccionado por colegas del municipio de Morón que daba cuenta de los motivos enumerados no de manera exhaustiva, pero sí de forma tal que servían de guía para la entrevista.

Nació así la Consejería de ILE, la cual estaba integrada solamente por el Servicio Social, quienes éramos las encargadas de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos e identificación de los motivos para justificación de causales, de sostener a las personas usuarias, de administrar los consentimientos informados, de articular intrainstitucionalmente en caso de ser necesario, y de gestionar los estudios indicados y dialogar con el Servicio de Ginecología para el procedimiento. Posteriormente se incorporó una psicóloga, pero únicamente para la justificación de causales. Este fue el tiempo de los debates ideológicos entre servicio social y psicología vs. medicina. Indudablemente el momento de definir la justificación de causal salud integral generó disputas ideológicas que dejaron al desnudo los posicionamientos propios de cada disciplina. Respecto de la causal violación, la misma nunca fue cuestionada y, contrario a la creencia, fueron los casos que menos se presentaron, tendencia que se mantiene hasta hoy.

Entendíamos que la práctica no era llevada adelante como un equipo y que, por ende, no podíamos dar cuenta de una problemática compleja de manera integral,

aunque si bien la primera escucha estaba garantizada, los vínculos necesarios para conformarnos como equipo, no. En términos de Ferrandini, la generación de vínculos basados en el intercambio mutuo facilita la creación de vínculos positivos con la comunidad, lo que permite el abordaje de las problemáticas complejas.

En el mientras tanto, dos trabajadoras sociales y tres médicas fuimos convocadas por la organización Ipas para formarnos en la temática y pudimos aprender, compartir y nutrirnos de otras experiencias latinoamericanas.

Adelantándonos en el tiempo y consolidada la lucha y la militancia, la coyuntura permitió la sanción de la Ley N° 27.610. La sola existencia del cuerpo normativo descomprimió la práctica, la cual, sobre todo la médica, estaba teñida de temores por no contar con un marco legal formal. Ante lo exigido por la ley, nos conformamos como Consejería (desde el Servicio Social adscribimos al término Asesoría), compuesta por profesionales de medicina, una trabajadora social y una psicóloga, atendiendo en un único consultorio y al mismo tiempo.

La Consejería de IVE-ILE en el Hospital “Simplemente Evita”

Conformarnos como equipo fue un proceso que iniciamos hace años y, luego de la sanción de la ley, al menos pudimos intervenir de manera conjunta. Este cuerpo normativo nos convocaba a resignificar nuestras prácticas, no solo como Servicio Social sino también como equipo interdisciplinario y hasta como hospital, entendiendo definitivamente que el aborto es un problema de salud pública.

Pero no todo es tan fácil como parece y tampoco la sanción de la ley es la panacea absoluta.

Desde abril a diciembre de 2022 hemos atendido casi a 700 personas cuya solicitud se inscribe tanto en interrupción voluntaria del embarazo (IVE) como en ILE. Respecto de 2023, aún no hemos finalizado las estadísticas del primer semestre, pero estimamos un total entre 400 y 500 personas.

Para la atención y a los fines organizativos, las personas que solicitan IVE y que no hayan tenido una cesárea reciente o no revistan una situación de vulnerabilidad mayor (niñeces y adolescencias, personas abusadas, con problemáticas de salud mental y/o consumo), son derivadas a los centros de salud municipales más cercanos a su domicilio, donde realizan el procedimiento hasta las 12 semanas de gestación con medicación y de forma ambulatoria con la supervisión del propio equipo del centro.

Los casos que podemos definir como más complejos o con una edad gestacional superior a las 12 semanas, son derivados a internación en nuestro hospital para suministrar la medicación previa realización de los estudios solicitados. No podemos identificar cómo, pero el efector dentro de la Región Sanitaria 12 es el que resuelve las situaciones de embarazos de un segundo trimestre tardío. Las situaciones de personas con menos de 12 semanas de gestación pero que se encuadran dentro de los casos definidos como de mayor vulnerabilidad y/o riesgo, se resuelven en el hospital o bien con medicación o aspiración manual endouterina (AMEU) según estipule el personal médico interviniente.

Las gestiones intrainstitucionales, como por ejemplo la articulación y confección de informes, así como la relación con fiscalías, comisarías, servicios de protección de los Derechos de niños, niñas y adolescentes, áreas de género y áreas municipales, son resueltas y llevadas a cabo por el Servicio Social.

Pensándonos en la problemática

La intervención está enmarcada en los enfoques/perspectivas de derechos, género e interculturalidad traduciendo las prácticas como inclusivas. Asimismo, entendemos al aborto como un problema de salud pública que reviste complejidad y que necesariamente debe ser abordado desde la interdisciplina.

Intentamos de esta manera proporcionar una intervención que dé cuenta de esa complejidad desde una mirada integral, lo cual supone elegir el camino más difícil.

Esto hace que incluso en ocasiones nos posicionemos desde la subjetividad heroica descrita por De la Aldea y Lewkowicz, no pudiendo decir que no y no reconociendo nuestras propias limitaciones. Eso lleva a que el caudal de trabajo que no involucra al procedimiento en sí sea mayoritariamente asumido por el Servicio Social, no dejando lugar para pensar.

Encontramos obstáculos para una modalidad de trabajo de tales características. El quehacer con otras personas no es sencillo y mucho menos covisionar con otras disciplinas, cuya formación es muy diferente a la nuestra.

Coincidimos al interior del Servicio Social que nuestra militancia y aporte a la lucha por la sanción de la ley estaba en cada certificación de causal que realizábamos. Pero también entendemos que la peor parte, además de la persona usuaria, se la lleva el equipo médico que realiza el procedimiento.

Realizar ILE de segundo trimestre es extremadamente complejo, no solo

porque recibimos la demanda de otros efectores que tienen la misma o mayor capacidad, sino porque el costo emocional es muy alto. La Consejería asesora y brinda información y también define no viable el procedimiento en aquellos casos de más de 21 semanas de gestación. Y un punto controversial de la ley, que impacta negativamente en los equipos, es no haber considerado la edad gestacional límite.

Periódicamente el Servicio Social reflexiona acerca de sus prácticas, y actualmente la Consejería está siendo revisada, ya que consideramos que estamos automatizando la atención y eso puede socavar la calidad de la misma. El volumen de trabajo y no solo de casos de aborto, también la pospandemia, la violencia que se presenta al interior de los efectores de salud, el ingreso de residentes al servicio, entre otros factores, generan que el trabajo siempre sea, en términos de Dejours (2007), “hacer frente a lo real, y no solamente aplicar procedimientos. Porque el trabajo siempre hace surgir incidentes, anomalías, descomposturas, etc., que cuestionan las previsiones y las predicciones”. Indefectiblemente, en estos tiempos el trabajo encuentra a los equipos cansados, lo que puede, de algún modo, atravesar las intervenciones. Según señalan Lauracio y Lauracio (2020), el síndrome de *burnout* afecta considerablemente el desempeño laboral.

Sabemos que estas cuestiones están trabajadas desde distintas conceptualizaciones que consideran que existe una relación entre las condiciones de trabajo y el cuerpo, ya que las condiciones ambientales y los elementos físicos ambientales generan enfermedades en las personas trabajadoras.

Es por esto que no podemos dejar de lado el tema del *burnout* relacionado directamente con los procesos de complejización y sobrecarga de las tareas en este contexto. El síndrome de *burnout* es producido, principalmente, por el desgaste constante en el ámbito laboral y se halla presente particularmente en el sistema de salud.

Como estrategia, la reflexión sobre cómo nos sentimos, reconocer qué emociones afloran al momento de la intervención, generar alarmas sobre aquellos indicadores que nos anuncian que algo no está bien y no dejarlos de lado fue el puntapié inicial para iniciar un proceso de resignificación de la dinámica laboral.

Hemos recorrido un camino intenso, que deja huellas, pero siempre del lado del derecho a la salud. A pesar de las adversidades generamos estrategias para mejorar la atención, teniendo la reflexión crítica como instrumento de cuidado hacia nuestras personas y equipo. Aun con la existencia de la ley vivimos en un

mundo de desigualdades e inequidades en salud y es por eso que continuamos en la lucha.

“Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir.”

Bibliografía

De la Aldea, E. (2018). La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud. *Lobo suelto*.

Dejours, C. (2007). Vulnerabilidad psicopatológica y nuevas formas de organización del trabajo (enfoque etiológico). *L'Information psychiatrique*, 83, p. 269-75.

Dejours, C. (2012). *Trabajar hoy: nuevas formas de sufrimiento y nuevas formas de acción colectiva*. [Conferencia, Universidad Nacional de Lanús y Sindicato de Empleados de Comercio].

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

Lauracio, C., Lauracio, T., (2020). Síndrome de Burnout y desempeño laboral en el personal de salud. *Revista Innova Educación*, 2(4), p. 543-554.

Ley N° 27.610/2020 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 15 de enero de 2021. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>.



Trabajo social y aborto. Una mirada retrospectiva y actualizada desde un hospital de tercer nivel de la provincia de Santa Fe

Marcela Schneider

Se presenta a continuación la experiencia de intervención de trabajo social (TS) en lo que actualmente se denomina Consultorio de Salud Sexual del Hospital Escuela “Eva Perón” de la ciudad de Granadero Baigorria, provincia de Santa Fe.

Dicho servicio está conformado en la actualidad por un equipo interdisciplinario, constituido por tres médicas tocoginecólogas, una psicóloga, una médica psiquiatra y una licenciada en trabajo social. Esta profesional forma parte del Departamento de Trabajo Social, desde el cual se desarrolla en otras áreas de la institución, destinando parte de su jornada semanal al trabajo en el consultorio de salud sexual.

TS participa allí desde su conformación, en tres sentidos: por un lado, abordaje interdisciplinario de situaciones particulares; por otro, gestiones para la construcción y fortalecimiento del espacio; y, por último, articulación con organizaciones e instituciones territoriales.

Los inicios se ubican en el año 2012, a partir del Fallo F.A.L., momento en que se comienza a realizar la atención *ad hoc* de situaciones de aborto referenciadas desde efectores de salud del cordón industrial y la zona norte de Rosario. En ese momento el equipo se conformaba por una médica tocoginecóloga y una trabajadora social. Ante situaciones específicas en las que se evaluaba estrictamente indispensable, se solicitaba interconsulta a profesional de salud mental. No se contaba con espacio físico propio, habilitando un consultorio u oficina disponible en el momento en que se acordaba entrevista con la persona usuaria.

El marco legal de este tiempo -interrupción legal del embarazo (ILE), régimen por causales- era desconocido por la población y por el personal de la salud. Esto implicó que la construcción del espacio se realizara conjuntamente con un

trabajo al interior de la institución que contempló la gestión de instancias de procesos, acuerdos, circuitos, capacitaciones y jornadas de sensibilización en la temática. Asimismo, fue indispensable trabajar con equipos de otros efectores de salud de referencia de este hospital. En todo este proceso se contó con el acompañamiento de la Dirección del hospital y de la Dirección Provincial de Género e Interculturalidad del Ministerio de Salud. En este marco, TS tuvo una participación activa: como articulador entre equipos, acercando a diferentes profesionales de la salud -no exclusivamente de la medicina-; aportando a la comprensión de la multidimensionalidad de la problemática ante diferentes actores y niveles, tanto en relación a las situaciones particulares como en cuanto a criterios de accesibilidad para la población; y contribuyendo al armado y reconocimiento institucional del espacio en conformación.

En cuanto a la intervención en el abordaje interdisciplinario de interrupciones de embarazo, TS aportaba desde una perspectiva de derechos y comprensión situada de cada caso a la elaboración de estrategias integrales, conjuntamente con el tratamiento médico, en torno a la situación social en que se encontraba la persona usuaria y/o su familia, en articulación -cuando la situación lo requería o lo posibilitaba- con equipos de salud, de desarrollo social u organizaciones de territorio. TS contribuyó y contribuye en la elaboración de estrategias en la accesibilidad y en el acompañamiento posterior a la práctica del aborto. Esto implica recurrir a redes ya existentes en territorio, o armar nuevas redes o referencia con actores posibles.

A lo largo de toda la trayectoria se observa que cada persona gestante que solicita una interrupción de embarazo, muchas veces, se encuentra atravesando una diversidad de cuestiones problemáticas que la condicionan en la toma de decisiones, por las cuales es necesario acompañar con estrategias integrales: situación socioeconómica y/o habitacional vulnerable, violencia, consumo problemático de sustancias, niñas y adolescentes sin referentes de confianza y seguridad, escolaridad inconclusa, falta de integración en espacios de contención. Cuestiones que es necesario contemplar junto a la resolución de continuidad o no del embarazo.

En los inicios de este espacio el desconocimiento en la población del marco legal repercutía en un cargado monto de angustia en las usuarias, lo que se sumaba al condicionamiento del imaginario social respecto a la temática. Trabajar sobre el aspecto de realizar una práctica legal con las garantías que ello conlleva para la seguridad en la salud integral, ubicando a la decisión como una cuestión de cuidado de la salud y de derecho, articulando recursos necesarios para una atención de calidad en la realización de un aborto y en el posaborto, generaba la posibilidad de transitar el proceso desde un posicionamiento de ejercicio de derechos, con un marco de seguridad dado por el acompañamiento profesional,

generando un alivio en esa angustia y, por ende, con mejores condiciones para la claridad en la toma de la decisión.

A partir de 2014 el espacio logró denominarse Consultorio de Salud Sexual, con asignación de horario y espacio físico –compartido con el Departamento de Trabajo Social-, incorporándose a la grilla de servicios que presta la institución. Esto posibilitó la asignación de turnos a través de ventanilla y de coordinación de consultorios externos, y la llegada de las historias clínicas correspondientes para el registro de cada práctica. El equipo se amplió con la incorporación de una persona profesional de salud mental. Estos hechos dan cuenta del reconocimiento institucional progresivo, aunque aún era necesario la construcción de consenso y compromiso entre integrantes de diferentes servicios y áreas. A medida que se institucionalizó la práctica, la demanda fue creciendo tanto para interrupciones de embarazo de primero como de segundo trimestre.

Fue crucial el trabajo realizado en un dispositivo que se denomina Colegiado de Salud Sexual de Zona Norte del Nudo Rosario de la Provincia de Santa Fe, que sigue vigente en la actualidad. En este dispositivo se desarrolla un trabajo colectivo entre equipos de salud del hospital y de los centros de salud de referencia del mismo, en la temática específica de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva. El mismo se construyó a través de encuentros sistemáticos mensuales con agenda de temas concretos. El cierre se realizaba con acuerdos y compromisos precisos que posibilitaron mejorar y afianzar procesos comunicacionales, acordar guías de trabajo, y agilizar circuitos entre niveles de atención y al interior del hospital. La temática del abordaje de ILE constituyó un eje que se tornó central, atravesado por diversidad de posturas y controversias. Se propiciaron capacitaciones y jornadas de sensibilización que aportaron a la definición de posicionamientos políticos respecto a este derecho. De este modo, se habilitó a que profesionales pudieran manifestar tanto posturas de objeción de conciencia como definición de perspectivas orientadas hacia la garantía de derechos, incluso en quienes en algún momento habían manifestado posiciones contrarias. En esta instancia, profesionales de TS del hospital y de atención primaria de la salud (APS) tuvieron una participación activa y un rol relevante en cuanto a aportar la visión de derechos y de contexto de cada sector poblacional, así como también sobre los requerimientos para garantizar accesibilidad.

Este dispositivo habilitó la posibilidad de discusión y acompañamiento para el armado de equipos que aborden las situaciones de interrupción del embarazo en territorio. Operó como una instancia de fortalecimiento junto a los equipos ante la política de salud que se planteaba a nivel provincial.

Al mismo tiempo, este hospital se constituyó en referencia para lo que se denomina Cordón Industrial hacia el norte de Rosario, abarcando gran cantidad

de localidades, en las cuales el proceso de armado de equipos implicó algunos años más. Cabe aclarar que, al día de hoy, en gran parte de estas localidades no se cuenta aún con equipos para abordaje de salud sexual integral.

En razón de este contexto, desde TS se propició el intercambio y el trabajo tanto con equipos de salud de dichas localidades como con las incipientes organizaciones sociales de cada comunidad. Con estas últimas el trabajo se orientó a agilizar canales de comunicación para brindar información y generar accesibilidad a personas usuarias de diferentes territorios, así como también a generar instancias de preparación respecto a cómo acompañar a personas en situación de aborto y en anticoncepción.

Esta dinámica de intervenciones de TS se sostiene hasta la actualidad, acompañando los diferentes contextos sociales y políticos. El momento de pandemia por COVID-19 generó una situación en la que fue necesario incrementar esfuerzos para sostener la demanda de atención en anticoncepción y aborto como urgencias, facilitando la accesibilidad a población que no podía acceder a los efectores de primer nivel por múltiples motivos (restricciones, miedos y/o desconocimiento).

La sanción de la Ley N° 27.610 abrió nuevas posibilidades. Si bien en un primer momento se intuía que la demanda en el espacio público se reduciría al sumarse la obligatoriedad para las obras sociales, esto no ocurrió. El impacto de mayor información en la población y de la clarificación de posicionamientos ante el debate social que implicó el proceso de discusión de la ley, y la disipación de miedos e inseguridades en las personas usuarias, contribuyeron a que una mayor cantidad de personas demanden la atención tanto en el ámbito público como en el privado.

En la actualidad la mayor demanda que atiende este equipo se vincula a interrupciones de embarazo de segundo trimestre, de AMEU de primer trimestre en personas que la requieran (por elección o por indicación), o de tratamientos medicamentosos en personas gestantes que no desean presentarse en sus territorios por resguardo de su intimidad. Se cuenta con dos días de atención en consultorio y dos días de práctica de AMEU en ámbito con equipamiento específico para tal fin (hospital de día), y también se realizan otras prácticas que requieren la utilización de quirófano. La intervención de TS se sostiene con base en los ejes planteados desde sus inicios: abordaje interdisciplinario; gestión y articulación al interior de la institución; gestión y articulación con equipos y organizaciones de los territorios.

El aporte de TS sigue siendo fundamental en cuanto a la elaboración de estrategias en torno a las diferentes situaciones sociales que inciden en la

toma de decisiones de las personas usuarias. En muchas ocasiones la situación de aborto opera como disparadora de otro entramado de problemáticas que atraviesan a la persona gestante, invisibilizadas o no planteadas en otros ámbitos. Las mayores problemáticas se presentan en la resolución de segundo trimestre, ya que muchas veces haber llegado a esta instancia se vincula a dificultades de acceso temprano de diverso orden, como situaciones de violencia, falta de personas que actúen como referentes sociales y afectivas, embarazos en niñas/adolescentes, entre otras.

Por otra parte, hacia el interior del hospital se sigue trabajando en la gestión de condiciones de fortalecimiento del servicio y de agilización de los circuitos internos. Hacia el exterior, se continúa el trabajo con organizaciones de la comunidad a fin de generar mayores condiciones de accesibilidad de la población al derecho a la interrupción del embarazo, así como también a todo el arco de derechos sexuales y reproductivos. Aún nos encontramos con usuarias que desconocen la posibilidad de acceder a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE), y no cuentan con información respecto a cuidados y disfrute de su salud sexual en general, con perspectiva de derechos.

* Biografías



Nadia Ahumada. Especialista en Políticas de cuidados desde una perspectiva de género (Clacso). Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Docente adjunta ordinaria en la Licenciatura en Trabajo Social (UNER). Extensionista, investigadora, activista.



Susana Arminchiardi. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Rosario. Se desempeñó en el Hospital Roque Saenz Peña, que depende de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Integra la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir y es articulante de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, regional Rosario. Es integrante del Consejo Consultivo de REDAAS y co-coordinadora del Grupo de Trabajo Social de REDAAS.



Yanina Pamela Arteaga. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Actualmente desarrolla su ejercicio profesional en el Servicio Social del Hospital “Dr. Segundo Taladriz” de la ciudad de Toay, La Pampa.



Rita Gimena Bacci. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Docente adjunta ordinaria en la Licenciatura en Trabajo Social (UNER). Extensionista, investigadora, activista.



Andrea Barcaglioni. Jefa del Servicio de Trabajo Social del HIGA San Martín de La Plata desde 2017. Fue instructora de residentes de Trabajo Social (2006-2014) y referente del equipo de Salud Sexual y Violencias por Motivos de Género del mismo hospital desde 1998.



Inés Belaustegui. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Luján (UNLu). Desde el año 2014 es jefa interina de la Sala de Trabajo Social en el Hospital Provincial Materno Neonatal “Estela de Carlotto” del partido de Moreno. Fue asesora para Unicef/Fundasamin en el Ministerio de Salud de la Nación para el Equipo de Referencia del Parto Respetado.



Agustina Biaggi Russi. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Villa María (UNVM). Estudiante de la Maestría en Psicopatología y Salud Mental de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Actualmente desarrolla su ejercicio profesional en el Centro de Salud Iturbide, dependiente de la Secretaría de Desarrollo Humano de la Municipalidad de Venado Tuerto.



Ivón Burchardt. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Villa María (UNVM). Actualmente desarrolla su ejercicio profesional en la Dirección Provincial de Salud Sexual Integral de la Ciudad de Santa Fe y es tesista de la carrera de Posgrado de la Maestría en Salud Mental de la UNER-FTS.



Carina Carmody. Magíster y licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Profesora titular ordinaria de la Licenciatura en Trabajo Social (UNER). Investigadora categorizada y extensionista. Directora de la Maestría en Trabajo Social (UNER).



Paula Cattaneo. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Católica de Salta (UCASAL) y la Universidad Nacional de Catamarca (UNCA). Especialista en Medicina Social y Comunitaria de la Universidad Nacional de Tucumán (UNT) y especialista en Salud Pública de la Universidad de Salta (UNSA). Se desempeña laboralmente en el Hospital “Dr. Lozano” de La Merced, Salta, desde hace 21 años.



Mercedes Contreras. Coordinadora de la Asesoría en Salud Sexual Integral del HIGA San Martín desde 2019. Referente del proyecto de creación de Centros de Buenas Prácticas para el Acceso al Aborto (IPAS - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires). Docente en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Integrante de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir.



Luciana Duarte. Estudiante avanzada de la Licenciatura en Trabajo Social (UNER). Ha sido auxiliar alumna docente en asignaturas y seminarios.



Silvina Fleita. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Luján (UNLu). Desde 2018 trabaja en el Hospital Provincial Materno Neonatal “Estela de Carlotto” del partido de Moreno, región sanitaria VII.



Alicia Genolet. Magíster en Metodología de la Investigación Científica de la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Licenciada en Servicio Social (UNER). Docente jubilada de la Facultad de Trabajo Social UNER.



María Fernanda Gómez. Licenciada en Trabajo Social (UNLaM). Desarrolla su ejercicio profesional en el Hospital “Simplemente Evita” de la provincia de Buenos Aires.



Estefanía Greco. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Maestranda en Psicopatología y Salud Mental de la Facultad de Ciencias Médicas (UNR). Actualmente desarrolla su ejercicio profesional en el Servicio de Trabajo Social del Hospital Regional “Dr. Alejandro Gutiérrez” de la ciudad de Venado Tuerto y es docente de la cátedra Trabajo Social I de la Tecnicatura en Trabajo Social del Instituto Católico de Enseñanza Superior de la ciudad de Venado Tuerto.



María Eugenia Hermida. Licenciada en Servicio Social por la UNMDP, Especialista en Docencia Universitaria (UNMDP) y Doctora en Trabajo Social (UNR). Ha ejercido como Trabajadora Social del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Integró la comisión directiva de la Federación Nacional de Unidades Académicas de Trabajo Social período 2016-2019 (FAUATS). Integra el plantel docente de diversas carreras de posgrado (especializaciones, maestrías, doctorados) de Argentina, Colombia y Chile. Actualmente es Profesora titular exclusiva de Investigación en Trabajo Social II e integrante del Grupo Problemáticas Socioculturales, donde dirige y ha dirigido proyectos de investigación vinculados al giro afectivo, el pensar situado y los feminismos.



María Verónica Lorea. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Rosario. Trabajó en el Programa Nueva Oportunidad, Dispositivo de Enlace con jóvenes bajo la justicia penal juvenil del Ministerio de Igualdad y Desarrollo Humanos. Trayectoria de más de 20 años como profesional en equipos de salud pública y equipos interdisciplinarios en educación pública y asistencia directa en la Municipalidad de Rosario. Actualmente es presidenta del Colegio de Profesionales de Trabajo Social de la 2da Circunscripción de Santa Fe.



María Selene Mira. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Maestranda en Ciencias Sociales en instancia de tesis en la Universidad Nacional de Santiago del Estero (UNSE). Actualmente desarrolla su ejercicio profesional en el Hospital de la Madre y el Niño de la Ciudad Capital de La Rioja y es directora de la carrera de Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Rioja (UNLaR) y docente en la misma universidad de las cátedras Trabajo Social de Grupo y Epistemología en Trabajo Social.



Myriam Monzón. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ). Actualmente desarrolla su ejercicio profesional en el Servicio de Área Programática y Articulación en Salud (SAPS) en el HZGA “Dr. C. Bocalandro” en el municipio de Tres de Febrero de la provincia de Buenos Aires.



Agustina Rosas. Trabajadora Social del Instituto Católico de Enseñanza Superior “ICES”. Estudiante de ciclo de Licenciatura en Trabajo Social en la Universidad Nacional de Villa María (UNVM). Actualmente desarrolla su ejercicio profesional en el Centro de Salud “San José Obrero” dependiente de la Secretaría de Desarrollo Humano de la Municipalidad de Venado Tuerto.



Ariel Sanabria. Licenciado en Trabajo Social de la Universidad Nacional de San Luis (UNSL). Actualmente desarrolla su ejercicio profesional en el Hospital de Referencia “Dr. Suárez Rocha” de la ciudad de Villa Mercedes de la provincia de San Luis y es docente de la asignatura Fundamentos Teórico Prácticos del Trabajo Social de la carrera de Trabajo Social (UNSL).



Marcela Schneider. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Integrante del Departamento de Trabajo Social del Hospital Escuela “Eva Perón” de la ciudad de Granadero Baigorria, Santa Fe, desde 2010, y del Consultorio de Salud Sexual del mismo efector desde 2012.



Jorgelina Schmidt. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Ex jefa del Centro de Salud “Mauricio Casal” de la Municipalidad de Rosario (MR). Actualmente Coordinadora Distrital de Salud del Noroeste (MR). Docente de la cátedra Psicología en la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario (UNR).



Rosana María Schnorr. Licenciada en Trabajo Social y Magíster en Políticas Sociales de la Universidad Nacional de Misiones (UNaM). Actualmente dirige el proyecto de Educación Emocional Integral y Prevención de Adicciones del Departamento Libertador General San Martín. Se desempeña en el Equipo Técnico Territorial bajo la Dirección Nacional de Sistemas de Protección de Derechos de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Capital Humano de la Nación en el municipio de Puerto Rico y la zona norte de la provincia de Misiones.



Facundo Martín Zamarreño. Lic en Trabajo Social. Especialista en Estudios Interdisciplinarios en Sexualidades y Género. Docente de la UNR. Trabajador en Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Miembro de la Comisión de Géneros y Diversidad del Colegio de Profesionales del Trabajo Social de la 2da. Circunscripción de la pcia. De Santa Fe.



María de Lourdes Zarza. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad nacional de La Matanza (UNLaM). Desarrolla su ejercicio profesional en el Hospital “Simplemente Evita” de la provincia de Buenos Aires.



Alejandra Zorzoli. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Maestranda en Gestión de Servicios y Sistemas de Salud (Centro de Estudios Interdisciplinarios. Instituto de la Salud “Juan Lazarte”. UNR). Trabajadora Social del Hospital Provincial de Rosario, Santa Fe, desde el año 2005 hasta 2024. Auditora en el marco del “Programa de Fortalecimiento de Derecho a la IVE-ILE” en la obra social provincial Iapos desde 2021 hasta 2024. Actualmente a cargo de la Co-Coordinación de la Dirección de Trabajo Social – Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario. Militante territorial de base en barrio Ludueña, Bodegón Cultural Casa de Pocho. Integrante de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. Es integrante del Consejo Consultivo de REDAAS y co-coordinadora del Grupo de Trabajo Social de REDAAS.

