

## ¿Cómo garantizar el derecho a la interrupción legal del embarazo?

### Una aproximación a la construcción de estrategias desde el Trabajo Social

*¿How to ensure the right of legal termination of pregnancy? An approach to the construction of strategies from Social Work*

**Julietta Debonis**

Fecha de presentación: 23/03/18

Fecha de aceptación: 18/04/18

#### **Resumen**

El artículo que presentamos es parte del trabajo de tesina para optar al título de Licenciada en Trabajo Social. Allí, abordamos las intervenciones del Trabajo Social ante las demandas de la interrupción legal del embarazo en centros de salud, principalmente, aquellos que pertenecen al distrito Oeste de la ciudad de Rosario (Argentina). El tema adquiere relevancia, ya que en los últimos años se ha configurado como la principal demanda de los movimientos feministas, que exigen un debate real y abogan por su despenalización y legalización. En este marco, nuestro trabajo analiza la intervención de las/os profesionales de Trabajo Social que se desempeñan en centros de salud, con el propósito de explorar cómo se construyen las estrategias que implementan respecto a la interrupción legal del embarazo.

#### **Palabras clave**

Interrupción legal del embarazo; estrategias de intervención; Trabajo Social.

#### **Abstract**

*The article we will present is a part of a thesis work for a Social Work degree in which we approach the interventions of social work in the face of the demands about the legal termination of pregnancy in health centers, mainly those that belong to the western district in the city of Rosario (Argentina). The issue acquires relevance, since in recent years it has become the main demand of feminist women's movements, which demand a real debate and advocate its decriminalization and legalization. In this framework, our work analyzes the intervention of the Social Work professionals who work in health centers, with the purpose of exploring how the strategies they implement regarding the legal interruption of pregnancy are constructed*

#### **Keywords**

*Legal termination of pregnancy, intervention strategies, Social Work.*

## Introducción

El siguiente artículo surge de la tesina de Licenciatura en Trabajo Social, comenzada en el año 2016 y presentada en el año 2017. En esta propuesta, abordamos las intervenciones del Trabajo Social ante las demandas de interrupción legal del embarazo en centros de salud, que pertenecen al distrito Oeste de la ciudad de Rosario, que está dividida en seis distritos: Centro, Sur, Sudoeste, Norte, Noroeste y Oeste. El distrito que hemos seleccionado es el Oeste, compuesto por 135.481 habitantes, el cual posee 11 centros de salud de dependencia municipal y 5 provinciales, ubicados en diversos barrios (Municipalidad de Rosario, 2016).

¿Por qué elegimos el distrito Oeste? Por un lado, porque hemos transitado prácticas profesionales en un centro de salud perteneciente a dicho distrito. Por otro lado, porque hemos participado en dos proyectos de extensión universitaria anclados territorialmente en diversos barrios de esa zona. Además, desde el año 2016 hasta la actualidad, participamos de un proyecto que se desarrolla allí, bajo el nombre de “Mujeres integradas en el Oeste”. De esta manera, podemos decir que tener cierto anclaje territorial fue significativo en tanto facilitó el acercamiento a los equipos profesionales.

Como estrategia metodológica, realizamos entrevistas a cuatro trabajadoras/es sociales que se insertan laboralmente en centros de salud de dicho distrito. Es menester destacar que, en todos los centros de salud con los que trabajamos, existe un cargo de planta permanente de trabajo social. La muestra de las/os entrevistadas/os estuvo conformada por varones y mujeres.

Para definir qué entendemos por derechos sexuales y (no) reproductivos, recuperamos la propuesta de Brown (2007) quien afirma:

*“Uso el paréntesis (no) dado que la denominación reproductivos alude a la histórica imagen de las mujeres como madres enfatizando su función reproductora y los derechos reproductivos se supone que refieren no sólo al derecho a una maternidad elegida y sin riesgos, sino también a decidir no reproducir, no ser madre incluido para muchas, el tema del aborto (su despenalización/legalización)” (p.2).*

Es fundamental identificar a los derechos sexuales y (no) reproductivos como derechos personalísimos:

*“(…) que prevé nuestro ordenamiento jurídico, se preocupan por abrir un camino capaz de garantizar la libre y necesaria expansión individual. Son derechos que nacen con el sujeto, son inherentes a la persona, inseparables de ella. Adquieren existencia a partir del momento en que se es persona” (Levín, 2009:14).*

De esta manera,

*“En un sentido laxo derechos (no) reproductivos y sexuales comprenden aquellos vinculados con la capacidad de las personas para tomar decisiones autónomas en relación con sus cuerpos, sus sexualidades y los eventos ligados tanto con la procreación cuanto con la no reproducción, incluida la posibilidad del aborto” (Brown, 2007:2).*

Así, ubicar a los derechos sexuales y (no) reproductivos como inherentes a la persona permite poner en tensión la interrupción del embarazo en términos de delito, donde es el Estado quien regula, controla y cercena la decisión de las mujeres sobre sus cuerpos. Una decisión que se encuentra atravesada por múltiples dimensiones, entre las cuales podemos nombrar la elección de no ser madre o incluso la decisión de interrumpir un embarazo para continuar maternando, contemplando las relaciones de género intrafamiliares y el lugar ocupado por las mujeres. Lo fundamental es poder reconocer que en estas decisiones se ponen en juego las trayectorias propias, los proyectos de vida y de planificación familiar.

### **Interrupción legal del embarazo: su marco normativo**

En Argentina, el aborto se halla regulado desde 1921 en el Código Penal, donde se establece que es un delito, salvo excepciones. Tales excepciones o causales refieren que el aborto es no punible: “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”. También “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” (Art. 86 del Código Penal). Ambas excepciones han constituido el centro de las grandes disputas durante décadas, y pese a algunos avances, aún continúan en vigencia.

Además, resulta decisiva la concepción que se tenga en relación a la salud, ante la demanda de interrupción de un embarazo: cuando se hace referencia a la no punibilidad por la causal salud, se interpreta a la salud en correspondencia con la concepción que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS). De esta manera, la salud integral abarca el “bienestar físico, psíquico y social de una persona y no sólo la ausencia de enfermedades o afecciones” (OMS, 1946).

Tal concepción es fundamental para problematizar el acceso a la interrupción legal del embarazo cuando se pone en juego la vida y/o salud de las mujeres, como también el deseo de ser o no madre y el impacto psíquico que conlleva. Lo mismo ocurre en situaciones de embarazo de niñas y/o adolescentes, ninguna de ellas debe ser forzada a continuar un embarazo; de lo contrario, no sólo se está poniendo en riesgo su salud y su vida, sino que también se están vulnerando sus derechos.

Consideramos de fundamental importancia destacar un hito que marca un antes y un después en el acceso a la interrupción legal del embarazo. Nos referimos al Fallo de la Corte Suprema de

Justicia de la Nación, del año 2012, conocido como Fallo F.A.L. S/Medida Autosatisfactiva<sup>1</sup>, en el cual se estipula que *“el aborto es legal cuando exista peligro para la salud o vida de la mujer y en todos los casos de violación”* (Gebruers y Gherardi, 2015: 2). Queda explícito que el aborto es legal en todas las situaciones donde el embarazo sea producto del ejercicio de la violencia sexual, sin importar si la mujer posee o no una discapacidad.

Por otro lado, en el año 2015 el Ministerio de Salud de la Nación diseña el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo”, en el que se establecen como guía algunos principios que regulan los procedimientos y prácticas. Esos principios comprenden la autonomía, la no judicialización, la confidencialidad y la accesibilidad, entre otros.

El principio de autonomía refiere a que las mujeres puedan tomar la mejor decisión para ellas, lo cual implica que las/os profesionales de la salud brinden información de manera clara y precisa, en un lenguaje comprensible y accesible. Si bien parece algo básico, en lo que respecta a la salud sexual y (no) reproductiva, es primordial conocer y garantizar la autonomía de las mujeres, fundamentalmente, en relación a su decisión de interrumpir un embarazo.

La no judicialización implica que la intervención de una/un médica/o es suficiente para determinar si la situación entra en el marco de la legalidad. Judicializar dichas prácticas involucra la participación de organismos judiciales o policiales, exponiendo así una situación de índole privada y confidencial.

Respecto a la confidencialidad, hay que señalar que lo ocurrido en la consulta médica no debe ser comunicado a otras personas; si bien ya forma parte de los derechos del/la paciente (art. 2, Ley 26.529), en situaciones de interrupción legal del embarazo debe remarcarse que la mujer tiene derecho a que quien participe de la elaboración de documentos clínicos guarde reserva. Es decir, que la Historia Clínica, y el conjunto de la documentación que contiene, es propiedad de la mujer y su divulgación constituye una violación al derecho a la intimidad y al secreto profesional.

Por último, la accesibilidad a la interrupción legal del embarazo, supone que no deben existir obstáculos médico-burocráticos ni judiciales, ya que se pone en juego la salud de las mujeres. Aquellas situaciones que nieguen o dificulten la accesibilidad constituyen violaciones a los derechos de las mujeres.

Es preciso manifestar que la existencia de tales marcos normativos no garantiza que las mujeres accedan a la práctica, ya que muchas veces continúan afrontando situaciones en las que se les niega y obstaculiza la interrupción legal del embarazo, vulnerando así sus derechos sexuales y (no) reproductivos. Lo cual ha impulsado el accionar de los movimientos de mujeres en nuestro país, principalmente a la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, que desde hace años exige la aprobación de una ley de interrupción voluntaria del embarazo, ya

---

<sup>1</sup> El fallo confirma lo resuelto por el Tribunal Superior de la Provincia de Chubut que decidió favorablemente la solicitud de una joven de 15 años para interrumpir su embarazo producto de una violación. Con esta sentencia, la Corte reconoce la constitucionalidad del artículo 86 del Código Penal, que desde 1921, permite el aborto cuando está en peligro la vida o la salud de la mujer, o en caso de violación.

que el sistema judicial -de carácter patriarcal- y el sistema de salud, criminalizan a las mujeres que están resueltas a decidir sobre sus cuerpos.

En el mes de marzo de 2018, la Campaña presentó por séptima vez el proyecto de ley. Allí, se propone, entre otras cuestiones, que la práctica sea efectuada durante las primeras catorce semanas del proceso gestacional y además, se establece de manera explícita que

*“Toda mujer tiene derecho a interrumpir su embarazo en los siguientes casos: Si el embarazo fuera producto de una violación, con el solo requerimiento y la declaración jurada de la persona ante el profesional de salud interviniente. Si estuviera en riesgo la vida o la salud física, psíquica o social de la mujer, considerada en los términos de salud integral como derecho humano. Si existieren malformaciones fetales graves”* (Campaña, Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, 2018).

Por otro lado, consideramos pertinente establecer una clara distinción entre las concepciones de despenalización y legalización, ya que la principal demanda no es sólo la despenalización de la práctica, sino también su legalización. Siguiendo la postura de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito (2013), afirmamos que *“despenalización significa quitarle la pena a lo que actualmente está penalizado y contemplado como delito en el Código Penal (Art. 85)”*, teniendo presente que permite ciertas excepciones contempladas en el art. 86. Por ende, *“si se despenalizara, el aborto dejaría de ser un delito, pero su acceso gratuito y seguro no estaría garantizado”*. Con respecto a la legalización, *“significa diseñar, implementar y monitorear políticas públicas que garanticen su realización efectiva y segura en todos los niveles y subsistemas del sistema de salud”* (Campaña Nacional, 2013, párr.3). De esta manera, la fuerte lucha que se lleva a cabo es en pos de la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo.

No hay que perder de vista que la penalidad del acto de interrumpir un embarazo no es una barrera para su realización, pero sí para las condiciones en las cuales se lleva a cabo, ya que muchas veces, las mujeres acceden a circuitos inseguros donde ponen en riesgo sus vidas. Por ello, sostenemos que la situación actual del aborto en nuestro país se consolida como un problema de salud pública y también de justicia social. Es decir, que *“la penalización del aborto valida, de modo inadmisibles, un mercado clandestino que maneja cifras millonarias y que lucra con la vida, la salud y la autonomía de las mujeres”* (Centro de Estudios Legales y Sociales, 2015:47).

Es importante poner de relieve que la interrupción del embarazo en tanto práctica, se consolida como un negocio millonario. Las mujeres que no poseen los recursos y capitales necesarios para acceder a la interrupción del embarazo de manera privada/clandestina quedan cautivas de una maternidad obligatoria, quedando así de manifiesto que la libertad de decisión es una posibilidad sólo para algunas mujeres. Al respecto, Rosso (2007) sostiene que

*“El aborto se convierte en un problema de justicia social. Las mujeres que pueden acceder a la medicina privada reciben atención de buena calidad y no exponen su vida. Mientras que las mujeres sin recursos económicos apenas consiguen pagar a verdaderos improvisados, que*

*provocan la mayor parte de las complicaciones [...] La ilegalidad del aborto y la subsiguiente ausencia de la salud pública traen como consecuencia la proliferación de servicios clandestinos de alto riesgo, con personal sin entrenamiento y malas condiciones de asepsia” (p. 3).*

Otro factor que incide directamente y que expone a las mujeres a prácticas inseguras deviene de aquellas situaciones donde las/os profesionales de la salud se niegan a intervenir, apelando al ejercicio de la objeción de conciencia.

## **Objeción de conciencia ¿un derecho o un privilegio?**

Hay quienes sostienen que el ejercicio de la objeción de conciencia es un derecho que poseen las/os profesionales, es decir, *“es el derecho a no ser obligado a realizar acciones que contrarían convicciones éticas o religiosas muy profundas del individuo”* (Alegre, 2009:2). Ese derecho surge de la protección que la Constitución Nacional, en sus artículos 14 y 19, garantiza a la libertad de culto y de conciencia, siempre que no perjudiquen a terceros (Alegre, 2009).

Es fundamental visibilizar que la objeción de conciencia no se ejerce sólo sobre la interrupción legal del embarazo, sino que también incluye la anticoncepción de emergencia, el uso de preservativos, anticoncepción hormonal oral e inyectable, Dispositivo intrauterino (DIU), ligadura tubaria y vasectomía. Las/los profesionales de la salud pueden declararse como objetores de conciencia, aunque tal situación debe ser informada.

Diversos aportes nutren el amplio debate acerca de la objeción de conciencia como práctica de las/os profesionales de la salud. Así, Deza (2014) afirma que el derecho que poseen las/os profesionales refiere a la libertad de culto y que la objeción de conciencia como tal no es parte de los derechos fundamentales:

*“La objeción de conciencia como una situación que permite apartarse del cumplimiento de una obligación o que logra que se reconozca la posibilidad excepcional para eximirse de un deber, no es una prerrogativa que forme parte de los derechos fundamentales [...] Lo que sí existe es el derecho a profesar libremente un culto” (p.218).*

Además, el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” (2015) del Ministerio de Salud de la Nación, señala que la objeción de conciencia es siempre individual y no institucional. De esta manera, todos los efectores de salud deben garantizar el acceso a la interrupción del embarazo y, además, deben poseer recursos materiales y humanos para garantizar tal práctica. Las/os profesionales de la salud pueden declararse objetoras/es de conciencia, pero deben notificarlo a las autoridades del servicio de salud al inicio de sus actividades en dicho establecimiento o al momento de fijar los protocolos. En este marco, Manzano (2011), especialista en tocoginecología, expresa:

*“Si el límite de nuestra autonomía personal es el de no dañar a terceras personas, no deben permitirse objetores de conciencia en los servicios públicos ni privados de salud sexual y reproductiva, porque vulneran derechos de terceros [...] Si un funcionario público, como es el médico de un establecimiento refiere objetar los derechos sexuales y reproductivos de la población, entonces no podrá desempeñarse adecuadamente en la tarea para la que se lo requiere, porque su accionar es francamente discriminatorio contra: los derechos sexuales y reproductivos, el derecho a la salud e incluso el derecho a la vida de las mujeres que acuden a estos servicios” (p. 81).*

Siguiendo a Manzano (2011), Deza (2014) y Alegre (2009), consideramos que el ejercicio de la objeción de conciencia en materia de derechos sexuales y (no) reproductivos se constituye como una figura sexista y patriarcal. Según esas/os autoras/es, en la práctica se condena a las mujeres a la maternidad obligatoria, ejerciendo conductas paternalistas y estigmatizando a quienes no quieren ser madres o ya lo son pero en ese momento deciden no serlo. Desde esa perspectiva, la objeción de conciencia no puede comprenderse simplemente como la omisión de una práctica, sino que es equiparable a una acción que vulnera el derecho a la salud.

*“La distinción entre acción y omisión se atenúa en el caso de los profesionales de la salud [...] La omisión de quien ejerce el poder del que están investidos los profesionales de la salud es equiparable moralmente a una acción, en este caso una acción de obstrucción al ejercicio del derecho a la salud” (Alegre, 2009:13).*

Por ende, sostenemos que la objeción de conciencia no puede ni debe ser un obstáculo para el ejercicio pleno del derecho a la salud integral. Además, consideramos que el Estado, en su condición de laico, debe garantizar la atención, el acceso y el cumplimiento de los derechos, principalmente en lo que respecta a los derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres que acuden a los servicios de salud, más allá de las creencias religiosas y morales individuales de las/os profesionales de salud. De esta manera, creemos que el Estado debe resolver la tensión que genera el garantizar un derecho en detrimento de otros; de lo contrario, las mujeres quedarán relegadas como ciudadanas de segunda, en caso de que se priorice el derecho a la objeción de conciencia de las/os profesionales de la salud por sobre el derecho a la salud de las mujeres.

## **Organización de la Atención Primaria de Salud en Rosario**

En los fundamentos principales de la Atención Primaria de la Salud establecidos en la Declaración de Alma - Ata (1978), se expone que:

*“(…) la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación [...] Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Parr.7).*

Además, afirmamos que la Atención Primaria de la Salud

*“es el primer contacto con el enfermo-o el sano- con el complejo de servicios que deben estar a su disposición en la medida que ello sea necesario para resolver el problema de salud que presenta, de manera que una mejor forma de conceptualizar este servicio es como puerta de entrada al sistema de servicios de salud” (Testa, 1996:2).*

En la ciudad de Rosario, la organización de la Atención Primaria de Salud se inicia como parte de la política de descentralización llevada a cabo en los años ´90, mediante la cual se adopta la forma de organización distrital. De esta manera, la población es referenciada tanto para cuestiones burocráticas, como políticas, culturales y también para el acceso a la salud. Tal como hemos nombrado al comienzo del trabajo, la ciudad se encuentra distribuida en seis distritos: Oeste, Sudoeste, Sur, Centro, Norte y Noroeste.

La salud pública en Rosario se encuentra organizada en tres niveles de atención: el primer nivel está conformado por los centros de salud municipales, provinciales y algunos vecinales, los cuales se encuentran distribuidos estratégicamente en la ciudad y son considerados como el espacio de mayor resolutiveidad. El segundo nivel de atención está constituido por hospitales y, por último, el tercer nivel por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad.

La Municipalidad de Rosario, en su sitio oficial (2018), define al centro de salud como

*“el primer contacto que toman las personas con el sistema de salud público y donde se efectúan las primeras acciones de asistencia sanitaria, sus servicios están adaptados a las necesidades de la comunidad de cada barrio en particular. En él se realizan actividades de prevención, promoción y educación de la salud, como así también de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.” (Párr.1)*

De esta manera, la propuesta de Atención Primaria de la Salud conlleva la conformación de equipos interdisciplinarios para el abordaje integral de la salud. Los equipos de los centros de salud con los cuales hemos trabajado se encuentran conformados por diversas disciplinas como: medicina clínica, medicina general, pediatría, tocoginecología, psicología, trabajo social y enfermería.

Recuperamos los aportes de Amarante (citado por De Sousa Campos 2001) para analizar el trabajo en salud: *“si la enfermedad se coloca entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, exclusivamente clínica. Entonces, es el enfermo, es la persona el objetivo de trabajo, y no la enfermedad”* (p.73).

Pensamos que un trabajo interdisciplinario permite la conformación de lo que denominamos la clínica del sujeto, entendida como *“(…) una clínica centrada en los sujetos, en las personas reales, en su existencia concreta, inclusive al considerarse la enfermedad como parte de esta existencia”* (De Sousa Campos, 2001:75). Esta forma de pensar la clínica habilita el trabajo con las/os usuarias/os de los efectores de salud teniendo presente sus trayectorias, pertenencias a un contexto y trama determinada; y en lo que respecta a la salud sexual y (no) reproductiva, considera que sus decisiones se encuentran atravesadas por múltiples configuraciones que implican relaciones sexo-afectivas, deseos, planificación y organización familiar, relaciones de género, proyectos de vida, entre otras.

Consideramos que para abordar la salud integral, es pertinente desarrollar un trabajo interdisciplinario que permita superar una mirada y una intervención exclusivamente biologicistas, para reconocer a las personas como sujetos de derechos. Es a partir de allí donde podemos pensar la intervención del Trabajo Social.

## **¿Por qué pensar la intervención de Trabajo Social en situaciones de interrupción legal del embarazo?**

Para analizar la intervención de Trabajo Social ante las demandas de interrupción legal del embarazo recuperamos las estrategias desarrolladas por las/os trabajadoras/es sociales en los centros de salud. Además, consideramos que es primordial reconocer desde dónde nos posicionamos para intervenir y también interpelar de qué manera lo hacemos, ya que no existen protocolos de intervención, sino procesos interventivos, es decir, estrategias de intervención, que son aquellas que se construyen en cada situación y en el encuentro con otras/os.

De modo que *“pensar en términos de proceso nos aleja de la idea de intervención como conjunto de procedimientos disociados de la impronta social, político-económica y cultural de una época”* (Castro, 2013:21). Esa forma de mirar la intervención nos permite situar, y reconocer a las/os profesionales de Trabajo Social en términos socio-históricos; en palabras de Karsz (2006), *“el ejercicio profesional moviliza ciertos ideales, principios, valores: cada uno practica su profesión con ciertos intereses psíquicos y también, indisolublemente, inevitablemente, con ciertos posicionamientos ideológicos”* (p.23).

De allí que sea importante conocer y tensionar las estrategias desarrolladas por las/os profesionales de Trabajo Social ante las solicitudes de interrupción legal del embarazo, ya que esas intervenciones pueden contribuir a los procesos de autonomía de las mujeres, a que reconozcan su derecho a decidir sobre su vida y sus cuerpos; o por el contrario, puede limitar y cercenar dichos procesos.

En palabras de Cazzaniga (2009):

*“Nos debemos una vigilancia constante o en todo caso un trabajo de elucidación (pensar lo que hacemos y saber que pensamos) en relación a la visión teórica ideológica que poseemos como trabajadores sociales y cómo esta se materializa en esa acción con sentido” (p.1).*

Las/os profesionales de Trabajo Social tenemos ciertas obligaciones y además, una ética que regula nuestro accionar. Entonces, en relación a los procesos de interrupción legal del embarazo, sostenemos que es menester que las/os profesionales intervengan, deriven y garanticen la atención de mujeres que demandan interrumpir su embarazo.

A partir de lo enunciado, retomamos las voces de nuestras/os entrevistadas/os, quienes describen cómo se lleva a cabo el procedimiento de interrupción legal del embarazo y las diversas estrategias que desarrollan. Por un lado, hay quienes sostienen que si la situación ya está trabajada por sus compañeras/os, no intervienen, ya que puede ser invasivo para la mujer. De esta manera, uno de los entrevistados refiere: *“Depende quien deriva yo trabajo o no esas cuestiones, porque si ya están trabajadas de hecho o si ya están, porque uno tiene cierta empatía con los compañeros [...] entonces doblemente trabajar puede ser hasta invasivo para una mujer, en mi caso que se juega la cuestión masculina, cómo trabajar esas cuestiones preservando al otro, no moralizando (...)”* (Juan, registro de campo, 2016).

En relación a la empatía mencionada por Juan, nos preguntamos si se refiere a establecer ciertos marcos de trabajo ligados a posicionamientos ético-políticos compartidos con las/os compañeras/os. Destacamos que tales compañeras/os no pertenecen a la disciplina de Trabajo Social, ya que en los centros de salud, de manera general, existe sólo un cargo destinado nuestra profesión.

Por otra parte, las/os profesionales entrevistadas/os sostienen que participan de estos procesos si son “convocadas/os” por las/os médicas/os generalistas, principalmente, para trabajar *“qué tipos de soportes o redes de contención posee la mujer que decide interrumpir su embarazo, si se encuentra sola o acompañada o si es necesaria la convocatoria del movimiento ‘Socorristas en Red’<sup>2</sup>. Nos convocan también para trabajar las situaciones [...] cuestiones de cuidado, acompañamiento, contención, qué tipos de soportes, con o sin parejas, con o sin amiga, con o sin Socorristas, se trata de trabajar en sentido de soporte y acompañamiento”* (Juan, registro de campo, 2016).

Dicha estrategia permite revisar cuáles son los vínculos y/o redes con que cuenta cada mujer para garantizar que esté acompañada durante el proceso de aborto. De esa manera, podemos visualizar que la práctica se constituye como un conjunto de estrategias para el acceso a la interrupción legal del embarazo, llevadas a cabo por el trabajo social.

---

<sup>2</sup> Organización feminista que brinda información y acompaña en esos procesos. A partir de la difusión de números de celulares, las mujeres se comunican para pactar un primer encuentro de entrevista, los cuales suelen ser en espacios públicos como plazas, bares, ya que la idea es que algo ‘privado’, ‘silenciado’ se vuelva colectivo en el espacio público.

Otra de las estrategias que podemos reconocer se vincula con el acompañamiento de mujeres, principalmente para la realización de ecografías. Si bien existen equipos de salud que garantizan el acceso a la interrupción del embarazo, muchas dificultades se presentan a la hora de compatibilizar las lógicas de los distintos niveles de atención. Teniendo presente que gran parte de los centros de salud no poseen ecógrafos, las usuarias deben acudir al segundo nivel de atención. Y es ahí donde, muchas veces, según las/os trabajadoras/es sociales “no se respetan las decisiones de las mujeres”. En palabras de Irene: *“He participado en varios con las médicas, cuando las médicas ven que está complicada la mujer, que no pueden llegar a la ecografía, (me dicen) acompaña, andá a ver qué le preguntan, cubrila, porque hay cada uno, esos que hacen la ecografía, viste, porque son todos objetores”* (Registro de campo, 2016).

La referencia resulta enriquecedora a la hora de pensar esa estrategia, ya que se vincula con diversos aspectos de la temática. En primer lugar, retomamos la idea de “cubrir” como si se tratara de una práctica ilegal, quedando por fuera de las causales establecidas por el Código Penal. En segundo lugar, podemos ver que la tensión existente entre los diversos niveles de atención atraviesa la construcción de estrategias. En tercer lugar, advertimos sobre el enunciado *“acompañala, andá”* como un indicio preliminar de relaciones de jerarquía entre quienes ejercen funciones médicas y el resto de las/os trabajadoras/es, en este caso, las/os profesionales de Trabajo Social.

Retomando el aspecto vinculado a los diversos niveles de atención, complementamos lo analizado con las palabras de una de las trabajadoras sociales: *“Hay veces que el mismo sistema tiene fallas, fisuras y entonces al ecógrafo no le llegó el código o no leyó el código o no sabía por qué estaba eso escrito y le dice: ‘mirá mamá tu hijo’ [...] Es un gran esfuerzo que se hace compatibilizando las lógicas de los distintos niveles, porque no tenemos el ecógrafo acá, podemos tratar que sea el ecógrafo amigo y posibilitador”* (María, registro de campo, 2016).

Los equipos “posibilitadores” intentan garantizar y preservar las decisiones de las mujeres. Asimismo, como expresa nuestra entrevistada, el sistema tiene “fallas, fisuras”, ya que han ocurrido situaciones en donde las decisiones de las mujeres se vuelven endebletes ante profesionales que, a través de discursos y prácticas, direccionan a una maternidad obligada. De esta manera, el establecimiento de vínculos con las/os trabajadoras/es del segundo nivel, para garantizar que los servicios sean posibilitadores y amigables para las mujeres, se constituye como otra de las estrategias desarrolladas por los equipos para el acceso a la interrupción legal del embarazo.

Las/os trabajadoras/es sociales señalan y caracterizan a los equipos de salud como fragmentados, es decir, entre quienes garantizan el acceso a la interrupción legal del embarazo y quienes no, siendo los primeros equipos “posibilitadores”, mientras que los segundos, niegan la realización de la práctica en nombre de la objeción de conciencia. Tal como expresa una de las entrevistadas: *“formo parte del equipo posibilitador, nos llamamos [...] así como está el equipo objetor, nosotros somos el equipo posibilitador”* (María, registro de campo, 2016). Con respecto al procedimiento de atención en el centro de salud, aporta: *“Lo que tratamos de hacer cuando llega una consulta de estas características es tratar de agendar entrevistas como en la misma semana,*

*incluso superando la lista estricta de los turnos porque sabemos que no puede esperar o que no da lo mismo una semana más” (María, registro de campo, 2016).*

Siguiendo las palabras de la entrevistada, la importancia de no dilatar los tiempos es central. Consideramos que la realización de entrevistas, superando la “lista estricta de turnos”, se consolida como otra de las estrategias para garantizar que las mujeres decidan sobre sus cuerpos. Reconocemos, a su vez, la existencia de ciertos saberes profesionales en relación a la construcción de estrategias para el abordaje de la interrupción legal del embarazo, que se adquieren en la práctica. Tales estrategias se vinculan a un contexto determinado y al trabajo realizado con ciertas/os compañeras/os, a través del cual se construyen subgrupos de trabajo, y se establecen empatías, alianzas y, principalmente, se comparten posicionamientos ético-políticos.

En este apartado, hemos intentado realizar un primer acercamiento a la construcción de diversas estrategias desarrolladas por los equipos de los centros de salud para garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo. Entre esas estrategias podemos reconocer: la realización de entrevistas de manera inmediata, la empatía y/o compartir ciertos posicionamientos ético-políticos al interior de los equipos, el acompañamiento a la realización de ecografías como también establecer vínculos con las/os trabajadoras/es del segundo nivel para garantizar un trato respetuoso y amigable para las mujeres; reforzar los vínculos y/o redes con que cuenta cada mujer para garantizar que esté acompañada en el proceso.

## **Consideraciones finales**

A partir del recorrido realizado, ponemos en el centro del debate a la intervención del Trabajo Social, ya que ésta (sea por demanda directa, por derivación o trabajo con otras/os profesionales de la salud), puede tanto contribuir a los procesos de construcción de autonomía como a limitarlos. Participar de los procesos de interrupción legal del embarazo, trabajar los derechos sexuales y (no) reproductivos de manera conjunta con el equipo de profesionales, garantiza el acceso al derecho a la salud integral, es decir, en todas sus dimensiones: físicas, psíquicas y sociales.

Creemos que es allí, en ese trabajo interdisciplinario de consensos y conflictos, donde se corporizan los protocolos, leyes y políticas en materia de derechos sexuales y (no) reproductivos. Pensamos que la construcción y desarrollo de diversas estrategias pueden permitir y/o habilitar el real ejercicio de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos.

Siguiendo los registros de nuestro trabajo de campo, caracterizamos a los equipos de los centros de salud como fragmentados, entre “posibilitadores” y “objetores”. De esta manera, podemos afirmar, de manera inicial, que todo depende de la/el profesional a quien recurra la mujer, como también de las/os profesionales con los que cuente cada servicio de salud. Al respecto, son precisas las palabras de Aucía (Citada en La Tinta, 2016) cuando afirma que:

*“Las mujeres que recurren a los servicios públicos de salud alegando algunas de las causales que están permitidas en el Código Penal se encuentran con una diversidad de respuestas según el profesional que le toque. Es una cuestión de suerte. Y la salud y los derechos no pueden ser una cuestión de suerte porque están regulados y las leyes están para cumplirlas.”*  
(Párr.10)

Por ello, resulta fundamental el ejercicio de un pensamiento crítico que nos permita interpelar y problematizar nuestras prácticas, conocer desde dónde operamos, cómo nos posicionamos, qué ideales y teorías se ponen en juego en cada intervención, para enmarcar nuestro accionar en un proyecto ético-político garante de la interrupción legal del embarazo.

Siguiendo a Dosso (2015), recuperamos la importancia de realizar una acción reflexiva de las prácticas profesionales de los equipos de salud tendiente a la problematización y desnaturalización respecto a qué se debe hacer, cómo y para qué. Tal acción, *“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”* (Dosso, 2015; 9).

En esta línea, nos alejamos de perspectivas que se erigen como prácticas normalizadoras y/o moralizantes que abordan las situaciones desde un ‘sentido común’, desde un ‘deber ser y hacer’. Ya que es allí, en esa forma de intervenir, donde se soslaya el reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos, con capacidad de decisión y de proyectar (se).

Se han transitado innumerables e incansables debates y luchas hasta lograr que la interrupción legal del embarazo sea puesta en agenda pública. La lucha actual consiste en conquistar el derecho al “Aborto Legal, Seguro y Gratuito”, ya que consideramos que es la gran deuda de la democracia. Además, exigimos el cumplimiento del Estado laico y que se garanticen los derechos ya conquistados, como “educación sexual para decidir y anticonceptivos para no abortar.” Porque si algo tenemos que aprender de los movimientos de mujeres, y de lo cual estamos convencidas, es que los derechos no se mendigan sino que se conquistan.

## Referencias bibliográficas

**Brown, Josefina** (2007): “El aborto en Argentina, genealogía de una demanda”. *XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara.

**Castro, Susana** (2013): La construcción del problema en Trabajo Social: Reflexiones en torno a la comprensión y la singularidad de la dimensión familiar. En *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, N°6. Publicación de la Carrera de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UBA. Buenos Aires.

**Cazzaniga, Susana** (2009): *Intervención profesional: dimensiones constitutivas y constituyentes*. Ficha de Cátedra. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos.

**De Sousa Campos Gastao Wagner** (2001): *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Editorial Lugar, Buenos Aires.

**Deza, Soledad** (2014): La objeción de conciencia como herramienta de mayorías. En Deza Soledad, Álvarez Mariana e Iriarte Alejandra: *Jaque a la reina: salud, autonomía y libertad reproductiva en Tucumán*. Editorial Cienflores, Buenos Aires.

----- (2014) "Objeción de conciencia frente al aborto en Tucumán: Herramienta de Mayorías". En Tesis de Maestría "Género, Sociedad y Políticas", Prigepp-FLACSO.

**Karsz, Saúl** (2006): Pero ¿Qué es el Trabajo Social? En *La investigación en Trabajo Social*. Volumen V, Publicaciones post Jornadas. Paraná, Facultad de Trabajo Social-UNER.

**Levín, Silvia** (2009): Paradojas de ciudadanía y conflictos de género en la política pública Argentina. En *Revista Universitaria de Ciencias Sociales*, Temas y Debates N°18. Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales. UNR.

**Manzano, Stella** (2011): *¿Maternidad, celibato o muerte?* Inadmisibilidad de la Objeción De Conciencia en las leyes de Salud Sexual y Reproductiva. Trabajo Final para la Especialización en Medicina Legal. Universidad Salud.

**Rosso, Graciela** (2007): El aborto en la Argentina hoy. En *Revista Mora* N°13, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

**Testa Mario** (1996): Atención: ¿Primaria o Primitiva? de salud. En *Pensar en salud*. Lugar editorial, Buenos Aires

## **Fuentes electrónicas**

**Alegre, Marcelo** (2009a): "Opresión a conciencia: La objeción de conciencia en la esfera de la salud sexual y reproductiva". En *SELA (Seminario en Latinoamérica de Teoría Constitucional y Política)*, Papers 66. Recuperado de: [http://digitalcommons.law.yale.edu/yls\\_sela/66/?utm\\_source=digitalcommons.law.yale.edu%2Fyls\\_sela%2F66&utm\\_medium=PDF&utm\\_campaign=PDFCoverPages](http://digitalcommons.law.yale.edu/yls_sela/66/?utm_source=digitalcommons.law.yale.edu%2Fyls_sela%2F66&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages). Fecha de consulta: 04/05/17.

----- (2009b): "Objeción de conciencia y salud sexual y reproductiva". En *Despenalización.org.ar por la despenalización del aborto*, N°10, Junio. Recuperado de: [http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/hojas\\_informativas/10\\_alegre.pdf](http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/hojas_informativas/10_alegre.pdf). Fecha de consulta: 21/06/17.

**Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito** (2018): *Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Recuperado de: <http://www.abortolegal.com.ar/proyecto-de-ley-presentado-por-la-campana/> Fecha de consulta: 14/03/18.

**Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito** (24 de octubre de 2013): *Solo el aborto legal garantiza el derecho a decidir*. Recuperado de: <http://www.abortolegal.com.ar/solo-el-aborto-legal-garantiza-el-derecho-a-decidir/>. Fecha de consulta: 10/03/18.

**Centro de Estudios Legales y Sociales** (2015): *Diez razones para despenalizar y legalizar el aborto temprano*. Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.cels.org.ar/common/Diez%20razones%20para%20despenalizar.pdf>. Fecha de consulta: 04/02/18.

**Código Penal de la Nación Argentina**. Información Legislativa (Info Leg). Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. Argentina. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>. Fecha de consulta: 04/02/18.

**Dosso, Daniela** (2015): "Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo". Ensayo ganador del concurso FUSA. Recuperado de: <http://docplayer.es/50810776-Miradas-integrales-de-la-causal-salud.html>. Fecha de consulta: 17/05/16.

**Gebruers, Cecilia y Gherardi, Natalia** (2015): *El aborto legal en Argentina: la justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso "F.A.L."*. Serie Documentos REDAAS (Red de Acceso al Aborto Seguro), N°2, Abril. Argentina. Recuperado de: [www.redaas.org.ar](http://www.redaas.org.ar). Fecha de consulta: 20/06/17.

**La Tinta, periodismo hasta mancharse** (29 de Septiembre de 2016): El aborto es ilegal sólo para las mujeres pobres". Entrevista a Aucía, Analía. Recuperado de: <https://latinta.com.ar/2016/09/el-aborto-es-ilegal-solo-para-las-mujeres-pobres/>. Fecha de consulta: 19/11/17.

**Ley Nacional N° 26.529** "Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud". Información Legislativa (Info Leg). Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. Argentina. 19 de noviembre de 2009. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>. Fecha de consulta: 13/11/17.

**Ministerio de Salud de la Nación** (2015): Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo". Argentina. Recuperado de: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0tKKVrN4IDAJ:www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000875cntprotocolo\\_ile\\_octubre%25202016.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0tKKVrN4IDAJ:www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000875cntprotocolo_ile_octubre%25202016.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar) Fecha de consulta: 19/11/17.

**Municipalidad de Rosario** (2018): Centros de Salud. Recuperado de: <https://www.rosario.gov.ar/web/servicios/salud/centros-de-salud>. Fecha de consulta: 16/04/18.

----- (2016): Conformación y localización Distrito Oeste. Recuperado de: <http://www.rosario.gov.ar/web/ciudad/distritos/distrito-oeste/conformacion-y-localizacion-distrito-oeste>. Fecha de consulta: 03/08/16.

**Organización Panamericana de la Salud** (1978): Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>. Fecha de consulta: 17/02/18.

Organización Mundial de la Salud (1946): Preámbulo de Constitución. Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York, julio. Recuperado de: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf). Fecha de consulta: 13/11/17.

## **Cita recomendada**

**Julieta Debonis** (2018): «¿Cómo garantizar el derecho a la interrupción legal del embarazo? Una aproximación a la construcción de estrategias desde el Trabajo Social» [artículo en línea]. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 2, Nro. 3. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 199-214 [Fecha de consulta: dd/mm/aa]. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/21597>

ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

## **Sobre la autora**

**Julieta Debonis**

Argentina. Licenciada en Trabajo Social. Egresada de la Escuela de Trabajo Social, Facultad de Ciencia Política y RR. II., UNR. Correo electrónico: [julidebonis@hotmail.com](mailto:julidebonis@hotmail.com)