

2022

Análisis sobre la intervención de profesionales del Trabajo Social que participan de equipos interdisciplinarios en salud sexual, reproductiva y (no reproductiva) implementando el protocolo ILE : un estudio en el Hospital de área El Bolsón, provincia de Río Negro.

Galante, Nicolás

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/366>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Trabajo social y salud

Análisis sobre la intervención de profesionales del Trabajo Social que participan de equipos interdisciplinarios en salud sexual, reproductiva y (no reproductiva) implementando el protocolo ILE. Un estudio en el Hospital de área El Bolsón, provincia de Río Negro.

Trabajo Final de Graduación

Juradxs

Lic. Monserrat María Andrés

Lic. Virginia Maté

Autor: Nicolás Galante

Director: Licenciado Gauna Nicolás Alejandro

Fecha de entrega: 24 octubre de 2022

Dedicatoria

A Cecilia, Juana y Elena

Nico

Agradecimientos

Gracias a todxs las personas que a lo largo de estos años me han dado la fuerza y su tiempo para poder llegar a este momento. A la Universidad Pública por darme la oportunidad de conocer, aprender y formarme para transitar la vida.

Gracias a Nico, mi compañero, amigo y director de esta Tesis, por su dedicación y compromiso. Por su acompañamiento e incondicionalidad en cada momento, pilar desde el comienzo hasta el fin.

Gracias a Flor, por los momentos compartidos y por el apoyo en cada paso.

Gracias al equipo de profesionalxs del Hospital de Área El Bolsón por su tiempo dedicado. Especialmente a Luciano y Mirna, como parte de esta investigación.

Gracias a mis viejos por el esfuerzo, la paciencia de siempre y por cuidarme. Por darme la oportunidad de elegir y la posibilidad de equivocarme. A mi hermano por cada momento de reflexión y aprendizaje.

A mi hermana, tixs y primxs por el cariño de siempre.

A mi psicóloga, Manuela, por el acompañamiento y por la escucha sentida y comprometida.

A mis amigxs y hermanxs de la vida por compartir las alegrías y tristezas, por darme la fuerza para terminar con este recorrido.

Nico

Índice

Capítulo Introdutorio.....	6
Capítulo I	9
<i>Definición y Justificación del problema</i>	<i>10</i>
<i>Objetivos</i>	<i>12</i>
Objetivo general.....	12
Objetivo específico...../.....	12
<i>Estrategia metodológica y proceso de investigación.....</i>	<i>12</i>
Capítulo II	15
<i>Consideraciones conceptuales</i>	<i>16</i>
Reflexiones en torno al concepto salud	16
Modelos teóricos del proceso salud-enfermedad.....	18
Breve historia del Sistema de Salud en Argentina.....	20
<i>Estado higienista o policía médica.....</i>	<i>20</i>
<i>El Estado de Bienestar.....</i>	<i>21</i>
<i>Estado Desarrollista</i>	<i>22</i>
<i>Estado Neoliberal</i>	<i>23</i>
Función y aparición histórica de los Serv.Sociales en Arg.	24
<i>La práctica del Trabajo Social en el campo Salud.....</i>	<i>26</i>
<i>Trabajo Social y la Interdisciplina en el campo Salud.....</i>	<i>27</i>
Salud sexual y (no) Reproductiva.....	28
<i>Aspectos normativos en Salud Sexual y (no) Reproductiva en Arg.</i>	<i>29</i>
<i>Consejería en salud sexual reproductiva y no reproductiva</i>	<i>31</i>
<i>Consejería pre y post aborto en la aplicación del Protocolo IVE/ILE.....</i>	<i>32</i>
Capítulo III	36
<i>La cuestión del aborto en Arg., Interrupción Voluntaria del Embarazo</i>	<i>37</i>

<i>Lucha por la autonomía de las personas gestantes</i>	37
Capítulo IV	48
<i>Análisis</i>	49
Indicadores relevados durante el proceso de investigación	50
<i>El aborto no punible en Arg. y la Interrupción Legal del Embarazo</i>	51
<i>Marco y legislación de la Provincia de Río Negro</i>	55
<i>Funcionamiento y dinámica del espacio de consejería en salud sexual (no) repro</i>	57
<i>Interdisciplina y Trabajo Social</i>	60
Articulación entre sector público y colectivas/redes.....	62
Capítulo V	65
<i>Conclusiones</i>	66
Bibliografía	70
Leyes consultadas	72
Documentos consultados	73
Anexo I	74
Anexo II	76
Anexo III	81
Anexo IV	83
Anexo V	84

CAPÍTULO INTRODUCTORIO

El presente trabajo de investigación se inicia en el marco del proceso de formación de grado, particularmente como trabajo final de graduación. En este sentido, una de las premisas transversales de dicho aporte radica en explorar las dimensiones que se despliegan en la intervención de los/as profesionales del trabajo social que realizan labores de manera interdisciplinaria en el marco en las consejerías en salud sexual y reproductiva durante la aplicación del protocolo de interrupción legal del embarazo.

A partir del recorrido educativo realizado como estudiante en la carrera de Trabajo Social que ofrece la UNMDP, surge la necesidad de indagar, reflexionar y problematizar la cotidianidad en donde se desempeñan lxs profesionalxs del Trabajo Social, particularmente en el ámbito de la salud.

En el capítulo I se definen y fundamentan las bases metodológicas de la presente investigación. Siguiendo así con el objetivo general y los objetivos específicos planteados, guiados por la estrategia metodológica que se organiza según el enfoque de los diseños flexibles e interactivos.

El capítulo II se centra en el marco teórico donde se inicia un recorrido conceptual definiendo las categorías centrales del estudio. En este sentido; se aborda en primer lugar reflexiones en torno al concepto salud, seguido por aquellos modelos teóricos del proceso salud-enfermedad que tienen implicancias en el desarrollo de la temática. Con el propósito de situar estas concepciones y líneas teóricas en un determinado contexto, se realiza un breve recorrido por los modelos que caracterizan el Sistema de Salud Argentino. Para luego sobre esta base se aborda la concepción de Trabajo Social desde su función y aparición en Argentina en general y, específicamente el Trabajo Social en el campo salud, poniendo el foco sobre la interdisciplina. Finalizando este capítulo se desarrolla la Salud Sexual y (no) reproductiva desde una mirada integral de la sexualidad, el marco normativo que da lugar a la ILE y las Consejería en salud sexual y (no) reproductiva.

El capítulo III aboca a un recorrido histórico documental de la cuestión del aborto en Argentina, más específicamente la lucha por la autonomía de las personas gestantes por el derecho a decidir la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Teniendo en cuenta la transversalidad de la temática presente en la investigación fue necesario dar cuenta y visibilizar dicho proceso social como parte constitutiva de esta investigación.

Adentrándose el capítulo IV se presentan algunas reflexiones surgidas a partir del análisis de las entrevistas realizadas a los profesionalxs de la salud que forman parte del equipo interdisciplinario en la garantización del derecho al aborto legal. Teniendo en cuenta los diferentes indicadores que guiaron los objetivos de esta investigación: El aborto no punible en Argentina y la Interrupción Legal del Embarazo; Marco y legislación de la Provincia de Río Negro; Funcionamiento y dinámica del espacio de consejería en salud sexual (no) reproductiva; Interdisciplina y Trabajo Social; Articulación entre sector público y colectivas/redes.

Finalmente, el capítulo V centrará su desarrollo en las conclusiones y reflexiones que fueron dejando los distintos momentos a lo largo del recorrido del proceso investigativo.

La investigación está centrada en la garantización de un derecho, que históricamente ha sido reclamado por el movimiento feminista y de mujeres, a partir del año 2020 legitimado y reconocido con la sanción y promulgación de la Ley de Interrupción voluntaria de Embarazo (27610)¹. Entender esta conquista parte de comprender que no resulta de un hecho aislado, sino como expresión de procesos históricos caracterizados por la movilización y lucha de quienes pregonan por una sociedad más equitativa en términos de Derechos Humanos con impacto en la vida cotidiana de las personas. Fué durante la realización de este trabajo final de graduación que el derecho a la interrupción legal del embarazo se ha ampliado por esa lucha de masas producto de una nueva ola feminista.

En el transcurso de la investigación se ponen de manifiesto desafíos presentes en la intervención profesional de Trabajo Social, que contribuyeron de manera aproximativa a presentar algunas consideraciones finales referidas al aporte del Trabajo Social en procesos que promueven la garantización de DD.HH y al mismo tiempo tensionan las lógicas institucionales de corte tradicionalista y conservador.

¹ Se hace esta aclaración dado que la totalidad del proceso de recolección de datos es previo a la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria y Legal del embarazo (27.610), momento en el que para cualquier persona que solicitaba al sistema de salud una práctica de interrupción de embarazo, independientemente de la semana de gestación obligaba al equipo interviniente a declarar las causales que afectarían la salud de la persona solicitante desde una mirada integral, esto es afectaciones de tipo bio-psico-social.

CAPÍTULO I

Definición y justificación del problema: objetivos y estrategia metodológica del proceso de investigación.

DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Nos proponemos analizar los aportes realizados por profesionales de Trabajo Social durante el abordaje del espacio de consejería en procesos de intervención donde se hace efectivo el cumplimiento respecto de los derechos sexuales y reproductivos, específicamente, en la implementación del protocolo de Interrupción Legal del Embarazo (en adelante ILE), vinculando los siguientes interrogantes:

¿Cómo se garantiza la normativa vigente en espacios de intervención referidos a derechos sexuales, reproductivos y (no) reproductivos?

¿Qué características presenta el abordaje interdisciplinario en los espacios de consejería en salud sexual y reproductiva que garantizan la aplicación del Protocolo ILE?

¿Cuáles son los momentos en que el profesional de trabajo social interviene en dichos espacios?

¿Cuál o cuáles son los significados que le otorgan los/as profesionales del trabajo social al abordaje del espacio de consejería en salud sexual y reproductiva, durante la implementación del protocolo para la Interrupción Legal del Embarazo?

¿Cómo se incorpora al Hospital de Área El Bolsón el espacio de consejería en salud sexual y reproductiva, para la implementación del Protocolo de la Interrupción Legal del Embarazo?

¿Qué características presenta dicho espacio?

¿Existe vinculación, articulación o comunicación con otras/os referentes que abordan la temática?

El presente trabajo final de graduación surge del interés personal que generó conocer, de manera aproximativa, experiencias que garantizan la normativa vigente² en materia de salud sexual y

² Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer; Ley nacional 25673 (2002) y su Decreto reglamentario 1282/2003: crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el Ministerio de Salud de la Nación; Ley 26130 (2006) Anticoncepción quirúrgica; Ley 26485 (2009) Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales; Ley 26150 (2006) Educación Sexual Integral (ESI); Ley 25808 (2003) y Ley 25273 (2000) Derecho de las adolescentes embarazadas y adolescentes que son mamás o papás a continuar estudiando; Ley 26061 (2005) Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes; Ley 23849 (1990) Convención sobre los

reproductiva de las personas, en la Comarca Andina, en general y de la ciudad de El Bolsón en particular.

El movimiento feminista y de mujeres en su diversidad, así como el colectivo de disidencias sexuales, han denunciado, entre otras cuestiones, el carácter patriarcal, y por ello la violencia institucional, que se reproduce a través de las barreras en el acceso a derechos establecidos en tratados internacionales incorporados a la Constitución Nacional.

En Argentina el debate por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito ha tomado relevancia en la agenda política en los últimos siete años. Situados en el ámbito de la salud pública, se considera necesario indagar acerca de aquellos procesos de intervención establecidos en el momento presente, por ello la consejería en salud sexual y reproductiva se constituye como espacio interdisciplinario, singular al momento de garantizar el pleno cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de forma integral.

El aborto, independientemente del posicionamiento moral, ideológico u religioso, forma parte y se constituye en situación a abordar desde el sistema público de salud porque en principio existe, y su no intervención desde los parámetros avalados científicamente, pone en riesgo social, psíquico y biológico a quienes deciden no continuar con un embarazo, por tal motivo, como futuros/as profesionales es necesario, a la vez urgente, reflexionar sobre los aportes que pueden asumir los/as trabajadores/as sociales en el ámbito de la salud para garantizar el derecho de las mujeres y cuerpos gestantes y continuar contribuyendo en mejorar los servicios que se ofrecen a la población, atendiendo las demandas de grupos poblacionales que históricamente han sufrido las consecuencias en cuanto a un sistema de relaciones sociales de género desigual donde las mujeres y cuerpos gestantes son llamados/as a parir por el sólo hecho biológico de poder hacerlo.

El presente trabajo de investigación intenta profundizar el análisis acerca de las experiencias llevadas adelante por equipos comprometidos en la garantía de la normativa vigente, y particularmente en la incorporación de trabajadores/as sociales en procesos de intervención

Derechos del Niño; Ley 23798 (1990) Ley Nacional de Sida; Ley 26529 (2009) Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado; Artículo 86 del Código Penal, Abortos legales (no punibles); Resolución 989/2005 del Ministerio de Salud de la Nación, Atención post aborto; Ley 26862 (2013) Fertilización asistida; Ley 25929 (2004) Parto humanizado; Ley 26743 (2012) Ley de Identidad de Género; Ley 26618 (2010) Matrimonio igualitario; Ley 26378 (2008) Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad, entre otras. Ley 27.610 (2020) de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

interdisciplinarios que coadyuvan en el reconocimiento de luchas sociales, políticas, económicas y culturales que son históricas pero que hoy día mantienen suma vigencia.

OBJETIVOS

GENERAL:

- Analizar procesos de intervención de trabajadores/as sociales que participan en equipos interdisciplinarios de consejerías en salud sexual y reproductiva donde se garantiza la implementación del protocolo ILE en el Hospital de Área El Bolsón.

ESPECÍFICOS:

- Explorar el marco legal en relación a la aplicación del Protocolo Interrupción legal del embarazo en Argentina en general y de Rio Negro en particular.

- Caracterizar los espacios de consejerías en salud sexual y reproductiva del Hospital de área El Bolsón, en el ámbito de aplicación del Protocolo Interrupción legal del embarazo.

- Identificar el alcance del abordaje de los profesionales de Trabajo Social y sus significados como parte del equipo interdisciplinario de las consejerías en salud sexual y reproductiva, durante la implementación del protocolo de Interrupción Legal del Embarazo en Hospital de Área El Bolsón.

- Analizar los aportes de la profesión Trabajo Social en espacios de abordajes interdisciplinarios.

- Analizar procesos de intervención en salud sexual y reproductiva en general y sobre el aborto en particular.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA Y PROCESO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo al problema y objetivos planteados, la estrategia metodológica se organiza según el enfoque de los “diseños flexibles e interactivos”, con un abordaje de carácter cualitativo y la utilización de técnicas de entrevistas semi-estructuradas, consulta de archivos, investigación y análisis bibliográfico (King y otros 1999, Gallart 2003, Samaja 1994, Sautu y otros 2006).

El diseño de la técnica de entrevista fue según su nivel de estructuración, semi estructurada, coincidiendo con el objetivo que se persigue en esta investigación. Las mismas, se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir interrogantes adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (Sampieri-Fernández-Collado, 2006). En particular, el instrumento diseñado indaga sobre la descripción de un día laboral, en la percepción del valor de la formación de base para afrontar los desafíos laborales, y la definición sobre la intervención profesional, buscando profundizar sobre los significados que le otorgan las y los Trabajadores sociales a su práctica cotidiana.

Del total de entrevistadxs, siete trabajadores/as se ofrecieron voluntariamente para participar de la misma. En cuanto al contexto en el cual se desarrollaron las entrevistas (habiendo sido solicitada y posteriormente aprobada la autorización necesaria de las autoridades hospitalarias) se buscó que la técnica sea íntima, flexible y abierta; se explicó a todos lxs trabajadorxs el fin y el encuadre del instrumento, reafirmando que dicha técnica de investigación no persigue una representatividad estadística sino más bien el rescate de los significados en relación a sus procesos de intervención.

La recolección de datos tuvo como encuadre el espacio socio-ocupacional in-situ, lo que favoreció un clima de confianza, confidencialidad y privacidad. También se destacan aquellos elementos no lingüísticos que se desprenden de la observación y que aportan al análisis; como las emociones, expresión corporal, entre otras y por otro lado, la realización de video-llamada desde la aplicación WhatsApp, debido al contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) establecido desde el mes de marzo del año 2020.

La articulación de estas dimensiones confluye en el objetivo general. Para abordarlo se prevé trabajar desde el análisis de las entrevistas y los discursos como fuentes primarias, convergiendo con técnicas de relevamiento bibliográfico y el análisis documental para llegar a aproximativas conclusiones.

El tratamiento de los materiales escritos –y su posterior análisis- prevé la realización de lo que Lessa (2007) llama una “lectura inmanente”. Este análisis implica fundamentalmente un proceso que toma por punto de partida la descomposición del texto en sus unidades más significativas, esto es, descomponerlo en sus ideas, conceptos y categorías. A partir de ello, se busca la trama que articula estos elementos, lo que posibilita avanzar en investigar sus nódulos decisivos y presupuestos implícitos. Mediante este proceso, es posible establecer hipótesis interpretativas, con

el que se inicia el camino de vuelta del proceso de análisis, realizándose un movimiento “hacia fuera” del texto, buscando en sus determinaciones históricas sus razones contextuales más profundas, permitiendo el nexo entre la estructura interna y su contexto histórico y generando como resultado un análisis interpretativo del texto.

Las fuentes primarias a utilizar serán, entonces, los testimonios provenientes de las entrevistas a los profesionales de Trabajo Social, Medicina y Salud Mental.

Las fuentes de datos secundarias serán aquellos trabajos que encuentran relación con la temática a abordar y bibliografía específica sobre los conceptos y procesos relacionados al trabajo social, consejería pre y post aborto, interdisciplina y salud sexual y reproductiva.

CAPÍTULO II

Consideraciones conceptuales

CONSIDERACIONES CONCEPTUALES

Reflexiones en torno al concepto salud

Alrededor del concepto salud se han configurado diferentes concepciones que se han establecidos como dominantes u hegemónicas a lo largo de la historia producto de la continua multiplicidad de enfoques y perspectivas. A los fines del presente trabajo, presentamos tres miradas en torno al concepto salud.

Desde 1948 la concepción de salud que se presenta como imperiosa es aquella que promulga la Organización Mundial de la Salud, la misma es definida como (...) un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades³.

Si bien esta definición tiene una mirada más integral del enfoque salud con respecto a las concepciones que la antecedieron se considera que tiene sus límites. Uno de estos es su mirada a la salud como un estado, sin considerar a la misma como un proceso de continuos cambios y transformaciones producto de un contexto histórico, social, político y económico. Otro, es el carácter subjetivo y arbitrario que da la definición al carácter bienestar. El completo bienestar físico, mental y social implica una particularidad de cada marco histórico acompañado de sus determinantes procesos sociales en el cual son parte las personas.

Por otro lado, el Dr. Floreal Ferrara (1985) va a plantear que la salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y que permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad.

El dinamismo del proceso salud-enfermedad, se trata de una actividad incesante, hace la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad (...) La salud es un proceso incesante, cuya idea esencial reside en su carácter histórico y social. (p. 21)

Aquí el autor pone en escena la impronta del carácter histórico y social a la definición de salud, dejando en evidencia allí la importancia de cómo las personas son atravesadas por sus condiciones

³ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

de vida en determinados momentos históricos y como estas son protagonistas frente a la continua transformación que implica la salud.

Otra concepción, es aquella que la sitúa como derecho garantizado por parte del Estado, Beltramino (1991) refiere que:

(...) condiciones dignas de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos sus niveles, a todos los habitantes del territorio nacional, produciendo el desarrollo pleno del ser humano en su individualidad. (p. 291)

Sin embargo, garantizar este derecho implica asegurar un conjunto de condiciones de vida, trabajo, alimentación, vivienda y educación (entre otras dimensiones), y no solamente el simple acceso a los servicios de Atención de la Salud.

Siguiendo con esta línea durante la “VIII Conferencia Nacional de Salud”⁴, realizada en Brasilia en marzo del año 1986 aporta:

(...) la salud es el resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, ocio, libertad, acceso a la posesión de la tierra y acceso a servicios de salud. Es así, antes que nada, el resultado de las formas de organización social de la producción, las que pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida⁵.

En síntesis, la salud no es un concepto abstracto. Se define en el contexto histórico de determinada sociedad y en un momento determinado de su desarrollo, debiendo ser conquistada por la población que la integra. De este concepto amplio de salud y de esta noción del derecho como conquista social, emerge la idea de que el pleno ejercicio del derecho a la salud, no se materializa simplemente por su formalización en el texto constitucional. Existe, simultáneamente, la obligación del Estado de asumir explícitamente una política de salud consecuente e integrada a

⁴ Brasil año 1986, durante el gobierno de José Sarney, el primer gobierno civil después de 20 años de dictadura militar, se generaron intensas disputas políticas y expectativas positivas, ante la convocatoria de la Asamblea Nacional Constituyente de donde surgió la *Constitución* de 1988. La VIII Conferencia fue, desde esta perspectiva, un escenario crucial para el proceso de fortalecimiento del movimiento por la Reforma Sanitaria y para la búsqueda de un resguardo constitucional en relación a derechos políticos y sociales, destacando el derecho a la salud.

⁵ Arouca S. Democracia é saúde. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde; 1987.

las demás políticas económicas y sociales, asegurando los medios que permitan efectivizarlas. Entre otras condiciones, esto será posible mediante el control del proceso de formulación, gestión y evaluación de las políticas sociales y económicas por parte de la población, es decir, la participación y el compromiso de la ciudadanía en los debates actuales referidos a sus derechos.

Modelos teóricos del proceso salud enfermedad

Existen una diversidad de modelos que intentan interpretar la realidad y abordarla de forma sistematizada en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Estas variantes tensionan las prácticas cotidianas de las diferentes profesiones que integran el sistema de salud. En las instituciones aparecen aquellas disciplinas que han quedado bajo la subordinación de otras dado el status hegemónico que han adquirido históricamente favoreciendo así intervenciones de tipo unidisciplinar.

La presente identifica dos miradas sobre la intervención en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado: la mirada biomédica⁶ y la mirada histórico-crítica.

La mirada biomédica, está estrechamente relacionada al carácter biológico como principal causante de los problemas de salud de la población. Esto significa según Arredondo (1992):

La salud-enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos. Constituye un fenómeno dependiente de un agente biológico causal y de la respuesta del individuo, donde se busca el agente patógeno o el factor causal de cada enfermedad. (...) no explica por qué el mismo agente no produce siempre enfermedad por lo que descifra de manera parcial las causas de la enfermedad sin aclarar el rol de otros factores. (p. 257)

De acuerdo con Saizar (2008), el modelo en cuestión:

(...) sienta sus bases en la patología orgánica individual, en la etiología fisiológica, en forma unicausal y en terapias que actúan por la contra –antivirus, antibiótico,

⁶ El surgimiento de este modelo se dió en la segunda mitad del siglo XIX y a principios del XX, teniendo como máximos representantes a Pasteur y a Koch.

antihistamínico, antidepresivo, etc. La biomedicina construye una idea de persona centrada en el eje del cuerpo biológico, construcción que no solo es diferente sino además distante de la experiencia de los individuos en su vida cotidiana. La perspectiva biomédica de la enfermedad y la salud limita la consideración de factores ambientales y sociales más complejos, al ubicar el foco de atención en la consideración de causas y soluciones de índole biológica. El resultado es una forma de anti-holismo que equipara a una persona con su patología, más que con su totalidad de persona viviente. (...) La construcción simbólica que plantea la biomedicina presenta una visión del hombre como un conjunto de células, sistemas y subsistemas que interactúan. (p.36)

En síntesis, este modelo unicausal presenta un carácter ahistórico donde la participación de las personas está subordinada al saber médico que intenta curar/reparar a través de la medicalización de los cuerpos en un proceso de normalización y control.

Por otro lado, el modelo histórico social entiende que todos los factores causales se permean por lo social-histórico. Introduce cinco variables fundamentales para el análisis del objeto de estudio: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo. Su aporte incorpora la dimensión histórica-social al análisis epidemiológico, a la vez que construye nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad manteniendo intactas las relaciones de explotación que la generan. Al igual que el modelo biomédico, en su aplicación existe el riesgo de reducir la complejidad real de la problemática en torno a las relaciones sociales y a la dimensión histórica.

En este sentido Laurell (1986) expone:

(...) el modelo histórico-social considera que los procesos salud-enfermedad del conjunto son una expresión de los procesos sociales y que se deben analizar los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que atañen a los individuos.

Breve historia del Sistema de Salud en Argentina

Se considera oportuno realizar un breve recorrido de la historia del Sistema de Salud Pública en Argentina retomando el modelo de análisis del autor Tobar (2012). En dicha publicación⁷ se identifican fases de evolución y desarrollo de los servicios de salud acorde a las etapas de desarrollo capitalista en la región, más específicamente en Argentina. En este recorrido se visualizan cuatro modelos de Estado en relación con las políticas de salud en Argentina:

1. La policía médica o el Estado Higienista.
2. El Estado de Bienestar
3. El Modelo Desarrollista
4. El Modelo Neoliberal.

Estado Higienista o policía médica:

La primera etapa del desarrollo estaría caracterizada, según este modelo, por la orientación del proceso de acumulación capitalizado por el sector agroexportador. La modalidad de ejercicio del poder político instituida por esta clase social fue denominada Estado liberal, con fuertes rasgos excluyentes y autoritarios.

Durante una extensa primera fase del desarrollo del sector salud, la medicina progresaba de forma independiente a las funciones del Estado. Aunque el progreso del conocimiento médico reforzaba la imagen de poder y prestigio de los médicos, la salud registraba una muy leve presencia en la agenda de políticas públicas (Tobar, 2012:4). El modelo en cuestión va a priorizar el “aislamiento de los enfermos” por sobre la prevención y la atención de aquellos procesos de salud-enfermedad que se daban en épocas donde las epidemias eran propias de la cotidianidad de la población.

El Estado se hacía presente en este sector de forma autoritaria y controladora, las acciones de gobierno en el área se limitaban a garantizar la seguridad de la ciudadanía y sólo fueron expandiéndose a medida que surgía una demanda social organizada que presionaba sobre las

⁷ TOBAR, F (2012). “Breve historia del sistema argentino de salud” En: GARAY, O (Coordinador) “Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal”. Buenos Aires. La Editorial La Ley. 2012

estructuras de gobierno para que la misma expandiera sus responsabilidades sanitarias. Durante este proceso los servicios de atención médica eran prestados como forma de caridad por Sociedades de Beneficencia ya que no configuraban una función del gobierno.

Estado de Bienestar:

El inicio del proceso de industrialización inaugura la etapa de crecimiento “hacia fuera”. La misma desplazó a la oligarquía agroexportadora dando lugar a una amplia coalición que incluye a la burguesía industrial, a los sectores medios y aún a los trabajadores urbanos, dando origen al denominado Estado de Bienestar. En esta etapa las demandas de los trabajadores urbanos son incorporadas a través de organismos de Seguridad Social⁸.

El principal obstáculo en esta etapa fue, en lo que denomina el autor, “la fragmentación de las respuestas sanitarias”:

La respuesta es, porque la integración social resultó incompleta. Coexistieron dos edificios diferentes de protección social en salud (el de la asistencia pública y el del seguro social). La particularidad del caso argentino reside en la dificultad para construir puentes de integración entre ambos subsistemas. Y mientras cada uno atiende su juego, ambos perdían porque sus costos operativos se disparan al tiempo que se duplicaban estructuras prestacionales. Por otro lado, de la misma forma que las obras sociales (o mejor dicho, sus dirigentes y beneficiarios) no se preocuparon por el progresivo desfinanciamiento de los servicios públicos, luego las estructuras gubernamentales resultaron simétricamente insensibles al “descreme” de las obras sociales a favor de la medicina privada prepaga. De forma que surge luego un tercer edificio de protección social en salud en Argentina: el de la medicina prepaga. (p. 9)

⁸ “El modelo universalista o de seguridad social, involucra la adopción del Welfare State, cuya primera formulación legal aparece con el informe del Lord Beveridge (1942) y las leyes consecuentes en Inglaterra. Se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que, generalmente, son suministrados por proveedores públicos.” (Tobar; 2012:9)

Frente a este contexto vale aclarar que durante esta etapa se inicia una contundente inclusión social junto a la expansión de los derechos sociales en general y de una multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud.⁹

Este contexto favoreció la legitimación de los dos mandatos dirigidos por el gobierno del presidente Perón donde se expresaba una fuerte regulación por parte del Estado, como así también el propósito de mantener la accesibilidad de los sectores más desfavorecidos, a través de la creación de centros de salud, la regionalización sanitaria, la coordinación entre los diferentes servicios y la formación de recurso humano en salud pública.

Estado desarrollista:

El sector salud sufre el impacto de las políticas de austeridad fiscal. Los intentos por disminuir el gasto del Estado nacional conducen a propuestas de racionalización del sector público, que, en la práctica, se traducen en la paralización del crecimiento de su capacidad instalada, e incluso en el deterioro de la existente. Las propuestas de descentralización y desburocratización - específicamente dirigidas al cuestionamiento del modelo organizativo peronista- concluyen por trasladar bajo la responsabilidad de los estados provinciales la administración de la red hospitalaria nacional. (p. 18)

Esta política de transferencia con bases discursivas en la modernización y eficiencia estaba condicionada por la capacidad de gasto y gestión de cada gobierno provincial produciendo progresivamente una permeabilidad al desarrollo de una capa tecno burocrática, con vinculaciones en el sector empresario nacional e internacional, directamente comprometida en tareas de planificación del desarrollo a partir del estímulo a la iniciativa privada.

⁹ “Entre 1946 y 1951 se construyeron 4.229 establecimientos sanitarios, entre ellos 35 grandes policlínicos en todo el país (...) En una década prácticamente se triplicó la cantidad de enfermeras y la de médicos se duplicó. (...) la mortalidad infantil había descendido un 24,4% en una década (...) el país estaba entre los 20 y 25 del mundo con menor mortalidad infantil (...) la Esperanza de vida al Nacer, Argentina conquistaba un promedio de 62,5 años cuando el promedio regional era apenas de 51,8. (...) En comienzos de los 50 se había erradicado el paludismo que solo cuatro años antes afectaba a trescientos mil argentinos. (...) Durante los nueve años de la gestión de Ramón Carrillo al mando de la cartera sanitaria se institucionaliza una concepción propia de la Medicina Social. Durante el Primer Plan Quinquenal de Desarrollo (1947-1951) se sancionan las leyes de sanidad pública (N° 13.012) y de construcción, habilitación y funcionamiento de servicios de salud (N° 13.019). A través de las mismas se garantiza la financiación y sostenibilidad de los servicios públicos para ofrecer asistencia médica, completa, y gratuita al 65% de la población argentina que era considerada no pudiente (...)

Estado neoliberal:

El modelo de Estado burocrático-autoritario que se instala en la Argentina a partir de 1976 asume características fundacionales y desarrolla todos sus esfuerzos en erradicar las bases del Estado de compromiso que asumía funciones de intervención, de mediación de intereses conflictivos, con un fuerte rol en la distribución del ingreso a través de instrumentos fiscales, que asumía un compromiso activo con el desarrollo industrial y donde las políticas sociales tenían un papel fundamental. (Tobar, 2012:12)

En esta etapa se instala el discurso de salud como mercancía y no como derecho (...) cuya producción, circulación y distribución requiere una activa participación del Estado (...)

Las acciones que involucró el arsenal neoliberal en salud fueron las siguientes:

a) Fragmentar al sistema. La primera medida significativa del gobierno militar, en este contexto fue la eliminación del Sistema Nacional Integrado de Salud –SNIS- a través de la Ley 21.902 en noviembre de 1978. A partir de entonces se destruía cualquier puente entre la financiación, el modelo de atención o la gestión de los subsectores público y del seguro social.

b) Descentralizar los servicios. Después de 1976 muchos establecimientos hospitalarios nacionales pasaron al ámbito provincial o municipal. Durante los años 90 se ahondó el proceso de descentralización de la salud. Esta figura de la “devolución” de los servicios (porque en rigor la salud no es una competencia delegada por las provincias al gobierno nacional) no es un principio exclusivo del neoliberalismo. Sin embargo, si lo es cuando la misma se da bajo sin la correspondiente transferencia de los recursos a las jurisdicciones que pasan a asumir la responsabilidad por financiar los servicios.

c) Fortalecimiento del sector privado. En particular por default, esto significa al reducir la financiación de los servicios públicos de salud y afectando, por tanto, su capacidad de respuesta.

d) Focalización de la provisión pública. El principal cambio que se da en esta época es el cambio en la concepción de la prestación de la salud: anteriormente se consideraba que el hospital público debía proveer salud en forma universalista mientras que a partir de ese momento se dirigió exclusivamente a la población de recursos más bajos y sin otra cobertura.

e) Arancelamiento de servicios públicos. Bajo el contexto autoritario que sofocaba reclamos sociales era posible incorporar un golpe de gracia a la lógica liberal: el arancelamiento de los

servicios públicos de salud. Con la recuperación de la democracia esta medida fue revertida de forma lenta y despareja en las diferentes jurisdicciones.

f) Abordaje tecnocrático. Tanto el funcionamiento de los servicios como la construcción de las políticas sanitarias se limita a una cuestión técnica, de especialistas. No hay espacios de participación ni de los trabajado- res ni de la comunidad. Al mismo tiempo se incorporan al discurso oficial principios modernizadores como la jerarquización de la red sanitaria, también el desarrollo de redes y de sistemas locales aparecen esbozados. Aunque en la práctica esto no ocurre y lo que se opera es una descentralización de los hospitales que transfiere el conflicto a la esfera provincial liberando al presupuesto fiscal de toda responsabilidad por la salud de la población, inclusive del sostenimiento del hospital público, al que se otorga la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación con las obras sociales.

Función y aparición histórica de los Servicios Sociales en Argentina

Existen diferentes concepciones teóricas para explicar la función y la aparición histórica de los servicios sociales. En Argentina surge a comienzos del S.XX, en el momento en que se abre un espacio ocupacional en torno a prestaciones creadas en las instituciones con financiamiento público. Estela Grassi (1989)¹⁰ explica los procesos ocurridos entre 1850 y 1930 en relación al surgimiento del Trabajo Social en Argentina:

Es así que ante las nuevas condiciones socio-económicas (...), y ante la necesidad de legitimación del propio Estado, frente a los nuevos problemas que planteaba una población urbana numerosa y heterogénea (promiscuidad, prostitución, indigencia, mendicidad), se perfilaron tres estrategias complementarias: a) la centralización de la asistencia y su contralor por el Estado, b) la “tecnificación” de la acción social, c) la restauración de la vida familiar y la moralización de los sectores populares (p. 44)

¹⁰ Grassi, Estela La mujer y la profesión de asistente social: el control de la vida cotidiana. Bs. As.: Humanitas, 1989.

Los primeros espacios laborales se registran en la década de 1920 en torno a la atención de la salud (hospitales, dispensarios, maternidades) así como en escuelas, siendo en la década siguiente la expansión a otras áreas que abordan distintas esferas de la vida cotidiana (Andrea Oliva:2015)¹¹:

El trabajo social como profesión asalariada que reproduce las relaciones sociales antagónicas e interviene en las refracciones de la cuestión social, vía la ejecución de políticas sociales, se constituye como una profesión eminentemente femenina y con un determinado origen de clase, reproduce en ella, similares tareas que desempeñan las mujeres en el ámbito doméstico, pero desde su inserción como profesionales asalariadas (p. 260)

Tal como refiere nuestra Ley Federal de Trabajo Social (27072), el ejercicio de la profesión debe fundarse en la defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales, los que son universales, interdependientes e indivisibles para todas las personas, asimismo reconoce la necesidad de capacitarse y actualizarse en el campo disciplinario del trabajo social y de las ciencias sociales. Por tal motivo, profundizar el análisis de la problemática del aborto, su contexto socio-histórico y su aspecto legal, resulta central para avanzar hacia la apropiación de insumos que nos permitan reflexionar acerca del lugar que ocupa la profesión en diversos espacios socioocupacionales y fundar sólidamente acciones que cotidianamente se pronuncien en la defensa de los derechos de las mujeres y personas gestantes (Waldhorn, 2019: 282).

Entendemos que el posicionamiento histórico-crítico puede brindar elementos teóricos significativos a potenciales trabajadores/as sociales que en su ejercicio profesional, planificarán procesos de intervención con impacto certero en la realidad social, intentando desnaturalizar y problematizar acerca de las consecuencias adversas generadas por el predominio de un sistema de relaciones de género patriarcal, a sabiendas que la pelea por el derecho al aborto libre, legal, seguro y gratuito, se inscribe en un movimiento social mucho más amplio donde convergen organizaciones políticas y sociales, junto a otras profesiones (Riveiro, 2015: 261).

¹¹ Mallardi M. (2015). Compilador. Procesos de Intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico. La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

Tener un posicionamiento crítico ante las manifestaciones de la cuestión social significa según Mallardi (2015, 14): (...) desnaturalizar y problematizar la desigualdad social, en consecuencia, pensar y llevar a la práctica un ejercicio profesional que ubica en su horizonte la necesidad de revertir aquello que aparenta ser perpetuo. Esta postura invita a posicionarse desde un Trabajo Social crítico como una exigencia de la realidad en los procesos sociales e históricos que se hacen presentes en cada espacio socio-ocupacional y en cada intervención particular, en tanto, la no criticidad en dichos momentos conlleva a conservar lo dado, manipular lo posible y, en el mediano plazo, ser presa/o de la frustración y/o el quietismo (Mallardi, 2015:14).

La práctica del Trabajo Social en el campo Salud

El campo¹² de la salud se define como un escenario contradictorio, difícil de abordar y teñido por diversas comprensiones acerca del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

Siguiendo a Menéndez (2004):

La forma de producir salud pública en la actualidad se encuentra determinada por el Modelo Médico Hegemónico (MMH), perspectiva teórica para delimitar una forma de pensar y organizar las condiciones de la atención dentro de dicho campo y señalar las reglas vigentes para el ejercicio profesional de médicos y otros profesionales.

En salud, al igual que en otros espacios laborales, las demandas sociales son dinámicas, conflictivas, y las respuestas suelen ser encorsetadas a una oferta definida previamente. Consideramos que la racionalidad del proceso de intervención profesional podría estar dada por la

¹² Siguiendo a Bourdieu (1999) los campos se presentan como “sistemas de posiciones y relaciones entre posiciones”. Se trata de espacios estructurados de posiciones a las cuales están ligadas cierto número de propiedades, que pueden ser analizadas independientemente de las características de quienes las ocupan. La estructura de un campo es un estado, un momento histórico, la distribución de un momento dado del tiempo, del capital específico que allí está en juego. Se trata de un capital que ha sido acumulado en el curso de luchas anteriores y que orienta la lucha de los agentes comprometidos con ese campo. Es un estado de las relaciones de fuerza entre los agentes o las instancias comprometidas en el juego.

lógica del mismo proceso y no por la sucesión de etapas rígidas de intervención descontextualizadas de la demanda particular, pero alineadas institucionalmente. Olivia aportará:

Cualquier reflexión que procure recuperar las particularidades de situaciones concretas haciendo referencia a los grupos específicos que son atravesados por problemas sociales, debe incluir las mediaciones de las tendencias generales o universalidad/generalidad que le otorgan significado. No sólo conlleva a recuperar las dimensiones objetivas que caracterizan a un grupo social como parte de la clase que vive del trabajo, sino también el impacto que tal ubicación tiene en la subjetividad, representaciones de los sujetos, pues en términos de abordaje de totalidad, sólo es posible reconstruir la singularidad de los individuos/s dentro de las determinaciones particulares de su época. (p. 32)

Desde esta perspectiva, el ejercicio profesional intenta trascender las particularidades, la inmediatez y el problema social individual, lo que conlleva a desarticular la práctica del Trabajador Social, tornándose finalista o, como plantea Netto (1997) atacando a la cuestión social¹³ sólo en sus refracciones, en sus secuelas aprehendidas como problemáticas, donde su naturaleza se torna totalizante.

Trabajo Social y la interdisciplina en el campo Salud

Dada la complejidad de intervenciones llevadas adelante en el marco del campo de la salud, es necesario que dicho campo se aborde de manera interdisciplinaria, como dice Stolkiner (1999):

La interdisciplinaria es un posicionamiento que obliga a reconocer la insuficiencia de las herramientas de cada disciplina y requiere de una acción cooperativa de los sujetos en función de los problemas que van a abordar. Implica la construcción de un marco correferencial común con acuerdos básicos ideológicos. Así la lógica interdisciplinaria se presenta como una necesidad si lo

¹³ El conjunto de problemáticas económicas, sociales, políticas, ideológicas y culturales que son consecuencia de la instauración de la sociedad capitalista y con ella del empobrecimiento de amplios sectores de la población. La pauperización de las condiciones de vida de los sectores trabajadores en las relaciones de reproducción capitalista, para esta perspectiva, constituye el fundamento de la “cuestión social”.

que se intenta conocer es la realidad particular del territorio e intervenir sobre este desde una perspectiva de totalidad.

En este sentido la interdisciplina, favorece procesos de intervención orientados a superar las limitaciones de la propia disciplina, dado que cada una de estas está limitada por sus propios saberes y discursos. Este proceso implica reconocer la incompletud disciplinar para abordar la complejidad de las intervenciones y de los problemas sociales. Es decir “el equipo de trabajo debe estar integrado por profesionales de diferentes disciplinas, buscando el logro de una conjunción teórica nueva, más allá de las disciplinas particulares puestas en curso, que no pueden ser la suma ni la combinación de lo que aporta cada uno, sino una conformación conceptual nueva” (Cazzaniga, 2007:87).

Entendiendo a la salud desde una noción amplia donde se entrecruzan dimensiones y condicionantes biológicos, sociales, subjetivos, económicos, históricos y culturales es que se requiere de distintas miradas, prácticas y métodos.

Salud Sexual y (no) Reproductiva

La sexualidad es una construcción histórico-social que involucra creencias, valores, prácticas y concepciones. Se trata de un concepto que se construye entre todos e involucra los deseos, las fantasías, las vivencias y la utilización de los cuerpos; comprende diversos ámbitos de la vida como la reproducción, el erotismo, el placer y las definiciones políticas de las orientaciones sexuales y las identidades de género. (Gemetro y Bacin, 2012:8).

Según la Organización Mundial de la Salud (2010), la salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Es un derecho humano básico basado en poder decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, a vivir la sexualidad sin presiones ni violencia, a que se respete la orientación sexual y la identidad de género sin discriminación, a acceder a información sobre cómo cuidarse, y disfrutar del cuerpo y de la intimidad con otras personas. En este sentido, es condición necesaria, abordar la sexualidad desde una mirada compleja, social, cultural y política, que no solo abarca a las

relaciones sexuales entre personas, sino al cuidado y autocuidado de los cuerpos en todas las etapas del ciclo vital.

Aspectos normativos en Salud Sexual y (no) Reproductiva en Argentina

Los Derechos Reproductivos o Derechos Sexuales y Reproductivos" o (no) reproductivos, son términos que aluden simultáneamente a tres asuntos: 1) los derechos relativos a la seguridad en el embarazo, parto, puerperio pero también acceso a asistencia y tratamientos de fertilización asistida; es decir aquellos eventos relacionados con la reproducción; 2) los derechos relativos a decidir si tener o no hijos o hijas, a decidir con quién, cómo y cuántos y a tener los medios seguros para poder llevar adelante esas elecciones, que se vinculan con anticoncepción y aborto; 3) los derechos relativos al ejercicio libre de la sexualidad sin discriminación, coerción o violencia.

El marco normativo que contiene y garantiza aquellos aspectos referidos a la Salud Sexual y (no) Reproductiva tanto en Argentina como en la provincia de Río Negro tienen como base y punto de partida a la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, conocida por sus siglas en inglés como CEDAW (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women), fue adoptada en diciembre de 1979 por Resolución 34/180 de la Asamblea General de las Naciones Unidas ; V Conferencia internacional sobre población y desarrollo (El Cairo 1994) y la IV Conferencia mundial sobre la mujer (Beijing, 1995) dado que son los primeros instrumentos internacionales que expresan que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos.

Dentro del marco legal que se configura a nivel nacional con respecto a estos derechos existen leyes como: la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25673 y decreto reglamentario 1282/2003 ; la Ley Nacional de Identidad de Género N 26.743 ; Ley Nacional N° 26.150 - Programa Nacional de Educación Sexual Integral ; Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia hacia las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales ; Ley Nacional de Parto Humanizado N 25929 ; Ley Nacional Anticoncepción Quirúrgica N 26130 ; Ley Nacional de Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo N 27610, por citar algunas.

En relación al marco jurídico con respecto a los derechos sexuales y reproductivos dentro de la provincia de Río Negro se destacan leyes como: Ley Provincial N° 4796 Atención Sanitaria en

casos de Abortos No Punibles ; Ley Provincial N 3059 Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad Humana ; Ley Provincial N 4705 ; Ley Provincial N 4557.

El presupuesto teórico sobre el cual se construyen estas leyes, asume que el mundo es androcéntrico y que esa mirada centrada en el varón (blanco, adulto, heterosexual, sin discapacidad aparente, con patrimonio y nacido en algunos de los países “centrales” del orden mundial), genera desiguales relaciones de poder entre varones y mujeres, además de sociedades heteronormativas, discapacitantes, adultocéntricas, racistas, clasistas. Por eso, el motor más importante que la Convención insta a poner en funcionamiento, es aquél que resulte más eficaz para activar profundas transformaciones culturales, tendientes a desterrar y deconstruir los prejuicios y estereotipos sobre los que se asienta esa matriz socio-cultural sexista y patriarcal; es desde un enfoque interseccional, que incorpore la complejidad y especificidades que plantean los diferentes universos de mujeres y personas gestantes, en razón de sus pertenencias étnicas, etarias, de clase, con motivo de las características del lugar donde viven, de sus sexualidades e identidades genéricas, contemplando el universo de personas con algún tipo de discapacidad.

Resulta oportuno el aporte de M. Florencia Delgado M. Soledad Hesayne Julieta Relli M. Gabriela Zurita (2017):

(...) la conquista de un amplio marco normativo en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos implica la incorporación de una perspectiva de género donde se realicen esfuerzos por lograr la equidad en el acceso al mundo público, a la salud, a la educación, por la eliminación de estereotipos de género que reproduzcan las relaciones de poder y los valores patriarcales ¹⁴.

A continuación, se realizará una conceptualización respecto de un dispositivo en salud que promueve la garantización de la legislación vigente, favorece la interdisciplinariedad y la posibilidad de abordaje entendiendo la salud en su concepción integral: las consejerías en salud sexual, reproductiva y no reproductiva.

¹⁴ Moledda, Gianna & Di Napoli (2017). *Compiladores. Trabajo Social y espacios ocupacionales: derechos, procesos y prácticas profesionales*. La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

Consejería en salud sexual, reproductiva y no reproductiva.

Se destaca el modelo de consejería por sobre el modelo tradicional de atención¹⁵. La principal diferencia que reside entre estas dos formas de abordar la salud sexual y reproductiva es aquella que tiene que ver con la inclusión estructural de dimensiones, como la social, en las prácticas de atención. Como así también la dimensión subjetiva que suele ser excluida o aislada para lograr objetividad en el proceso clínico, dejando por fuera del espacio de consulta los deseos, los temores, las inquietudes y los saberes de las personas.

Este modelo de atención parte del saber que tienen las personas sobre sí mismas, habilitando la posibilidad de trabajar a partir de los propios recursos de cuidado de los que siempre disponen, en mayor o menor medida. En este sentido, entonces, en el encuentro de las consejerías se habilita una construcción conjunta de saberes –entre el equipo de salud y las personas consultantes– sobre temas relacionados con la salud en torno a la sexualidad y a la reproducción como parte integral de las personas y, por ello, con sus características de singularidad.

Los espacios de consejería también permiten considerar la promoción, la prevención y la asistencia como parte del proceso de atención de salud, no como instancias separadas. En este sentido, el modelo de consejerías en salud sexual y salud reproductiva es un espacio de atención con criterio de clínica ampliada: una atención centrada en las personas reales, donde el problema de salud es parte de su existencia. La atención de la salud sexual y la salud reproductiva incluye al problema, al contexto y al propio sujeto.

Una aproximación a la definición del término consejería o modelo en consejería es:

(...) el modelo de consejerías en salud sexual y salud reproductiva es un espacio de atención con criterio de clínica ampliada: una atención centrada en las personas reales, donde el problema de salud es parte de su existencia. La atención de la salud sexual y la salud reproductiva incluye al problema, al contexto y al propio sujeto.

(...) permiten considerar la promoción, la prevención y la asistencia como parte del

¹⁵Cuando las prácticas de los equipos de salud relacionadas con la salud sexual y la salud reproductiva se desarrollan desde el modelo tradicional, suelen implicar: el uso de estrategias de control vinculadas con la atención o con el acceso a recursos; una concepción de normalidad y anormalidad, suponiendo, en general, que la normalidad es una categoría de lo natural y asociada a la heterosexualidad; la noción de sexualidad inseparable de la reproducción como sinónimo de aparato reproductor femenino y su funcionamiento.

proceso de atención de salud, no como instancias separadas. (...) Tiene como objetivo principal fortalecer la autonomía para la toma de decisiones sobre su salud sexual y su salud reproductiva de manera libre, consciente e informada.

En relación con las consejerías como espacios individuales, privados y confidenciales, estas pueden adoptar diferentes formas y ocurrir en diversas situaciones de atención. El ordenador de este encuentro, y su particularidad, es que está centrado en la necesidad de la persona. Es un espacio privado: la intimidad y la confidencialidad son principios fundamentales que siempre deberían guiar el quehacer en una consejería.

El trabajo interdisciplinario es fundamental para facilitar el acceso a la posibilidad de cuidado, sobre todo en la atención de personas en situaciones de mayor vulnerabilidad. De igual modo, son necesarias la reflexión sobre las propias prácticas y la investigación acerca de modalidades innovadoras, sobre todo cuando los equipos no cuentan con acceso a profesionales de las ciencias sociales y de la salud mental.

La consejería como modelo de atención implica plasticidad y posibilidad de adecuación que permita dar respuesta a situaciones de carácter único e irrepetible. Es por ello que están lejos de tener la rigidez de un protocolo, pero como modelo tienen un marco claro dentro del cual moverse: el trabajo con perspectiva de género y el encuadre en derechos.

Consejería pre y post aborto en la implementación del Protocolo IVE/ILE

Teniendo en cuenta que estos parámetros generales de las consejerías en salud sexual y reproductiva incumben la aplicación del Protocolo IVE/ILE, es importante destacar las instancias o ejes en donde las consejerías, según la situación y las necesidades de la mujer y personas gestantes con otras identidades de género, trabajan cada situación. Por ello es importante: Informar sobre el derecho al acceso a IVE/ILE y los pasos para su cumplimiento; informar los derechos en la atención de la salud; informar los derechos que la asisten si decide continuar con el embarazo; en los embarazos encuadrados en la causal salud, describir los riesgos asociados a la continuación del embarazo; en los casos de violación, informar sobre la opción de denunciar, pero aclarando que no es un requisito para acceder a la práctica de IVE/ILE; detallar los procedimientos posibles y más adecuados para la interrupción del embarazo; explorar sobre la red de apoyo con que cuenta

la persona; informar y ofrecer atención post aborto inmediata, incluyendo anticonceptivos de larga duración.

Según el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a una interrupción legal del embarazo, del año 2019, “el post ILE incluye el asesoramiento de métodos anticonceptivos, el apoyo emocional y el espacio para conversar sobre inquietudes.” Hace mención, además, al vínculo de la relación mujer-profesional, como sucede con cualquier práctica médica, “establecer un proceso de comunicación, facilitando un contacto directo y privado con las personas, que permita entender en forma más profunda su situación para identificar y responder a sus necesidades emocionales, clínicas y otras preocupaciones referidas a la salud” dando gran importancia, en ese vínculo, a la comunicación abierta, permitiendo un trato empático que genere confianza para que las mujeres con la información puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos plenamente en forma libre. Es importante establecer, en esta comunicación, las expectativas y los miedos de esas mujeres para que no generen un hecho traumático de esta vivencia en un futuro.

Este modelo de atención está basado en la estrategia de reducción de riesgos y daños, ya utilizada de manera efectiva para disminuir los efectos negativos del consumo problemático de drogas y en la transmisión de VIH/SIDA. De acuerdo con esta estrategia, desde estos dispositivos se llevan a cabo diversas acciones tendientes a reducir los daños asociados con actividades específicas, sin imponer una valoración moral previa sobre dichas conductas.

Entendiendo a la consejería pre y pos aborto como parte de la trayectoria o recorrido de la implementación del protocolo IVE/ILE Dosso (2013) dice:

El concepto de trayectoria del aborto es una forma de organizar la secuencia en que se desarrolla la interrupción voluntaria de una gesta, teniendo en cuenta situaciones significativas para la salud integral antes y después del evento del aborto. Contempla momentos clave, que van desde que una mujer se entera del embarazo hasta que lo interrumpe o no, con sus implicancias en términos de su salud física y subjetiva, incluyendo la dimensión relacional en que todo el proceso se desarrolla.
(p. 78)

¿Qué sucede cuando la respuesta resulta lo contrario a lo que se manifiesta en el apartado anterior?, Dosso (2019) va a señalar:

La negativa de los profesionales a realizar los abortos voluntarios y legales, el maltrato al que son sometidas las mujeres cuando acuden a una institución de salud por un aborto en curso, incompleto, etc., la tortura física y psíquica al que son sometidas en algunas guardias de los hospitales, provoca que las mujeres se encuentren sin salida frente a su problema, y recurran a alternativas riesgosas aun sabiendo que se exponen a la muerte. Es evidente la magnitud del sufrimiento psíquico que puede provocar un embarazo no deseado en esas condiciones sociales: muchas mujeres, para terminar con el padecimiento, recurren a prácticas que pueden provocar más sufrimiento y hasta la muerte (p. 185).

Y agrega:

El subsector de la salud pública es el escenario donde las mujeres pobres en situación de aborto se relacionan con el Estado. Estas mujeres se encuentran en un estado de necesidad que solo el profesional que las atiende puede satisfacer evitándose el dolor físico o graves problemas a su salud. La negación de la práctica de una interrupción legal del embarazo, el mal manejo del dolor, las esperas prolongadas, la resistencia de los profesionales a aplicar técnicas menos invasivas y riesgosas, la dilación de la atención, junto con comentarios que mortifican a las mujeres, son algunos ejemplos de una praxis de la mala voluntad que es tolerada, justificada y naturalizada por muchos profesionales de la salud (p. 188).

Por todo lo anterior, y como futurxs profesionales del Trabajo Social, continúa siendo necesario hacer visible el trabajo que realizan profesionales comprometidxs en la garantización de derechos de grupos poblacionales históricamente atravesados por situaciones de desigualdad e injusticia social. En el campo de la salud en general, y en el abordaje de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva en particular existen barreras múltiples en el acceso a la real garantización de las conquistas sociales. En este sentido, el compromiso con los sectores postergados en la agenda de las políticas públicas inicia en la reflexión crítica que favorece el trayecto formativo, pensando en

una inminente práctica profesional que nos tendrá como protagonistas en los espacios sociocupacionales que intervienen en las refracciones de la cuestión social.

CAPÍTULO III

La cuestión del Aborto en Argentina, Interrupción Voluntaria del Embarazo

Lucha por la autonomía de las personas gestantes

La cuestión del Aborto en Argentina, Interrupción Voluntaria del Embarazo

Lucha por la autonomía de las personas gestantes

El trabajo final de graduación permitió profundizar el aprendizaje personal en materia de DD.HH, puntualizando en aquellos referidos a la sexualidad y particularmente acerca del momento en que una persona gestante decide no continuar un embarazo. En ese sentido, se considera necesario poder hablar de aborto y cuál ha sido la situación en la Argentina desde la conformación del país como Estado Nación.

Al momento de iniciar esta investigación, en Argentina contábamos con dos realidades: el aborto clandestino y el que, a partir de las causales establecidas desde 1921 de acuerdo a lo que establece el artículo 86 del Código Penal de la Nación, se entiende como una interrupción legal del embarazo (ILE). El 24 de enero de 2021 entró en vigencia la nueva ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo aprobada el 30 de diciembre de 2020.

No es intención exponer un revisionismo histórico de la lucha de los movimientos feministas, las mujeres y disidencias, pero sí destacar algunos momentos que marcaron el camino recorrido para la aprobación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Poniendo en contexto la lucha por el Aborto en Argentina debemos hacer mención, en primer lugar, aquella concepción que exponen algunxs autorxs donde categorizan al avance de derechos como “olas del movimiento feminista y de mujeres”.

Así la autora Lamus Canavate (2020) se referirá a estas olas como:

(...) procesos en los que se van construyendo genealogías a partir de las demandas y conquistas de las mujeres, en particular de las feministas organizadas en movimientos, sin que haya o tenga que haber acuerdo sobre el uso o no de esta taxonomía, entre otras cosas porque las historias que se cuentan allí corresponden a distintos tiempos, lugares, culturas y contextos. Es decir, se ha construido con esta narrativa una “metáfora oceánica”, como dice Francesca Gargallo, por cuanto -y es mi comprensión del asunto-, tal como pasa con las olas del mar en su recorrido por el planeta, llegan en distintos tiempos y con mezclados contenidos, a cada orilla de

la geografía planetaria, pero, a su vez, en cada lugar se encuentran con ríos, grandes o pequeños que le hacen aportes y hasta le cambian el color o la fuerza. (p. 8).

Particularmente en Argentina podemos vislumbrar los primeros años de la década de 1970 (tercera ola feminista) como primera escena en donde las mujeres organizadas avanzan e instalan el debate público sobre el aborto legal, seguro y gratuito. La creación de la Unión Feminista Argentina (UFA)¹⁶ que surge en 1970, a partir de la iniciativa de María Luisa Bemberg¹⁷ y Gabriela Christeller; y la también formación del Movimiento de Liberación Femenina (MLF) de María Elena Oddone¹⁸ fueron dos de las principales organizaciones.

Mientras en la periferia se iban constituyendo estas organizaciones, la política demográfica del tercer periodo peronista daba una clara posición con respecto a la salud sexual reproductiva y no reproductiva. Entre el año 1973 y 1974, en el que se firma el decreto 659/74¹⁹ que disponía el estricto control del Estado en la comercialización y venta de productos anticonceptivos, junto a la prohibición de desarrollar actividades relacionadas, directa o indirectamente con el control de la natalidad. La respuesta por parte de las agrupaciones tanto la Unión Feminista Argentina (UFA), como el Movimiento de Liberación Femenina (MLF) fue el expreso público, por medio de “volanteadas” o artículos en revistas como *Persona*, respecto de la importancia para las mujeres de vivir una sexualidad libre.

¹⁶ UFA contaba entre sus integrantes con un núcleo aproximado de 20 mujeres en sus primeros años. Luego se sumaron mujeres de organizaciones y partidos políticos de izquierda y pasaron a ser un grupo de no más de 60. Se dedicaba, en sus inicios, a la lectura de los textos arriba citados y a la práctica de la concienciación.

Estaba formada por algunas mujeres pertenecientes a diversos sectores como amas de casa, intelectuales, estudiantes, obreras y algunas militantes del PRT-La Verdad, del Partido Comunista y del Frente de Izquierda Popular. Esta “diversidad” ideológica que nucleaba a UFA la convirtió en un agrupamiento táctico que va a ir modificándose a lo largo de los años.

¹⁷ María Luisa Bemberg (Buenos Aires, 14 de abril de 1922-Buenos Aires, 7 de mayo de 1995) fue una directora de cine y guionista argentina que se destacó como creadora de películas con temáticas referidas a la emancipación y reivindicación de la mujer (...) Fue una tenaz activista del feminismo y una de las fundadoras de la Unión Feminista Argentina, lo que la llevó a realizar un arte vinculado a la problemática de la mujer.

¹⁸ María Elena Oddone es una activista feminista argentina de la conocida como segunda ola, fundadora de una de las primeras organizaciones feministas del país, el Movimiento de Liberación Femenina (MLF), de la Organización Feminista Argentina (OFA) y del Tribunal de Violencia contra la Mujer. Fue directora de la revista *Persona* entre septiembre de 1974 y finales de 1986.3 Es autora de *La pasión por la libertad: memorias de una feminista*.

¹⁹ Todas estas medidas hallaban justificación en la caída demográfica, “una amenaza que compromete seriamente aspectos fundamentales del destino de la República”, resultado del accionar de “intereses no argentinos”, que desalentaban la consolidación y expansión de las familias, “promoviendo el control de la natalidad, desnaturalizando la fundamental función maternal de la mujer y distraendo en fin a nuestros jóvenes de su natural deber como protagonistas del futuro de la patria”(Decreto 659/74 (28/02/1974), Boletín Oficial, 8 de marzo de 1974, p.2)

Algunos de los volantes proclamaban “El embarazo no deseado es un modo de esclavitud / Basta de abortos clandestinos / Por la legalidad del aborto / Feminismo en marcha”. “No al embarazo no deseado / No a la esterilización forzosa / Por una maternidad consciente”. En otros se hablaba del embarazo no deseado como una forma de esclavitud para las mujeres y de acabar con los abortos clandestinos, legalizándolos.

En 1975, a raíz del Año Internacional de la Mujer declarado por la ONU, todas estas organizaciones²⁰ formaron el Frente de Lucha por la Mujer (FLM). Trabajando juntas en el Frente, las feministas de distinto signo elaboraron un programa que podía definirse como la síntesis de sus esfuerzos y luchas en los cinco años previos. Una de las once reivindicaciones del programa era: “aborto legal y gratuito, realizado en hospitales públicos”²¹. Esta lucha pública y activa se ve parcialmente interrumpida por el Golpe de Estado entre los años 1976 y 1983, en donde la persecución seguida de las desapariciones forzadas por el uso sistemático del terrorismo de Estado²² provocó la clandestinidad y el uso de otros métodos para continuar la lucha por el aborto.

El 10 de diciembre de 1983 se proclamaba el regreso a la democracia en Argentina, y a menos de seis meses de ese día los movimientos feministas y mujeres daban claras señales de sus intereses, luchando en la calle.

Una foto en blanco y negro inmortalizó el primer 8 de marzo después del regreso de la democracia, en ella se ve una enorme concentración de mujeres en la plaza del Congreso y

²⁰Union Feminista Argentina, Movimiento de Liberación Femenina luego llamado Organización Feminista Argentina (OFA), el Movimiento Feminista Popular (MOFEP, ligado al FIP, que más tarde se transformó en CESMA), y la Asociación para la Liberación de la Mujer Argentina (ALMA)

²¹ El programa lo completan los siguientes puntos: salario para el trabajo doméstico; iguales oportunidades de acceso a la educación, la formación técnica y el empleo; reforma y cumplimiento de la legislación sobre guarderías infantiles; anulación de la legislación que prohibía la difusión y uso de anticonceptivos; creación de una agencia gubernamental para controlar el cumplimiento de la legislación contra la trata de blancas; inclusión de los artículos sobre protección de la maternidad en el sistema de seguridad social; potestad y tenencia compartidas; no-discriminación de madres solteras y protección a sus hijos; derogación de la ley que obliga a la mujer a seguir al marido al domicilio que éste fija; y divorcio absoluto a petición de una de las partes.

²² En Argentina, durante la última dictadura militar que gobernó el país entre 1976 y 1983, más del 30% de las víctimas del terrorismo de Estado fueron mujeres. Ellas –en tanto detenidas– sufrieron condiciones atravesadas por el abuso sexual, ya sean agresiones verbales (insultos, bromas, burlas y denominaciones impropias, expresiones obscenas, comentarios y tonos lascivos que convierten al cuerpo en objeto); amenazas de abuso sexual y/o amenazas referidas al destino de sus hijos o de sus embarazos; desnudez forzada, requisas vejatorias, tratos humillantes a detenidas y familiares visitantes; embarazos no deseados, inducción del parto, abortos provocados por la tortura, separación y apropiación de los hijos; así como también fueron sometidas a formas de esclavitud sexual, violación y aplicación de tormentos en órganos sexuales (Bacci, C.; Capurro Robles, M.; Oberti, A.; Skura, S. Y nadie quería saber... Buenos Aires, Memoria Abierta, 2012.)

subiendo las escalinatas está María Elena Oddone, con un vestido claro entallado, sostiene un cartel grande que tiene absoluta vigencia por estos días: “No a la maternidad, sí al placer”. Tres años después se forma la primera organización que se proponía la legalización y despenalización desde el regreso de la democracia en el país: la Comisión por el Derecho al Aborto (Codeab). La Comisión por el Derecho al Aborto estaba creada y a partir de allí su tenacidad logró que el aborto saliera del silencio. Sus tareas fueron múltiples y creativas: recolectar firmas en una mesa en la acera de la confitería El Molino, frente al Congreso Nacional, organizar charlas y debates, editar la revista Nuevos Aportes sobre Aborto y los Prensarios, que resumían información sobre aborto, apoyar a las mujeres que querían realizarse ligaduras de trompas, participar en la redacción de tres proyectos de ley y redactar uno propio, entre otras acciones.

En noviembre de 1990, durante el V Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe, realizado en San Bernardo, Argentina, la Comisión coordina el taller “El aborto como un derecho”, que emite la Declaración de San Bernardo que, entre otras propuestas, instaura al día 28 de setiembre como día por “el derecho al aborto de las mujeres de América Latina y el Caribe” (según las conclusiones del Encuentro) o día por la legalización del aborto en América Latina y el Caribe, según la memoria de algunas de las asistentes. La fecha elegida conmemora la promulgación de la “libertad de vientres” en Brasil, que permitió la libertad de quienes habían nacido de mujeres esclavas.

En 1992, la Comisión presenta por primera vez en la Cámara de Diputados el anteproyecto sobre Anticoncepción y Aborto, que había publicado en el No. 5 de la revista Nuevos Aportes sobre Aborto de 1991, en el que se exigía que se asegurara a la población la información sobre métodos anticonceptivos; que personal idóneo asesorara sobre su utilización y contraindicaciones; que se crearan equipos de capacitadoras, en especial, de mujeres para formar promotoras en esa área de la salud; que los hospitales y centros de salud, así como las obras sociales tuvieran personal idóneo y servicios gratuitos para asegurar la anticoncepción a todos los sectores sociales, los cuales debían funcionar con la misma amplitud horaria que el servicio de pediatría. Recordaban incluir la anticoncepción en los programas materno-infantiles como lo recomendaba la Organización Mundial de la Salud (OMS) y exigían que las obras sociales incluyeran la anticoncepción en el Nomenclador Nacional. El anteproyecto también contemplaba la opción, tanto para mujeres como para hombres, de un método de esterilización definitiva si así lo desearan; que el Estado debía

promover la investigación, desarrollo e implementación sobre anticoncepción para ambos sexos; y, respecto del aborto, reconocer el derecho de toda mujer a interrumpir el embarazo antes de las 12 semanas de gestación. No debemos olvidar que la Comisión impuso la consigna “anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”.

El año 1994 que llevaría a la reforma de la Constitución Nacional Argentina, bajo la presidencia de Carlos Menem, fue crítico, mientras que por un lado la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) entraba con rango y vigencia constitucional al mismo tiempo peligraba el régimen de penalización parcial del aborto vigente desde 1921, los grupos anti derecho con el presidente Menem como aliado impulsaban la prohibición total del aborto.

En ese contexto jugaron un rol central la Corriente Autónoma de Mujeres 8 de marzo/ INDESO Mujer, Acción Educativa, un puñado de feministas populares santafesinas y la interregional Mujeres Autoconvocadas para Decidir en Libertad (MADEL). Durante esos meses estas organizaciones impulsaron el cabildeo político, la construcción de una opinión pública sobre el debate y la presencia en las calles con movilizaciones en las puertas de la Universidad Nacional del Litoral, sede de la Convención Constituyente, con la consigna “Nuestra decisión importa”. Así se logró frenar este intento de criminalización total del aborto y, mientras tanto se incorporaron los tratados con rango constitucional y, pese a la derrota, en 1998 el mismo presidente instauró el 25 de marzo como Día del niño nonato, en una celebración encabezada por el entonces arzobispo de Buenos Aires, Jorge Bergoglio, hoy papa Francisco.

La Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, sancionada en 2002, marca un piso para la demanda en relación con los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, incluido el aborto. Es entonces, en una coyuntura política más favorable que en los períodos previos, cuando se reclama de manera más sistemática el cumplimiento de los derechos ya contemplados en torno de la interrupción voluntaria del embarazo, exigiendo el cumplimiento de las causales de despenalización. A partir de 2002 comienza un movimiento activo y sistemático por desbaratar la norma informal de penalización total que, como explica Bergallo (2014)²³,

²³ Bergallo, Paola (2014). The struggle against informal rules on abortion in Argentina (pp. 143-165). En Cook, Rebecca; Erdman, Joanna y Dickens, Bernard (ed.) Abortion law in transnational perspective. Cases and controversies. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

operaba en el país obturando la aplicación formal mucho más permisiva que contempla la causal violación, la del riesgo para la vida y la salud de la madre.

No cabe dudas que las mujeres de la comisión generaron conciencia feminista a través de la lucha en la calle, la producción de material académico, la generación de aportes a través de su plataforma gráfica y el acompañamiento a ciegas de todas las mujeres que atravesaban una situación de aborto clandestino. La Comisión por el Derecho al Aborto (Codeab) se creó en marzo de 1988 y funcionó hasta 2008, cuando sus integrantes se referenciaron en la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito.

La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito tiene sus simientes en el XVIII Encuentro Nacional de Mujeres realizado en Rosario en el año 2003 y en el XIX ENM desarrollado en Mendoza en el 2004. Impulsada desde grupos feministas y del movimiento de mujeres, como así también desde mujeres pertenecientes a movimientos políticos y sociales, cuenta en la actualidad con la adhesión de 305 grupos, organizaciones y personalidades vinculadas a organismos de derechos humanos, de ámbitos académicos y científicos, trabajadoras/es de salud, sindicatos y diversos movimientos sociales y culturales, entre ellos redes campesinas y de educación, organizaciones de desocupadas/os, de fábricas recuperadas, grupos estudiantiles, comunicadoras y comunicadores sociales, etc. La campaña fue lanzada el 28 de mayo de 2005 (Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres) con el siguiente programa estratégico y bajo la consigna:

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

“Instalar en la sociedad y en el Estado el debate en torno a la necesidad de despenalizar y legalizar el aborto en Argentina; Contribuir a que más mujeres y organizaciones se sumen en este proceso y reclamo; Lograr el debate y la aprobación de una norma legal que despenalice y legalice el aborto en Argentina.”

El año 2006 es el momento donde el movimiento feminista y de mujeres comienza un recorrido que va de menor a mayor y con un nivel acumulativo en cuestiones de presencia en las calles, en el Congreso Nacional y en los debates públicos a nivel mediático y redes sociales. En el 2006 La

Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito formula su primer proyecto de ley; en el 2007 la Campaña presenta de manera simbólica, por primera vez, un proyecto de ley para legalizar el aborto que no logra estado parlamentario; en el 2008 se presenta formalmente el proyecto y obtiene estado parlamentario con la primera firma de la diputada socialista, mandato cumplido, Silvia Augsburger; a partir de allí, cada dos años (tiempo en se agota la posibilidad de tratamiento en el recinto del Congreso), la Campaña presenta su proyecto. Junto a la campaña comienzan a organizarse y sumarse colectivas y red de profesionales por el derecho al aborto, como Socorristas en Red -feministas y transfeministas que abortamos-²⁴ ; Red de acceso al aborto seguro en Argentina²⁵; Red de profesionales por el derecho a decidir²⁶

Durante el 2012 se sentencia el fallo F.A.L.²⁷ que ordena el aborto legal en Argentina, la Corte Suprema de Justicia obligo al Estado Nacional, a las provincias, y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a implementar y hacer que se cumplan protocolos hospitalarios para quitar los obstáculos que limitan e impiden que las niñas, adolescentes, mujeres y mujeres trans accedan a los servicios médicos.

²⁴ (...) es una articulación de colectivas de Argentina. Damos información -siguiendo los protocolos de la Organización Mundial de la Salud- y acompañamos a mujeres y a otras personas con posibilidad de gestar que han decidido interrumpir embarazos inviables para ese momento de sus vidas. Para que lo hagan de manera segura y cuidada (...) está compuesta por heterogéneas activistas, colectivas y grupos feministas que, junto con el amplio movimiento de mujeres, los movimientos sexo-genéricos, investigadorxs, personal de salud y otros sectores sociales, traemos y generamos nuevas agendas a la política.

²⁵ (...) es una red de profesionales de la salud y el derecho vinculados con servicios de salud pública y comunitaria de la Argentina. Nuestro compromiso es acompañar y atender a las mujeres en situaciones de aborto legal, entendiéndolo como parte de nuestro deber profesional, ético y jurídico. Nuestro objetivo es promover la implementación de la ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y el acceso a los abortos legales, remover barreras institucionales y políticas para el acceso al aborto y construir una comunidad para compartir información, intercambiar experiencias y ofrecer un espacio de solidaridad, apoyo y sostén político.

²⁶ Somos más de 700 equipos de Salud en la Argentina. Somos más de 2000 profesionales en todo el país(...)Luchamos por el derecho a decidir si parir o si no hacerlo. Creemos que la maternidad debe ser una elección estimulada por el deseo y nunca una condena o un mandato social. Somos ese entramado feminista dentro del sistema de salud que garantiza cuidados. Somos quienes creemos que el sistema de salud debe ser parte de la solución y no del problema. Nos negamos a reproducir la violencia institucional, misógina y patriarcal sobre las cuerpos/cuerpos de quienes deciden gestar y de quienes deciden no hacerlo.

²⁷ Se trata de un caso judicial surgido en Chubut. Una joven de Comodoro Rivadavia fue violada por su padrastro cuando tenía 15 años y su madre recurrió a la Justicia para que su hija pudiera realizarse el aborto en un hospital público. Su reclamo fue rechazado en primera y segunda instancia de la Justicia de Chubut y cuando la joven cursaba la semana 20 de embarazo intervino el Tribunal Superior de Justicia (TSJ) provincial, que encuadró el caso como uno de los supuestos de aborto no punible del artículo 86 del Código Penal de la Nación y permitió la realización del aborto.

Este fallo judicial, implicó un antes y un después en la manera cómo debe interpretarse el artículo 86 del Código Penal de la Nación –de 1921–, que establece las excepciones para penalizar el aborto en sus artículos 1 y 2: si se realizó para evitar un peligro para la vida o la salud de la gestante y si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. Para algunas analistas e intelectuales de la cuestión del aborto el fallo F.A.L. fue una "contribución decisiva" en las luchas para conquistar la Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) porque "le habla al Estado sobre políticas públicas, a los médicos acerca de sus obligaciones legales y a la ciudadanía de sus derechos"; "Fue un antecedente notable. Hizo una contribución decisiva en el ascenso de nuestras luchas por la conquista del aborto y abrió mucho más la perspectiva" (Barrancos 2022).

El año 2015, marcó un punto de inflexión en la lucha por el aborto legal, seguro y gratuito; el contexto y el momento en el que las organizaciones feministas y de mujeres sentaban sus reivindicaciones en las calles de todo el país al grito de “Ni una Menos”. El femicidio de Chiara Paez²⁸ destapó una olla a presión en donde las mujeres pudieron encontrarse en la calle para exigirle al Estado la falta de políticas públicas, la no garantización de sus derechos como mujeres y el continuo avasallamiento que sufren día a día ante la violencia patriarcal. Este momento dispuso a las organizaciones feministas y de mujeres en un estado de alerta continua y desde ese año en adelante hasta la aprobación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) No 27.610, estas fueron marcando el camino tanto en las calles como al nivel institucional.

Ya marcado el inicio de la parte más activa de la nueva ola feminista, la marea verde se dispuso a conseguir el derecho al aborto legal, seguro y gratuito. A pesar de la fuerza del movimiento de mujeres y feministas el año 2018 significó un retroceso y una batalla perdida en el Congreso de la Nación, pero no en las calles. La contundencia de la llamada marea verde hizo que el entonces presidente Mauricio Macri lo incluyera en la agenda parlamentaria de 2018 y el Congreso Nacional decidiera discutirlo en plenario, por primera vez en su historia, pero aunque la Cámara de Diputados votó a favor de la despenalización, la de Senadores rechazó el proyecto. En 2018 se presentó por séptima vez el proyecto de ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), con

²⁸ Chiara Páez era una adolescente de la localidad de Rufino, en el sur de la provincia de Santa Fe. Desde la madrugada del domingo 9 de agosto de 2015 no apareció por su casa hasta que el martes 11 de agosto su novio Manuel Mansilla confesó el femicidio. Durante esos días se había realizado una angustiante jornada de búsqueda por parte de la familia de Chiara, donde casi 400 personas de la localidad se movilizaron para ello.

la firma de 71 diputados de diferentes ideologías y pertenencia partidaria, y por primera vez fue tratado en el Poder Legislativo.

El 12 de junio, el proyecto, con algunas modificaciones, obtuvo dictamen en la Cámara de Diputados con 64 votos a favor y 57 en contra, luego de 15 sesiones expositivas y 690 oradores. La sesión en la Cámara de Diputados se realizó el 13 de junio de 2018, con la presencia de marchas a favor y en contra alrededor del Congreso, con una presencia mayoritaria de las primeras. La sesión se prolongó por más de 23 horas y tuvo un solo ausente. Finalmente se aprobó la media sanción de la ley con 129 votos a favor, 125 en contra y 1 abstención. El 1 de agosto el proyecto no consiguió dictamen en el Senado de la Nación, luego de 7 sesiones expositivas y 143 oradores. La sesión en el Senado se realizó el 8 de agosto, también con la presencia de marchas a favor y en contra alrededor del Congreso. De modo similar a la sesión en diputados, fue mayor la presencia de manifestantes en favor de la legalización.⁶⁰ Luego de 16 horas de sesión, el proyecto fue rechazado con 38 votos en contra y 31 a favor, con 2 abstenciones y un ausente. En 2018 el asunto tomó estado parlamentario tras la habilitación a tratarse la ley de legalización en el Congreso Nacional. El 14 de junio de 2018, la Cámara de Diputados aprobó la media sanción de la ley con 129 votos a favor, 125 en contra y 1 abstención. El proyecto fue rechazado por el Senado tras una votación donde 38 senadores votaron en contra y 31 a favor; además hubo 2 abstenciones y un ausente.

Esta derrota sirvió como impulso para el movimiento de mujeres y distintas organizaciones feministas que estaban convencidas que la lucha se iba definir en las calles manteniendo la presión frente a los atropellos de la Iglesia y del Estado. Durante el año 2019 el Protocolo para la Atención Integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo obtiene rango legal y la Campaña por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito nuevamente presenta su proyecto de ley.

Con la asunción en el Poder Ejecutivo de Alberto Fernández del Frente de Todos a fines de ese mismo año y con el inicio de una Pandemia Mundial, el 17 de noviembre de 2020, durante la lucha contra la pandemia de COVID-19, el presidente Fernández envió al Congreso un proyecto de ley sobre el aborto, ingresándola por la Cámara de Diputados, con la indicación de darle prioridad a su tratamiento, con el fin de que pudiera ser tratada en ambas cámaras antes del cierre del 2020. Además de la iniciativa del presidente sobre regulación de interrupción voluntaria del embarazo,

en el Congreso estaba el proyecto de la Campaña Nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito, y a su vez, la propuesta que fue aprobada con media sanción en la Cámara de Diputados en 2018; existiendo entre sí algunas diferencias como la cuestión de la objeción de conciencia, los plazos para garantizar la práctica, penas para la persona gestantes y consejerías en salud sexual y reproductiva.

Finalmente, en la madrugada del 30 de diciembre de 2020 el Senado de la Nación Argentina aprobó la Ley de Regulación del Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la Atención Postaborto. La norma legaliza el aborto hasta las 14 semanas de gestación (inclusive) de forma voluntaria y gratuita dentro del sistema de salud. Además, la Cámara Alta aprobó el Programa de los Mil Días, que busca fortalecer la atención de las mujeres durante sus embarazos y la salud integral de sus hijos en sus primeros años de vida.

Esta normativa reemplaza el sistema de causales establecido en el Código Penal desde 1921 por un sistema mixto de plazos y causales (artículo 4). La Ley 27.610²⁹ reconoce el derecho de las mujeres y personas con otras identidades de género a interrumpir su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional. Fuera de este plazo, la persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo solo si el mismo fuera resultado de una violación o si estuviera en peligro la vida o la salud de la persona gestante (Interrupción Legal del Embarazo), tal como estaba ya previsto en la legislación. Es decir, se mantienen las causales establecidas en el Código Penal y los lineamientos del fallo “F.A.Ls/medida autosatisfactiva” de la CSJN. La nueva normativa, siguiendo a la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y la Ley de Derechos del Paciente, establece los derechos y las condiciones mínimas que debe garantizar y respetar el personal de salud en la atención del aborto y del postaborto: trato digno, privacidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, con estándares de calidad y acceso a la información actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles.

Estos derechos se receptaron oportunamente en el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo aprobado por Resolución 1/2019 del

²⁹ <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>

Ministerio de Salud de la Nación. Asimismo, se regula un plazo máximo de diez días corridos desde que fue requerida la práctica por la persona gestante, para cumplir con la prestación de salud.

CAPÍTULO IV

Análisis sobre procesos de Intervención del Trabajo Social en Salud Sexual y Reproductiva en equipos interdisciplinarios de consejerías en salud sexual y reproductiva donde se garantiza la implementación del protocolo ILE. El caso del Hospital de Área de El Bolsón, Rio Negro.

Durante el proceso de realización del presente trabajo final de graduación se identificaron dos aspectos que se consideran fundamentales del ejercicio profesional:

- ❖ Por un lado, “lo social” no es un recorte factible de intervención en forma independiente de los elementos económicos, políticos, culturales, entre otros;
- ❖ Y, el profesional nunca es aséptico, ni neutral sino que interviene con otros actores, en una institución determinada, con usuarios determinados, en un régimen político particular, en un momento histórico situado.

Es por esto que la condición de trabajador asalariado (profesional del Trabajo Social) se traduce en respuestas a las exigencias de quien lo contrata, sin embargo, también dispone de relativa autonomía en el ejercicio de sus funciones y es co-responsable tanto del rumbo de sus actividades como de las formas de conducirlas (Iamamoto, 1997). Cabe aclarar que, desde nuestro punto de vista, los profesionales del Trabajo Social tienen en los procesos de intervención tres funciones fundamentales: asistencia, gestión y educación (Oliva, 2001).

Dicho esto, la temática del aborto se piensa, de esta manera, como expresión, manifestación de la “cuestión social”, la cual le otorga significado social e histórico. En los procesos de intervención, la “cuestión social” se presenta como problemas económicos, sociales, políticos, culturales e ideológicos (Netto, J. P.: 2003) que adquieren un significado particular en la heterogeneidad de la vida cotidiana de las personas que participan de la intervención.

La intervención en situaciones de interrupción voluntaria y legal del embarazo no está exenta de esta construcción profesional, en la cual el objeto no puede ser definido a priori. Tal como menciona Parra (1998), es una construcción que implica una delimitación conceptual y una delimitación práctica o empírica sobre el problema al cual intervenir.

Siguiendo a Dosso (2015):

Una de las herramientas con la que contamos los profesionales que nos sentimos convocados a transformar el campo de la salud es la acción reflexiva. Esta permite encontrar dentro del mismo campo de intervención los principios rectores para producir visiones y prácticas contra-hegemónicas, coherentes con nuestros propios intereses y los de las mujeres. 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 las prácticas en salud para que tiendan al cuidado y el respeto, en este caso, de las mujeres que se atienden. (p. 9)

El contexto institucional en donde se sitúa esta investigación y los relatos del cuerpo profesional entrevistado permite afirmar la necesaria intervención de un profesional del Trabajo Social para que las mujeres y personas gestantes puedan acceder a su legítimo derecho de decidir sobre sus cuerpos, sobre sus vidas. Lo cual conlleva al profesional una intervención dentro de un marco teórico, con la cualidad técnica y operativa y con la visión epidemiológica necesaria para que la situación de aborto sea trabajada en un marco de dignidad, respeto y plena garantía del derecho a decidir.

A la hora de evaluar la afectación de la salud integral, se pueden reconocer varias aristas. Cazzaniga (2017) y Danani (2006) refieren que cada disciplina responde a una pregunta inicial, y en el trabajo social, la pregunta por las condiciones de vida, materiales, simbólicas, de cierta población, grupo, familia o persona, en determinado contexto, constituye dicha pregunta.

De esta manera, consideramos que la mediación del Trabajo Social en situaciones de IVE/ILE se debe repensar y fortalecer en prácticas sustentadas en posiciones ético políticas que aporten a la defensa intransigente de los derechos humanos, pero que a su vez avancen hacia la construcción de alternativas frente a las desigualdades que hoy día impone el sistema capitalista.

A continuación, se presentan algunas aproximativas reflexiones acerca de las diversas expresiones de la realidad que se hacen presentes en la intervención profesional del Trabajo Social en materia de derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos como parte de equipos interdisciplinarios en salud, puntualizando en el Hospital De Área del Bolsón, Provincia de Río Negro.

Indicadores relevados durante el proceso de investigación

A continuación, se presentan algunas reflexiones surgidas a partir del análisis de las entrevistas, teniendo en cuenta los diferentes indicadores que guiaron los objetivos de esta investigación:

- ❖ Marco y legislación en Argentina en general, y en particular de la provincia de Río Negro
- ❖ Funcionamiento y dinámica del espacio de consejería en salud sexual y reproductiva en el ámbito de la aplicación del Protocolo ILE
- ❖ Interdisciplina y Trabajo Social
- ❖ Articulación entre sector público y colectivas/redes.

El aborto no punible en Argentina y la Interrupción Legal del embarazo

Los antecedentes normativos que dieron lugar a interrumpir legalmente un embarazo tienen su origen en el Código Penal de 1921. Vale recordar que al momento de realización de las entrevistas (2019) la causal salud era una de las consideraciones de legalidad para el acceso a la Interrupción del embarazo en cualquier período de la gestación dado que aún no se había sancionado y promulgado la ley de IVE/ILE. Por ello en el caso argentino, los equipos profesionales que garantizaban la práctica hacían uso del artículo 86 del Código Penal Procesal de la Nación:

“El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: inciso 1º: Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. Inciso 2º: Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto”. (1921)

Esta normativa, generó diferencias de interpretación durante décadas. Muchos tribunales sostenían que en los casos de violación no eran punibles, sólo los abortos de mujeres con alguna discapacidad mental. El punto de inflexión en el marco del debate en el alcance del acceso al aborto no punible se da con el fallo F.A.L. En marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación se pronunció respecto de los alcances del supuesto legal para interrumpir el embarazo en casos de violación, a través del fallo “F.A.L. s/medida autosatisfactiva”. En este sentido, la Corte explicitó

que las prácticas que demoran o impiden el acceso a los abortos con causales, son ilegales y contrarían los estándares constitucionales e internacionales.

Entre tales barreras, se refirió a la frecuente solicitud de una autorización judicial previa, a la exigencia de denuncia o elementos probatorios en casos de violación, a la intervención de más de un profesional de la salud, o la solicitud de consultas o dictámenes médicos o interdisciplinarios. La Corte aclaró que ante el pedido de la mujer embarazada, debe intervenir un único médico diplomado y no cabe requerir autorización alguna. Por otra parte, el fallo F.A.L. estableció que el Estado, como garante del sistema de salud pública, debe asegurar las condiciones necesarias para que los abortos no punibles se lleven a cabo de manera rápida, segura y accesible; y las autoridades nacionales y locales deben implementar y hacer operativos protocolos hospitalarios de atención de los abortos no punibles.

El fallo “F.A.L.” de la CSJN también aclara que, aún ante la duda sobre la veracidad de la violación, es prioridad no negar bajo ninguna circunstancia el acceso a la ILE:

“(…) si bien este Tribunal advierte la posibilidad de configuración de ‘casos fabricados’, considera que el riesgo derivado del irregular obrar de determinados individuos, no puede ser nunca razón suficiente para imponer a las víctimas de delitos sexuales obstáculos que vulneren el goce efectivo de sus legítimos derechos o que se constituyen en riesgos para su salud” (CSJN, 2012, considerando 28).

Con esta decisión se clausuro el debate referido a si los abortos admitidos por nuestra legislación desde 1922, eran compatibles con el Código Penal Argentino y los Tratados de Derechos Humanos.

De esta forma, en la Argentina toda persona gestante, hasta diciembre de 2020 y atentos al art. 86 del código penal, tiene derecho a acceder a una interrupción legal del embarazo que cursa, según los mismos estándares de calidad que el resto de los servicios de salud:

a) Si el embarazo fuere resultado de una violación³⁰, con el requerimiento y la declaración jurada pertinente de la persona gestante ante el personal de salud interviniente.

³⁰ A los efectos de la ILE, se entiende por violación cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas del derecho de la persona de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de engaño, amenazas, coerción, uso de la fuerza, intimidación o aprovechamiento de su estado de vulnerabilidad. Se incluye la

b) Si estuviera en peligro la vida o la salud de la persona gestante.

c) Cuando el embarazo provenga de un atentado al pudor de una mujer idiota o demente.

En el mismo sentido, en la provincia de Río Negro, el 1 de noviembre de 2012 fue promulgada la Ley Provincial N° 4.796 que tiene por objeto la regulación y el control de la Atención Sanitaria en casos de Abortos No Punibles; y el 1° de abril del 2016 se aprobó la reglamentación de la misma, que determina en su artículo segundo:

“Se puede solicitar la interrupción del embarazo en caso de: a) Peligro para la vida o para la salud integral de la mujer. b) Cuando el embarazo provenga de una violación. c) Cuando el embarazo provenga de un atentado al pudor de una mujer idiota o demente.” (Capítulo I: Objetivos y alcances, 2016).

“No será necesaria la acreditación de una enfermedad, ni que el peligro sea de una intensidad determinada, bastando para determinar su encuadre como causal de no punibilidad para el aborto, la potencialidad de afectación de la salud integral de la mujer” (Ley Provincial N° 4796 Río Negro, 2012).

El Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo para la causal violación (2019) afirma que:

(...) En los casos de violación, nunca es exigible la denuncia policial o judicial para acceder a una ILE, sólo es necesaria una declaración jurada de que el embarazo es producto de una violación. En el caso de niñas menores de 13 años, la declaración jurada no es necesaria (p17).

Si existe una denuncia judicial o policial previa a la solicitud de ILE, puede adjuntarse una copia a la HC, pero nunca contar con dicha copia es un requisito. En ningún caso, la recolección de material genético como evidencia forense puede convertirse en una barrera o generar dilaciones en el acceso a la práctica. La declaración jurada es el documento simple en el que se deja constancia de la manifestación de la persona gestante sobre el embarazo producto de una violación.

violencia sexual dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, en los términos del artículo 5.3 de la Ley 26.485.

En este documento, sin formalidades legales, queda prohibido exigir a la persona que profundice en las circunstancias del hecho o que brinde prueba alguna. Se anexa al presente protocolo un modelo sugerido de declaración jurada. Lo central es que este documento sea claro y accesible, y puede emitirse en cualquier formato (braille, manuscrito, digital, audio, etc.) o idioma, incluyendo lenguas originarias. (p18)

En el caso de niñas y adolescentes víctimas de violación, el equipo debe brindar en forma prioritaria, la atención sanitaria y la contención requerida, que debe incluir la información completa y en lenguaje accesible de su derecho a ILE, así como su realización inmediata, sin judicialización (...) Para la protección de la niña o adolescente se debe realizar la comunicación de la situación de abuso o violación a los organismos de protección de derechos de cada jurisdicción.³¹ (p. 17)

Las mujeres con discapacidad víctimas de violación tienen derecho, al igual que las personas sin discapacidad, a decidir autónomamente si ejercer o no su derecho a ILE. Tienen derecho a solicitar y acceder a los ajustes razonables y sistemas de apoyo para poder ejercer su derecho a la decisión autónoma. (p. 17)

En el caso de la aplicación del Protocolo para las causales salud deberían estar las siguientes situaciones:

La causal salud incluye el peligro para la salud y el peligro para la vida, ya que este último debe ser entendido como la situación extrema de la afectación de la salud (...) la causal salud puede definirse por el riesgo de afectación al bienestar físico, mental o social y entenderse que la interrupción del embarazo basada en esta causal es legalmente factible cuando cualquiera de estas dimensiones de la salud está en riesgo. Es decir, que se debe concebir la salud desde una perspectiva integral.

Existen según la autora González Vega (2008) determinantes/condicionantes sociales, subjetivos, económicos, políticos y culturales que debieran analizarse bajo la mirada de dos

³¹ El deber de comunicar la vulneración de derechos previsto en el artículo 30 de la Ley 26.061 y el deber de formular denuncia penal conforme al artículo 72 del Código Penal deben cumplirse respetando el derecho a la privacidad y confidencialidad de la niña o adolescente, su capacidad progresiva e interés superior y los derechos de acceder a una ILE.

esferas, por un lado, estructurales y por otro lado intermedias. Los determinantes estructurales, como la educación, las condiciones mínimas de subsistencia, el trabajo y la no discriminación. Por el otro, las condiciones materiales, circunstancias psicosociales, los factores biológicos o de comportamiento y el sistema de salud mismo, que conforman los determinantes intermediarios.

La integralidad del concepto de salud alude a múltiples dimensiones del sujeto, que se encuentran en constante interacción con el medio y el contexto. Motivo por el cual, en situaciones de ILE, estos determinantes/condicionantes deben ser considerados y analizados de forma amplia y/o interdisciplinaria, con instrumentos que estipulan indicadores observables (Dosso, 2017) y categorías operativas (González Vélez, 2011), para definir y evaluar el riesgo de afectación de la salud de la persona gestante de forma integral, en sus dimensiones físicas, psico-emocionales y sociales.

Deborah Sol Ferreira (2019) destaca:

Desde una perspectiva de género, la consideración de la dimensión social, funciona también como herramienta para reducir o eliminar las inequidades en salud, en tanto las mujeres/personas gestantes se enfrentan a constantes dificultades en el acceso a la atención sanitaria, al pretender mantener un control autónomo sobre su propio cuerpo. ³²(p. 21)

Marco y legislación de la provincia de Rio Negro

En este apartado se describen algunos de los aspectos más relevantes del marco y legislación de la provincia de Rio Negro con respecto a la salud sexual y reproductiva, más específicamente con la Ley Provincial R N° 4796 que tiene por objeto la regulación y el control de la Atención Sanitaria en casos de Abortos no Punibles en la provincia, promulgada en 2012.

A través de la exploración de la misma y del análisis de las entrevistas realizadas se tiene por objetivo, acercarnos y dar cuenta de las particularidades que circunda a la ley y al dispositivo anclado dentro de la consejería en salud sexual y reproductiva el cual garantiza la implementación del protocolo ILE.

³² Género, feminismos y Trabajo Social : interpelaciones actuales y urgentes / Deborah Ferreira ... [et al.] ; compilado por Riveiro Laura. - 1a ed . - La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2019.

El 2012 en Río Negro fue el año el cual se aprobó la ley provincial 4796³³, la cual regulaba la atención sanitaria y el procedimiento de los abortos no punibles en los establecimientos asistenciales públicos, privados y de obras sociales del sistema de Salud provincial, en los casos de contemplados por el Código Penal en sus incisos 1 y 2 del artículo 86.

La ley expresaba:

Artículo 3° - Se establece la “Guía de Atención Integral de los Abortos no Punibles” aprobada por Resolución 1184/2010 del Ministerio de Salud de la Nación, como protocolo aplicable en la Provincia de Río Negro para los casos referidos a la práctica de abortos no punibles previstos en el Artículo 86, segundo párrafo, incisos 1° y 2° del Código Penal y que como anexo se agrega, o la que en el futuro se apruebe por el citado organismo, en tanto no se contraponga con los preceptos de la presente. No será necesaria la acreditación de una enfermedad, ni que el peligro sea de una intensidad determinada, bastando para determinar su encuadre como causal de no punibilidad para el aborto, la potencialidad de afectación de la salud integral de la mujer.

Artículo 10 - Toda persona, ya sea médico o personal auxiliar del Sistema de Salud, que manifieste objeción de conciencia fundada en razones éticas con respecto a la práctica médica enunciada en la presente, puede optar por no participar en la misma, ante lo cual el establecimiento de salud debe suministrar de inmediato la atención de otro profesional que esté dispuesto a llevar a cabo el procedimiento.

No es hasta el año 2016 que la ley es reglamentada por decreto provincial (DECRETO N° 182/2016)³⁴, el cual tuvo por objeto la regulación y el control de la atención sanitaria en casos de Abortos no punibles en la provincia, además de brindar las definiciones y normas para la correcta instrumentación. Además, preveo la creación de un Registro de Objetores e incluye los formularios modelo (ANEXO 1) para que la mujer solicite la interrupción legal del embarazo en centros públicos y privados de la provincia.

³³ [chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/https://www.ossyr.org.ar/PDFs/2012_ANP_rionegro.pdf](https://www.ossyr.org.ar/PDFs/2012_ANP_rionegro.pdf)

³⁴ [chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2016_Regl_Ley4796_ANPRioNegro.pdf](http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2016_Regl_Ley4796_ANPRioNegro.pdf)

El decreto expresaba con respecto a la objeción de conciencia:

Art. 11. – Créase en el ámbito del Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro, el Registro Provincial de Objetores de Conciencia, en el cual constarán los datos personales de los profesionales de la medicina y personal auxiliar del sistema de salud que se manifestarán como objetores a la realización de abortos no punibles. La Autoridad de Aplicación intimará a los profesionales de la salud matriculados en el marco de la Ley G N° 3338, para que en un plazo de treinta (30) días, contados a partir de la recepción de la misma, realicen la presentación ante el Registro creado precedentemente, manifestándose como objetores de conciencia a la realización de la práctica de abortos no punibles. El silencio ante el Registro Provincial de Objetores de Conciencia importará la consideración del matriculado como no objetor para la realización de la práctica, hasta tanto exista un pronunciamiento expreso del profesional en sentido contrario. Tanto en el ámbito público como privado, al momento de suscribir contratos de prestación de servicios, cualquiera fuera la modalidad de contratación adoptada, el matriculado deberá denunciar ante la entidad contratante, su condición ante el Registro Provincial de Objetores de Conciencia creado por medio del presente.

Frente a este escenario las/os profesionales de la salud que integran el equipo interdisciplinario, coincidieron en las entrevistas realizadas que la reglamentación por decreto de la ley 4796 fue un avance para el inicio y consolidación del Consultorio ILE en el Hospital Área El Bolsón, además de la propia coyuntura nacional impulsada por la lucha por el aborto legal, seguro y gratuito.

Funcionamiento y dinámica del espacio de consejería en salud sexual y (no) reproductiva

En este apartado se identifican algunos de los aspectos que hacen a la estructura de la consejería en salud sexual y reproductiva, con el objeto de obtener un conocimiento general y describir aquellos momentos tácticos operativos en donde el equipo interdisciplinario aborda la aplicación del Protocolo ILE en función del propio dispositivo del equipo de profesionales, además de sus propios instrumentos y/o protocolo.

La consejería en salud sexual y reproductiva que aborda la implementación del Protocolo ILE está conformada por el equipo de atención interdisciplinaria denominado como dispositivo Consultorio ILE. Este equipo de atención interdisciplinaria está conformado por profesionales de la salud de Trabajo Social, Psicología, Ginecología y profesionales de las residencias hospitalarias de Salud Mental Comunitaria y Medicina General.

El consultorio ILE tiene su espacio físico de funcionamiento en el Servicio Social del Hospital de Área El Bolsón (de ahora en adelante HAEB), la dinámica táctica del espacio está orientada por tres momentos que, tomando en cuenta los múltiples determinantes, son las finalidades las que van a dar el contenido a esas acciones, las cuales se les suma aquellos instrumentos operativos producidos por el equipo de profesionales, tales como el PROTOCOLO ILE de HAEB (ANEXO 2), CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO3) y FOLLETERIA INSTITUCIONAL de HAEB (ANEXO 4)

El primer momento consiste en un abordaje en forma interdisciplinaria con un profesional de cada uno de estos servicios: trabajo social, salud mental, medicina y las residencias. Allí se presenta a todo el equipo acompañante y la mujer puede encontrarse sola o acompañada en la consulta. En esta instancia se inicia el protocolo, se informa detalladamente a la mujer en qué consiste la ILE, se solicitan datos personales, situación habitacional, redes de acompañamiento y contención, motivos de falla o no uso del método anticonceptivo (de ahora en adelante MAC) que la hacen usuaria de una ILE, mitos y miedos en torno a la práctica. Se calcula su edad gestacional de acuerdo a la fecha de última menstruación (de ahora en adelante FUM).

En ese momento, se lleva adelante una breve consejería sobre cuál puede ser el mejor MAC para la persona gestante, para volver a retomar la charla en el control post ILE. También se escucha el o los motivos de la usuaria para finalizar el embarazo y poder enmarcarlo dentro de una causal. Se solicita la firma del consentimiento informado. Luego se realiza el pedido de ecografía y laboratorio, a excepción de que ya tenga los estudios realizados por una previa evaluación de otro profesional. Se cita nuevamente dependiendo de su probable edad gestacional, se evalúa la primera ecografía y laboratorio, y se define la conducta a seguir. De esta forma se realiza con más certeza, la determinación de su edad gestacional, la vitalidad fetal y la normal implantación de la gestación para una respuesta oportuna.

En todos los encuentros se aprovecha la oportunidad para sacar dudas que existan y se vuelve a explicar, en forma más detallada, el tema estrictamente médico del uso de la medicación: se prescriben los pasos a seguir, pautas de alarma y eventos esperables de la medicación.

De acuerdo a las entrevistas se evalúa si existe la necesidad de un nuevo encuentro con un enfoque orientado a la salud integral previo a consumir el aborto. La decisión de un nuevo encuentro Pre aborto se toma en forma interdisciplinaria por todo el equipo que acompaña a la mujer, ya que, cuando esto sucede, muchas veces tiene que ver con miedos y mitos que la mujer trae, inseguridades con respecto a la práctica y dudas sobre cómo llevarlo a cabo. Se evalúa si la decisión es tomada con plena libertad o es víctima de violencia de género, o sobre cualquier otra situación compleja, antes de la realización de la práctica en forma inmediata.

Una vez concluida la primera etapa y luego de haber sacado todas las dudas, se corrobora que la usuaria comprenda los eventos que acontecerán médicamente y las alarmas para que pueda concurrir a la guardia en el caso de que lo requiera. Se entrega la folletería sobre dichas pautas de alarma.

Se procede a recetar la medicación y los analgésicos (en el caso que no tenga obra social el hospital le brinda gratuitamente la medicación) y se le facilita el número del teléfono celular de la médica acompañante. En este sentido, no todos los profesionales del grupo ILE consideran necesario dar su número de celular privado.

El segundo momento es el procedimiento médico para concretar el aborto. Desde lo institucional y cuando la gestación es menor a 12 semanas, se sugiere un tratamiento ambulatorio, farmacológico, para las mujeres con redes de contención y accesibilidad a la guardia del hospital en caso de ser necesario. A las mujeres que lo solicitan y no tienen los recursos necesarios para garantizar que la práctica sea integralmente segura, se les sugiere una internación en el hospital para ser acompañadas desde el mismo sistema público de salud, pero siempre con la libertad de realizarlo en el lugar donde la mujer se sienta mejor acompañada. La gran mayoría de las mujeres deciden estar en su hogar y ser acompañadas por sus parejas, amigas, madres, etc. En general, con algunas excepciones que hacen a la disponibilidad de señal de celular, las médicas acompañan todo el procedimiento de manera telefónica.

El tercer momento es el control post ILE que en la mayoría de los casos se aborda solamente con la presencia de un profesional médico, aunque se cuenta con las otras disciplinas en el caso que se requiera de un abordaje psicosocial. La profesional médica evalúa el estado clínico y el control ecográfico, que es realizado a los 7-10 días de la expulsión del saco gestacional. De acuerdo a lo que determina la ecografía POST ILE se decide la nueva conducta médica a seguir. Si el aborto ha sido incompleto se procede a un aborto quirúrgico, legrado o AMEU, con la internación correspondiente de menos de 24 hs según su evolución. En el caso que los restos fueran moderados o intermedios se repite el tratamiento con Misoprostol, y si éste no resulta efectivo se realiza el aborto quirúrgico. En el caso de que los restos sean mínimos se da una medicación que ayude a eliminarlos.

También se realiza la consejería post aborto, que incluye información sobre los MAC y la disponibilidad de recursos con que se cuenta en salud pública, además se evalúa el proceso de la práctica abortiva, el acompañamiento, la forma en la que se han sentido, las vivencias en torno a la práctica, posibles complicaciones que pudieran haberlas hecho usuaria de la guardia. Se conversa además, sobre posibles miedos y se las invita a regresar al consultorio en el caso de que lo consideren necesario.

Interdisciplina y Trabajo Social

En pos de conocer e identificar el alcance del abordaje de los profesionales de Trabajo Social y sus significados como parte del equipo interdisciplinario del consultorio para la implementación del protocolo ILE y con el objetivo de analizar los aportes de la profesión Trabajo Social en espacios de abordajes interdisciplinarios, se entrevistó a lxs profesionales de salud que integran dicho consultorio, entre ellxs Trabajadores Sociales, Psicologxs, Medicxs y Psiquiatxs.

Este indicador permitió conocer aquellos aportes tácticos-operativos e incumbencia de lxs profesionales en Trabajo Social en el proceso de intervención como parte del equipo de trabajo interdisciplinario, además de dar cuenta de aspectos objetivos y subjetivos disciplinares en torno al Trabajo Social como a la interdisciplina en sí. También contribuyó a visualizar tensiones propias de la interdisciplina producto del mismo proceso del abordaje de las situaciones en la implementación ILE, en donde las diferencias de criterio disciplinar subyacen.

Gracias a las entrevistas realizadas a lxs distintxs profesionales de la salud que trabajan en el consultorio ILE pudimos realizar un recorrido desde que se gestó en el año 2016 hasta que se consolidó la consejería como dispositivo interdisciplinario en el año 2020. Todxs lxs profesionales entrevistados manifestaron la importancia de la interdisciplina como forma de abordar e implementar el protocolo ILE para poder identificar y comprender particularidades de cada disciplina donde se ponen en juego visiones, posicionamientos, recursos e intereses particulares, definido así como un espacio de encuentro y de disputa disciplinar. Esto se tradujo en normativas generales, protocolo específico y formas en el abordaje.

En un principio aquellxs profesionales que no pertenecían a la disciplina de Trabajo Social reconocían a lxs Trabajadores Sociales como simplemente operadores y facilitadores de cuestiones administrativas y de recursos para la garantía de la implementación del protocolo encargándose así, en la efectiva operatividad de la ruta o trayectoria del aborto. Luego y posterior a la consolidación del dispositivo y por efecto de esas disputas y tensiones mencionadas productos del proceso que implicó la interdisciplina, es que se logra consensuar y desasnar tensiones para lograr un dispositivo que se ubica por encima de cualquier verticalidad o hegemonía disciplinar, ubicando la implementación del protocolo en función del cuidado, respeto y pleno ejercicio de derecho de la persona que requiere ejercer su derecho al aborto seguro y respetado.

En las entrevistas también se dio cuenta de que en este proceso de construcción interdisciplinario existen cuestiones dentro del mismo dispositivo de la implementación del protocolo ILE que son netamente clínicas y biologicistas del cuerpo de la persona con capacidad de gestar, pero que bajo ninguna circunstancia esta por delante de la salud mental, cotidianidad, condiciones materiales, redes/vínculos y contexto. Contemplar las distintas aristas por donde transita la intervención, es dar cuenta de que la atención tiene que ser dada bajo una mirada integral.

Según datos aportados por lxs profesionales de Trabajo Social en la mayoría de las situaciones en las que intervienen se trata de reconocer cuáles son los indicadores que justifican y encuadran una ILE en la causal salud integral y se piensa un acompañamiento específico a las necesidades de la persona. Para ello existe un encuadre, dentro del protocolo donde lxs trabajadores sociales participan activamente junto con las demás disciplinas, esto se da tanto en el primer momento como en el tercer momento, detallados en el segundo indicador de la investigación.

En el primer momento de una entrevista, lxs profesionales pueden o no inferir la dimensión social, entendiendo las condiciones materiales y simbólicas de existencia, que conforman el contexto, y enmarcan la decisión de abortar. Aspectos como la situación laboral, económica, social, familiar, vincular, entre otros puntos que pueden ser relevantes, son considerados al momento de evaluar la vivencia particular de una gestación no deseada.

La mirada interdisciplinar, en este momento, permite una evaluación general que aporta significativamente, ya que para los profesionales enmarca una hoja de ruta de principio a fin, que se dará de manera cuidada y segura para la persona que está solicitando la interrupción. Luego hay un tercer momento denominado post ILE, de igual importancia que el resto de los momentos ya que permite a lxs profesionales hacer una evaluación conjunta con la mujer/persona gestante, en donde se reflexiona sobre el proceso y la vivencia recorrida en la trayectoria de la implementación del protocolo.

La implementación de la entrevista como dimensión operativo-instrumental de intervención contribuye de manera significativa al proceso de intervención, ya que en la misma se pone de manifiesto la escucha activa por parte de las profesionales, permitiendo que la persona se sitúe en un espacio de respeto, pudiendo expresar la situación que está atravesando. La escucha activa, no sólo es la habilidad de escuchar directamente lo que expresa una persona, sino también identificar los sentimientos, ideas o pensamientos a partir de lo manifestado verbalmente, en donde a través de ella se intenta generar un vínculo de confianza.

Articulación en sector público y colectivas/redes

El presente indicador pretende dar cuenta de la articulación conjunta entre el equipo interdisciplinario anclado en el Hospital de Área El Bolsón y la colectiva Socorristas en Red de la ciudad de El Bolsón y la Zona. El mismo está guiado tanto por las entrevistas semiestructuradas a lxs profesionales de salud como por datos estadísticos realizados y aportados por el Servicio Social de dicha institución.

Esta articulación se vio reflejada en los registros tanto cuantitativos como cualitativos que dieron cuenta de las tensiones estructurales del sistema de salud con respecto a formas ideológicas que van en desmedro de la garantía del derecho a acceder a la Interrupción Legal del Embarazo.

Los registros cualitativos dan una muestra de la implicancia de la colectiva Red de Socorristas -feministas y transfeministas que abortamos-³⁵, tanto en la construcción ideológica, material y simbólica del consultorio ILE como en la cooperación en modo red de la operatividad efectiva de la implementación del Protocolo ILE. Alguno de los aportes en donde la articulación está presente es en por ejemplo, el encuadre metodológico dividido en momentos con su propia especificidad del protocolo confeccionado por el equipo interdisciplinario, el aporte de medicación, mas específicamente el Misoprostol para la realización del aborto, el acompañamiento y seguimiento en el caso de que fuese necesario.

Por otro lado se constó de datos cuantitativos los cuales se tradujeron en gráficos estadísticos. Se tomó como categoría: *primer lugar de consulta donde la persona gestante asistía*. Las variables que se identificaron fueron: Servicio Social; Red de Socorristas; Derivación; CAPS; Obstetricia; Consultorio Externo; Enfermería; Salud Mental; Guardia y Médica Clínica. Los porcentajes que se rescataron de las estadísticas tomadas por el consultorio ILE a lo largo de cinco años dan al Servicio Social y a la Red de Socorristas, acompañados por la variable Derivaciones, como principales receptores de personas gestantes para la solicitud de la implementación del Protocolo ILE. (ANEXO 5).

Las entrevistas estuvieron guiadas por algunas preguntas enfocadas a las distintas tensiones que se dan dentro de la institución, tales como la objeción de conciencia o dificultades a la hora de activar los circuitos de atención como, por ejemplo, cuando se realizan derivaciones entre distintos servicios o efectores de salud. Lxs profesionales manifestaron que existía un rechazo de la práctica por parte de algunxs directivos y de dificultades para garantizar cuestiones vinculadas a turnos ecográficos, garantización de medicación o cuestiones vinculadas a la operatividad de proceso en donde se ponían trabas.

Ante esto existe una necesidad por parte de lxs profesionales de salud que garantizan el protocolo ILE en articular con organizaciones sociales que intervienen en la temática, para la

³⁵ (...) es una articulación de colectivas de Argentina. Damos información -siguiendo los protocolos de la Organización Mundial de la Salud- y acompañamos a mujeres y a otras personas con posibilidad de gestar que han decidido interrumpir embarazos inviabiles para ese momento de sus vidas. Para que lo hagan de manera segura y cuidada (...) está compuesta por heterogéneas activistas, colectivas y grupos feministas que, junto con el amplio movimiento de mujeres, los movimientos sexo-genéricos, investigadorxs, personal de salud y otros sectores sociales, traemos y generamos nuevas agendas a la política.

efectiva garantía del derecho ya que el Estado vía Hospital de Área El Bolsón no da los recursos y el escenario necesario para que este derecho se garantice de forma segura y gratuita.

La articulación con estos espacios de organización, forman parte del posicionamiento ético-político del equipo de abordaje y constituye un aspecto central en la legitimación del derecho a decidir que históricamente ha sido bandera del movimiento feminista en todo el mundo. Estas formas de interacción entre sistema de salud institucionalizado y organizaciones comunitarias comprometidas con la garantía de DD.HH, son una expresión real en la construcción de redes y la integración de la participación comunitaria. En este sentido, generan críticas y tensiones hacia el interior del propio sistema de salud donde predomina una mirada tecnocrática, disciplinar y con énfasis en el conocimiento científico, sobre todo de aquellas ciencias hegemónicas que lo conforman.

CAPÍTULO V

Conclusiones

Conclusiones

Para comenzar con las conclusiones de la investigación diremos que el objetivo general de la misma fue analizar procesos de intervención de trabajadores/as sociales que participan en el equipo interdisciplinario de consejería en salud sexual y reproductiva donde se garantiza la implementación del protocolo ILE en el Hospital de Área El Bolsón. En función del mismo elaboramos algunas reflexiones en base al recorrido investigativo.

Cabe destacar la relevancia de la interdisciplina como forma de intervención más adecuada hacia un abordaje integral a la hora de acompañar los procesos de interrupción legal del embarazo. Si bien, el protocolo para la atención de personas que solicitan un aborto, requiere sólo de un/a profesional médico/a interviniente para la indicación del tratamiento, la integralidad de dicha intervención radica en el aporte de las diversas disciplinas que forman parte de los equipos de salud y cuyas incumbencias trascienden la mirada biologicista de la práctica médica hegemónica. El aporte del acompañamiento interdisciplinar es una conquista más respecto de la demanda social que emerge en relación al aborto.

En relación a ello, y siendo condición necesaria explicitar la causal que afectara la salud de la persona que diera carácter de legal a la intervención profesional en materia de aborto anterior a la sanción de la ley 27.610, el Trabajo Social aporta al abordaje de la dimensión social, resultando esta imprescindible a la hora de evaluar las condiciones materiales y sociales de existencia de quien interrumpe un embarazo y de ésta manera acompañar el proceso de forma situada en la realidad de cada sujeto. Dosso (2015) aporta que lo social se expresa en cada mujer singular en las relaciones cara a cara, en sus vínculos familiares, laborales, etc. Se deben observar las circunstancias particulares –físicas, emocionales, socio familiares– en que ese embarazo se produjo y las determinaciones que esas circunstancias le imponen a la mujer.

Si bien hoy, esta condición resulta contraria a los fundamentos de la ley 27.610, dado que cualquier persona gestante puede solicitar al sistema de salud una interrupción de embarazo sin que el equipo interviniente se vea en la obligación de explicitar la causa de afectación a la salud que origina tal pedido, la presencia del Trabajo Social representa una figura que acompaña la garantía de los DDHH y comprende las diversas expresiones que asume la realidad social en la vida cotidiana de las personas dado que históricamente su objeto de estudio es la desigualdad

social expresada en sus múltiples formas. El género no escapa a la opresión ejercida y la violencia hacia mujeres y disidencias que también se hace presente en la institucionalidad del sistema de salud.

Frente a esta dimensión social existe todavía hoy en día una subestimación por parte de la ciencia médica biologicista, la cual atribuye su carácter de hegemónica frente a las demás disciplinas en el marco de la garantización del derecho a la salud en general y a la aplicación del protocolo ILE en particular. La disputa discursiva que se da al interior de la interdisciplina pone sobre el tapete la necesidad de continuar situando el aborto desde una mirada integral de la salud ya que el ejercicio de la misma debe ser contextualizada bajo todas las aristas y atravesamientos que una mujer o persona gestante recorre hasta llegar a la libre decisión sobre su cuerpo.

En línea con la efectiva garantización del derecho existen cuestiones vinculadas a la objeción de conciencia, habiendo que destacar que para lxs profesionales entrevistdxs hay una suerte de privilegio médico en base a la hegemonía sentenciada, vinculada además a posiciones de alta jerarquía dentro de los niveles institucionales, que basan su organización en forma verticalista.

Dentro de este escenario donde existen conflictos que no escapan a la ideología, la religión y la moral se constituye como necesario el debate acerca de la urgente separación de la Institución Iglesia y el Estado.

En consecuencia debemos visualizar y exponer la articulación del equipo interdisciplinario con la colectiva Red de Socorristas a lo largo de los años, ya que independientemente de la consolidación institucional del consultorio ILE, existe una legitimidad basada en la lucha, el acompañamiento y presencia en la cotidianidad de las mujeres de la comunidad de El Bolsón. Legitimidad que se construye en base a la experiencia de lo vivido colectivamente, luchando por los derechos de las mujeres en clave feminista y transfeminista.

La articulación que se desarrolla en este dispositivo de salud en particular es una experiencia que se sustenta en principios fundamentales de participación comunitaria, abordaje intersectorial y mirada sociocomunitaria de la realidad social, sin desconocer las tensiones y disputas que se desprenden cuando se incorpora un actor no institucionalizado, por ello la intervención del Trabajo Social también resulta estratégica en tanto profesional comprometidx con la garantización de

DD.HH y promotor en la importancia de sumar aquellos sectores que día a día pujan por mejores condiciones de existencia de los sectores poblacionales históricamente atravesados por situaciones de injusticia, opresión y violencia.

La experiencia desarrollada en el Hospital De Área de El Bolsón, provincia de Río Negro se suma a otras que con particulares características se extienden por el país, el continente y el mundo. En ella interactúan los diversos posicionamientos que hacen al campo de la salud y particularmente a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva. El avance en materia de derechos vinculados a esta temática también se legitima con el compromiso de trabajadorxs de la salud que empatizan con las luchas sociales y aúnan esfuerzos en la promoción de prácticas institucionales que den respuestas a las demandas que se presentan, sin condicionamientos que trascienden la lógica profesional.

El presente Trabajo Final de Graduación permitió adentrarnos en material de tipo documental respecto de la temática desarrollada y conocer los relatos de personas que cotidianamente en sus espacios sociocupacionales realizan acciones en el marco de un proceso de intervención. Incorporar la mirada crítica y el posicionamiento ético-político que subyace en dichas prácticas, resulta singular en el proceso de aprendizaje que implicó esta investigación y que resulta motivadora para reflexionar en torno a los desafíos presentes que se desprenden de la intervención futura por llegar.

Finalmente, la investigación junto con el proceso de formación académica me llevó a reflexionar y cuestionar acerca del largo recorrido que falta aún por transitar en cuestiones de derechos humanos en el entramado de las manifestaciones de la cuestión social que atravesamos como clase trabajadora, y en mi caso, no ajeno a esto como futuro profesional del Trabajo Social, trabajando con y en situaciones de vulneración de derechos.

Como actor político, atravesado no sólo por 12 años de cotidianidad universitaria pública puedo decir que la construcción de un Estado funcional a la dignidad de las personas que lo conformamos están ligadas parcialmente al grado de construcción y organización/articulación de todxs aquellxs actores sociales e instituciones del Estado interesadxs en que podamos ejercer plenamente nustrxs derechos. Así, poder darle continuidad, como futura parte del Colectivo Profesional, a las distintas victorias consagradas a lo largo de la historia, como la Interrupción Voluntaria del embarazo,

experiencia motorizada por la empatía, la solidaridad de clase y la lucha material para construir una sociedad más justa en presentes y futuras generaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Arouca S. (1987) Democracia é saúde. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde.

Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud enfermedad. Cuadernos de Salud Pública Volumen 8, Nro.3. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n3/v8n3a05>

Arredondo, A. (1992). Aportes de las ciencias sociales para el análisis de la morbi-mortalidad. Revista Mexicana de Educación Médica (en dictámen). Trabajo Social y Espacios Ocupacionales Derechos, procesos y prácticas profesionales.

Cazzaniga, S. (2007). Hilos y Nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social. Espacio Buenos Aires.

Dosso D, Consejería pre y post aborto. Efectos de la intervención en la salud integral de las mujeres atendidas en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Dosso D. (2015) Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo.FUSA.

FLACSO. (2011). Módulo I. Determinantes sociales de la salud. El concepto de Salud. Evolución histórica. Acepciones actuales. (pp. 17-69). Recuperado de: http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/Man_Flacso/Modulo_1Parte1_Flacso_2011.pdf

Iamamoto, M. (1992) Servicio Social y División del Trabajo. Un análisis de sus Fundamentos. Editorial Cortez.

Laurell, A. (1986). “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina.” Cuadernos Médico Sociales Número 36. Disponible en <http://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/10/n37a138.p>

Mallardi M. (2015). Compilador. Procesos de Intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico. La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

Moleda, Gianna & Di Napoli (2017). Compiladores. Trabajo Social y espacios ocupacionales: derechos, procesos y prácticas profesionales. La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

Oliva, Andrea (2015). TRABAJO SOCIAL Y LUCHA DE CLASES Análisis histórico de las modalidades de intervención en Argentina. La Plata : Dynamis

Paradela, Laura & Redondi, Valeria (2019). Compiladoras. Salud y Trabajo Social Procesos de Intervención y Organización Colectiva por el Derecho a la Salud. La Plata Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

Riveiro (2019). Compiladora. Trabajo Social y feminismos: perspectivas y estrategias en debate. La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

Rivero, Laura (2019). Compiladora. Género, feminismos y Trabajo Social : interpelaciones actuales y urgentes. - 1a ed . - La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

Saizar, M. (2008). “Acuerdos, desacuerdos y lejanías en la relación médico-paciente” en Krmpotic, C. (Comp.), Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud, Páginas 35 a 53. Espacio, Buenos Aires.

Stolkiner, A. (1999). Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. El Campo Psi. Argentina.

TOBAR, F (2012). “Breve historia del sistema argentino de salud” En: GARAY, O (Coordinador) “Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal”. Buenos Aires. La Editorial La Ley. 2012

Vercillo, Mirna. (2020). ANÁLISIS DEL ACOMPAÑAMIENTO EN EL POST ILE. Hacia un abordaje integral de las usuarias del dispositivo ILE, en HAEB, en el período agosto-octubre 2018.

LEYES CONSULTADAS

Ley Federal de Trabajo Social N° 27072. Sancionada: Diciembre 10 de 2014. Promulgada: Diciembre 16 de 2014. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27072-239854/texto>

Ley nacional 25673 (2002) y su Decreto reglamentario 1282/2003: crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25673-79831/texto>

Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N 25673. Promulgada de Hecho: Noviembre 21 de 2002. Disponible en chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_y_25673_decretos_declaracion_de_repudio.pdf

Ley Nacional de Identidad de Género N 26.743. Disponible en chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/http://www.jus.gob.ar/media/3108867/ley_26743_identidad_de_genero.pdf

Ley Nacional N° 26.150 - Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26150-121222/texto>

Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia hacia las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponible en chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_y_26485_violencia_familiar.pdf

Ley Nacional de Parto Humanizado N 25929. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25929-98805/texto>

Ley Nacional Anticoncepción Quirúrgica N 26130. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26130-119260/texto>

Ley Nacional de Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo N 27610. Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>

Ley Provincial N° 4796 Atención Sanitaria en casos de Abortos No Punibles. Disponible en chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://web.legisrn.gov.ar/digesto/normas/documento?id=2012110002&e=DEFINITIVO>

Ley Provincial N 3059 Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad Humana. Disponible en chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://web.legisrn.gov.ar/digesto/normas/documento?id=1997010013&e=DEFINITIVO>

Ley Provincial N 4557 derecho a la descendencia como parte de los derechos sexuales y reproductivos y por lo tanto, reconocidos como derechos personalísimos. Disponible en chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://web.legisrn.gov.ar/digesto/normas/documento?id=2010080006&e=DEFINITIVO>

DOCUMENTOS CONSULTADOS

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación (diNAMi). (2005). Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto.

Lozano, Luciano (2019). Socorriendo a la interrupción legal del embarazo. Una experiencia de un hospital de Río Negro. Género, feminismos y Trabajo Social : interpelaciones actuales y urgentes compilado por Riveiro Laura. - 1a ed . - La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación (2014). Curso en Salud Social y Comunitaria, MÓDULO 1 “Salud y Sociedad”, Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social- Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR). (2018). Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. PROPUESTA DE DISEÑO, ORGANIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN. Documento de trabajo.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social- Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR). (2010). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social- Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR). (2021). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo.

Organización Mundial de la Salud (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo.

ANEXO I

SOLICITUD y CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO - ABORTO NO PUNIBLE

Nombre y Apellido:..... Documento (tipo y N°):

Domicilio..... Ciudad: Provincia:

Edad Fecha de nacimiento..... N° de historia clínica.....

Requiero formalmente la interrupción del embarazo, en los términos del Artículo 86° Incisos 1) y/o 2) del Código Penal de la Nación y Artículo 2° de la Ley R N° 4796.-

A los fines referidos declaro expresamente:

1. Que he sido informada en un lenguaje claro y sencillo sobre los diferentes métodos mediante los cuales puede llevarse a cabo la interrupción de este embarazo por su edad gestacional –incluido el aborto farmacológico-, sobre la naturaleza e implicancias que tiene cada uno de ellos sobre mi salud, sobre las características de cada uno de los procedimientos disponibles, sus riesgos asociados y posibilidades de evolución previsible, beneficios y consecuencias.
2. Que he entendido la información que se me ha dado.
3. Que he podido realizar las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente.
4. Que se me ha dado la posibilidad de manifestar el presente consentimiento en presencia de personas de mi elección.-
5. Que se me ha ofrecido asesoramiento legal y asistencia psicológica.-
6. Que conforme lo explicado, puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la intervención.-

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en a los días del mes de de

Firma de la paciente:

Aclaración:

Datos de la/el representante legal (de corresponder): Para pacientes menores de 16 años y personas con capacidad restringida para el presente acto o incapaces declaradas judicialmente.

Señalar lo que corresponda:

Menor de 16 años

Personal con capacidad restringida para el presente acto o incapaz declarada judicialmente

Nombre y Apellido:..... Documento (tipo y N°):

Domicilio..... Ciudad: Provincia:

Relación con el paciente

Datos y/o constancia de la sentencia que restringe la capacidad o lo declara incapaz:

Firma del representante legal:

Aclaración:

Firma y sello del o de las/los profesionales médicos:

Matricula/s N°:

El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la Historia Clínica y la copia se entrega a la interesada.-

DECLARACIÓN JURADA – Víctima de delito sexual
--

Datos de la Declarante:

Nombre y Apellido:..... Documento (tipo y N°):

Domicilio..... Ciudad: Provincia:

Edad Fecha de nacimiento..... N° de historia clínica.....

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en la presente declaración son exactos y completos; soy conciente de que corresponde aplicar sanciones penales por falsa declaración y **DECLARO:**

- Que fui víctima de violación (abuso sexual con acceso carnal).
- Que como consecuencia de este hecho quedé embarazada
- Que **SI** / **NO** he realizado/voy a realizar la denuncia penal de la violación (tachar lo que no corresponda)

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en, a los días del mes de de

Firma de la declarante:

Aclaración:

La presente declaración jurada se realiza a los efectos de lo establecido por el Artículo 86° Inciso 2) del Código Penal de la Nación y sentencia en autos "F.A.L. s. Medida Autosatisfactiva" del 12 de marzo de 2012 - Corte Suprema de Justicia de la Nación.-

Datos de la/el representante legal (de corresponder):

Para pacientes menores de 16 años y personas con capacidad restringida para el presente acto o incapaces declaradas judicialmente.

Señalar lo que corresponda:

- Menor de 16 años
- Personal con capacidad restringida para el presente acto o incapaz declarada judicialmente

Nombre y Apellido:..... Documento (tipo y N°):

Domicilio..... Ciudad: Provincia:

Relación con el paciente

Datos y/o constancia de la sentencia que restringe la capacidad o lo declara incapaz:

.....

Firma del representante legal:

Aclaración:

El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la Historia Clínica y la copia se entrega a la interesada.-

ANEXO IIPROTOCOLO ILE de HAEB

Fecha:

Datos personales:

-Nombre y Apellido:

Género:

- Fecha de Nacimiento:

Edad:

-DNI:

Obra social:

-Historia Clínica:

-Teléfono:

-¿Dónde vive? Referencia- (Mapa si es necesario)

¿Tiene pareja estable? Si / no

-Grupo conviviente:

-Referente que acompaña (en adolescente)

-Situación laboral/ocupacional:

Percibe ingreso:

-Nivel educativo:

Forma de ingreso al sistema de salud:

-¿Cómo llega?

Guardia

CAPS

Consultorio Externo

Derivación Social

-¿Quién deriva?

-¿Cómo llega a demandar al hospital? (como sabe de la práctica)

1- Datos de la gesta:

-¿Cómo sabe de la gestación?

-Gestas o abortos previos (espontáneos o provocados)

-Causal de la gesta

No uso MAC/ fallo MAC ¿cuál?

Violencia

Otros

2. Intentos previos de interrupción en esta gestación

-¿Cómo?

-¿Acompañada?

-¿Qué motiva la decisión de interrumpir? (causales)

-Mitos o representaciones sociales:

Recursos:

-Lugar para realizar el procedimiento:

-¿es adecuado? (confortable, servicios mínimos)

-Traslado:

-Teléfono con crédito/señal:

-Acompañante durante el proceso/vínculo:

-Teléfono del acompañante:

-Referentes de salud (Caps - Otros

Consideraciones finales en relación a la causal salud

Acompañamiento post ILE

-Fecha de citación

-¿Se presenta? Si-No

-Acompañada Si-No

-Técnica implementada: Medicamento AMEU Legrado

3- *¿Cómo vivió todo el proceso?* Información que recibió, tiempo, trato del personal, sugerencias.

Firmas de los/as profesionales intervinientes

Post Consentimiento

Examen físico: TA, FR, FC, SAT O2, FUM:

Anamnesis:

Vacunación antitetánica

Trastornos de sangrado o coagulación

Antecedentes de alergias a AINES

Grupo y factor

Toma otra medicación.

ETS

Anamnesis ginecológica:

Gestas anteriores Abortos anteriores Partos anteriores

Uso de anticonceptivos

Ecografía Pre Intervención

Mayor a 12 semanas evaluar posibilidad de derivación a servicio de ginecología Bariloche.

4- *Método de interrupción utilizado en primera instancia*

Vía oral (sublingual) o Vía intravaginal Misoprostol 800 mg (4 pastillas) cada 3 – 4 hs

O Misoprostol 800 mg (4 pastillas) cada 8 hs.

Síntomas esperables: dolor abdominal, contracciones, escalofríos, náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza.

Indicar pautas de alarma: dolor abdominal intenso, fiebre 24 hs después del tratamiento, desmayo, sangrado excesivo, olor o cambio de color en el sangrado. Evitar relaciones sexuales hasta que cese el sangrado.

Se realizó inmunoglobulina anti RH: Si No

Se realizó vacunación Antitetánica: Si No

ECOGRAFIA POST INTERVENCION (óptimo 1 semana)

Restos: Menor a 1.5 cm³ Ergotrate cada 8 hs. Entre 1.5 a 2 cm³ se repite tratamiento completo. Mayor a 2 cm³ legrado/AMEU.

5- Segunda Intervención

Causa de fallo terapéutico:

Método de interrupción Vía oral Vía intravaginal

AMEU LEGRADO

ECOGRAFIA POST 2da. INTERVENCIÓN

Método anticonceptivo con el cual se retira la paciente

Cierran Historia Clínica

Firma Medico/a interviniente

Firma Profesional de Servicio Social

Firma Profesional Salud Mental

ANEXO IIISOLICITUD Y CONSENTIMIENTO INFORMADOINTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO / ABORTO NO PUNIBLE

Nombre y apellido:

Documento (tipo y N°):

Domicilio:

Ciudad:

Provincia:

Edad:

Fecha de nacimiento:

N° de historia clínica:

Requiero formalmente la interrupción del embarazo, en los términos del art. 86 inc. 1° y/o 2° del Código Penal. A los fines referidos manifiesto expresamente:

- 1) Que he recibido información en un lenguaje claro y sencillo sobre los diferentes métodos mediante los cuales puede llevarse a cabo la interrupción de este embarazo por su edad gestacional –incluido el aborto medicamentoso–, sobre la naturaleza e implicancias que tiene cada una de ellos sobre mi salud, sobre las características de cada uno de los procedimientos disponibles, sus riesgos, beneficios y consecuencias.
- 2) Que he entendido la información que se me ha dado.
- 3) Que he podido realizar las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente.
- 4) Que conforme a lo explicado, puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la intervención.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en la localidad de a los..... días del mes de..... De.....

Firma de la persona interesada

Aclaración

Datos de la/el representante legal o allegado/a o sistema de apoyo (de corresponder) Para personas menores de 16 años y personas con capacidad restringida para el presente acto o incapaces declaradas judicialmente.

Señalar lo que corresponda:

- Persona menor de 16 años
- Personal con capacidad restringida para el presente acto o incapaz declarada judicialmente.

Nombre y apellido:

Documento (tipo y N°):

Domicilio:

Ciudad:

Provincia:

Relación con el paciente:

Firma de la/el representante legal o allegado o sistema de apoyo:

Aclaración:

Firma del o de las/los profesionales médicos

Matrícula N°

El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la Historia Clínica y la copia se entrega a la persona interesada.

ANEXO 4

Interrupción Legal del EMBARAZO

Información y recomendaciones para la persona que realice tratamiento ILE (Interrupción Legal del Embarazo) de manera ambulatoria.

✓ En la mayoría de los casos la expulsión fetal y placentaria ocurre en las primeras 24 hs., pero puede demorarse entre 48 y 72 horas.

SANGRADO Normalmente empieza el mismo día en que se toma o coloca, el medicamento. Es leve a moderado, suele durar en promedio 9 días pero puede continuar hasta la siguiente menstruación.

DOLOR O CÓLICOS ABDOMINALES Normalmente comienzan durante la hora posterior a la toma o colocación de Misoprostol. Para disminuirlos se pueden tomar analgésicos, como Ibuprofeno.

SINTOMAS CASTROINTESTINALES Pueden presentarse diarrea, náuseas y vómitos pasajeros.

FIEBRE / ESCALOFRÍOS Ocurren ocasionalmente y son pasajeros, suele ser una febrícula y cede con dosis de AINES.

Signos de alarma a los que se debe estar atenta, para consultar oportunamente en guardia hospitalaria o centro de salud

FIEBRE un día después de realizar el tratamiento.

DOLOR ABDOMINAL FUERTE que no mejora después de haber tomado los analgésicos, como Ibuprofeno

SANGRADO IMPORTANTE es decir, si empapa más de 2 apósitos femeninos grandes por horas durante más de 2 horas consecutivas.

SANGRADO ABUNDANTE REPENTINO cuando este que este disminuyó o se detuvo durante unos días luego de haber tomado Misoprostol.

SANGRADO CONTINUO durante varias semanas con mareos.

Seguimiento
Control a los 7 días posteriores, para permitir que tenga lugar el proceso de expulsión.

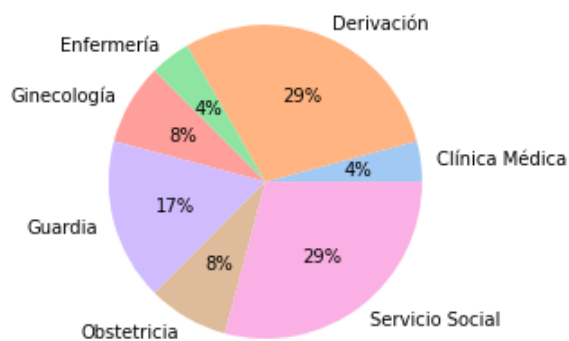
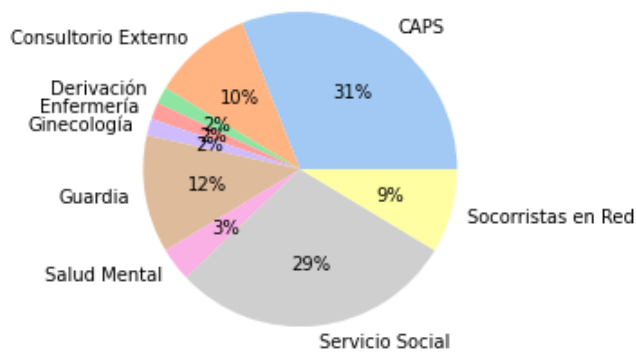
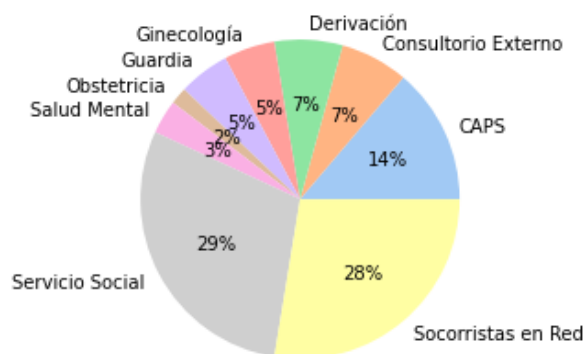
No se recomienda realizar la intervención quirúrgica antes de los 7 días de iniciado el procedimiento medicamentoso, a menos que esté indicado clínicamente porque se presenta alguna complicación.

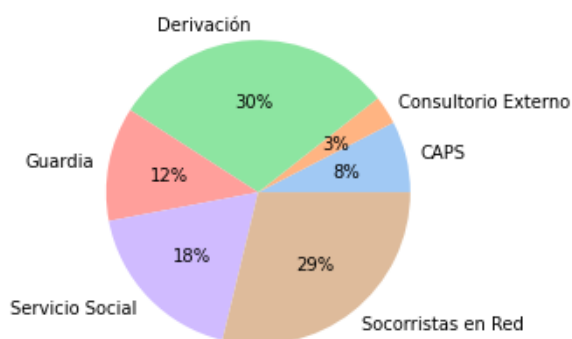
Curso para la atención integral de mujeres que cursan un aborto (Abril 2015)

LÍNEA SALUD SEXUAL
0800-222-3444

RN MINISTERIO DE SALUD
Coordinación Provincial de Salud Materno Infantil juvenil
GOBIERNO DE RIO NEGRO

ANEXO 5

AÑO 2016AÑO 2017AÑO 2018

AÑO 2019AÑO 2020

ESTADÍSTICA 2016-2020

2016 - 2020

