



**Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social**

**Título del documento: Abortar en pandemia : re-configuración de las estrategias de intervención del trabajo social en clave derechos sexuales y no reproductivos en un Hospital General de CABA**

**Autores (en el caso de tesis y directores):**

**Aldana Rocío Gassmann Martínez**

**Florencia Soledad Moralli**

**Victoria Imperatore, dir.**

**Marcela Pais Andrade, co-dir.**

**Datos de edición (fecha, editorial, lugar,**

**fecha de defensa para el caso de tesis: 2023**

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.  
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.  
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: [https://creativecommons.org/choose/?lang=es\\_AR](https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR)



**Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Sociales  
Carrera de Trabajo Social**



**Trabajo de Investigación Final  
Tesina de grado  
Área de investigación: Salud sexual y no reproductiva**

**Abortar en pandemia:  
Re-configuración de las estrategias de intervención del Trabajo  
Social en clave derechos sexuales y no reproductivos en un  
Hospital General de CABA**

Autoras: Gassmann Martínez, Aldana Rocío (DNI 40.643.541)

[aldanagassmartinez@gmail.com](mailto:aldanagassmartinez@gmail.com)

Moralli, Florencia Soledad (DNI 37.114.045)

[flopi.moralli@gmail.com](mailto:flopi.moralli@gmail.com)

Tutoras Temáticas: Victoria Imperatore ([vicky.impe@gmail.com](mailto:vicky.impe@gmail.com))

Marcela Pais Andrade ([maky2007@gmail.com](mailto:maky2007@gmail.com))

Seminario TIF/Tesina: Primer Cuatrimestre 2022

Fecha de presentación: 02 de Noviembre de 2023

## **Agradecimientos**

A nuestra familia de sangre y a la que hemos construido con los años. En especial a nuestros abuelos, quienes nos han acompañado en vida y han marcado nuestros primeros pasos. Al abrazo entrañable de mi nono Enrique y mi nona Benedita a quienes dedico este logro. A mis abuelitas, Lala y Norma, de quienes recibí el amor más inmenso y me han hablado de feminismo sin saberlo.

A nuestros viejes quienes han sabido motivarnos a seguir aprendiendo, y gracias a quienes pudimos transitar nuestros caminos académicos por su apoyo en todo sentido.

A nuestros novios, Fer e Iván, refugio y trinchera que han sabido acompañar y sostenernos con amor y ternura, en las buenas y en las malas mucho más.

A nuestros amigos que han sido luz y guía, leales y gambas, que se bancaron la suspensión de encuentros y han sabido transformar eso en aliento incesante.

A nuestras tutoras, Marcela Pais Andrade y Victoria Imperatore, quienes nos dieron las herramientas para crear un horizonte cada vez más cercano, con sus consejos y apoyo. Por su inagotable saber.

A todas nuestras entrevistadas, trabajadoras sociales de la salud pública, que nos brindaron su tiempo y el aporte inigualable de profesionales cuya capacidad de readaptación nos motiva y nos emociona.

A la universidad pública, gratuita y de calidad que nos formó todos estos años, especialmente a nuestra querida Facultad de Ciencias Sociales. A aquellos docentes que contra todo pronóstico hicieron que la Facultad se mantuviera siempre de pie, incorporando en nosotras una perspectiva transfeminista como bandera de lucha. Que nos enseñaron que la crítica es necesaria, que no aceptemos lo dado como único destino y que nuestras manos sean las manos de le otre.

Sobre todo, este trabajo es para aquellas personas que ya no están porque fueron víctimas del desamparo y la desprotección, de instituciones punitivas y patriarcales que las condenaron a un aborto clandestino, que han sangrado hasta morir, que han sufrido la desidia y el abandono. A quienes han podido gritar aunque les taparan la boca, a quienes han podido escribir y a las que escriben por otros, porque en ellos nos encontramos nosotras y porque sabernos acompañadas también nos hace más libres, que lo demás no importa -en palabras de San Martín, libertador de nuestra patria.

Y que hoy y para siempre, al aborto clandestino no volvemos Nunca Más.

**Título:** *“Abortar en pandemia: Re-configuración de las estrategias de intervención del Trabajo Social en clave derechos sexuales y no reproductivos”*

**Autoras:** Gassmann, Aldana ([aldigassmann@gmail.com](mailto:aldigassmann@gmail.com)) y Moralli, Florencia ([flopi.moralli@gmail.com](mailto:flopi.moralli@gmail.com))

**Fecha de presentación:** 02/11/2023

**Resumen:**

Este Trabajo de Investigación Final aborda la problemática de las interrupciones del embarazo desde la perspectiva transfeminista en el marco de los procesos de reorganización institucional a causa de la pandemia por Covid-19. Toma como caso de estudio el equipo de trabajadoras sociales de un Hospital público de CABA, que ha acompañado situaciones de interrupciones legales del embarazo en un escenario de crisis socio-sanitaria. Las profesionales llevaron adelante estrategias de cuidado colectivo que les han permitido sostener la atención de la demanda en el Servicio Social, así como disputar sentidos y discursos contruidos en torno a las personas con capacidad de gestar en dicho efector. A su vez, el escrito plantea un análisis sobre las percepciones y significaciones de las entrevistadas sobre su ejercicio profesional a partir del proceso de institucionalización de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo aprobada en diciembre del año 2020. El objetivo que orientó la investigación fue conocer sobre la reorganización de las competencias disciplinares del Trabajo Social en el abordaje de la dimensión social de la interrupción del embarazo, en función de los condicionantes institucionales que operan a partir de la implementación del nuevo marco normativo. Para ello, utilizamos una metodología cualitativa que permitió, mediante la construcción y análisis de los datos de las entrevistas semi-estructuradas, fotografías tomadas y lectura de documentos públicos, explorar y desentrañar la complejidad de la intervención social en el campo de la salud sexual y (no) reproductiva. Asimismo, este enfoque posibilitó profundizar en las perspectivas de las propias trabajadoras sociales acerca del reconocimiento de la profesión en relación a la problemática del aborto. Las referencias teóricas en las cuales nos apoyamos refieren a conceptualizaciones sobre la política pública (Incháustegui, 1999; Brown, 2008; Shore, 2010; Guzmán y Montaña, 2012; Anzorena, 2013), la integralidad como abordaje de las interrupciones del embarazo (Dosso, 2017) y las estrategias de intervención (Iamamoto, 2002; Mallardi, 2013, 2017; Cruz et. al. 2014) en el campo de la salud (Bourdieu, 1993; Menéndez, 1988; Spinelli, 2010).

**Palabras clave:** aborto - trabajo social - campo de salud - estrategias de intervención

# **ÍNDICE**

## **Introducción**

Presentación del tema

Aspectos metodológicos

Resguardos éticos

Antecedentes

Estructura del trabajo

## **Capítulo I. Aborto en el Hospital: reorganización de la dinámica institucional en contexto de pandemia**

1.1 Recuperando la historicidad de la interrupción legal del embarazo: las luchas por los derechos sexuales y no reproductivos

1.2 Aproximación a los discursos y las miradas en torno a la práctica de la interrupción legal del embarazo en el campo de la salud

1.3 Acceso a un lugar como derecho: desafíos en el contexto de pandemia

## **Capítulo II. Reorganización del Servicio Social: construcción de estrategias de cuidado como respuesta a la pandemia**

2.1 Recorrido del equipo de ILE en el Hospital G.

2.2 Trabajadoras Sociales reorganizadas por el derecho al Aborto Legal, Seguro y en el Hospital

2.3 Acuerdos y negociaciones: relación entre las incumbencias profesionales y las condiciones institucionales en tiempos de crisis socio-sanitaria

2.3.1 Disputas de sentidos entre el modelo médico hegemónico y el abordaje de lo bio-psico-social: una mirada desde la integralidad

## **Capítulo III. Institucionalización de la Ley IVE en pandemia: desde el interés individual a la obligación profesional**

3.1 “En cada esquina en la ciudad vas a encontrar pañuelos verdes”: el deseo convertido en derecho

3.2 Efectos ¿no deseados? de la implementación de la Ley IVE en el ejercicio profesional

## **Conclusiones**

## **Referencias Bibliográficas**

## **Anexos**

## Introducción

### Presentación del tema

El presente trabajo es el Informe Final de Investigación desarrollado en el marco de la asignatura “Seminario de Trabajo de Investigación Final” de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de Buenos Aires (UBA). El trabajo de campo de esta investigación se ha llevado a cabo entre los meses de octubre y noviembre del año 2022 en el Servicio Social de un Hospital<sup>1</sup> General ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (de aquí en adelante CABA). Dicho Servicio está conformado por trabajadoras sociales distribuidas entre el equipo de atención materno infanto-juvenil y el equipo de atención de adultos<sup>2</sup>, quienes a su vez articulan con el área programática del efector donde se incluyen a los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°22 y N°38.

En cuanto a la ubicación geográfica del Servicio Social, se describe su locación en analogía con los aportes de Pierre Bourdieu (1993). Si consideramos al Hospital en tanto institución de salud como un espacio social, podemos definirlo como *“uno de los lugares donde se afirma y ejerce el poder”* (1993:122) y, por tanto, expresa jerarquías y distancias sociales. Este espacio físico, indica el autor, puede ser caracterizado por *“su posición relativa con respecto a los otros lugares”* y por la distancia que los separa. De este modo, la ubicación del Servicio Social respecto de todo el Hospital G. podría reflejar simbólicamente la posición que ocupa nuestra profesión en la disputa de sentidos, bienes y servicios que se hallan distribuidos en dicho espacio. En otras palabras, su posición en el espacio geográfico anuncia la jerarquización de saberes que caracteriza al modelo médico hegemónico predominante. Este modelo de atención centrado en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades físicas, coloca el foco en aspectos biológicos y patológicos de la salud, prescindiendo de los factores sociales, psicológicos y culturales que también influyen en el bienestar de una persona. Para ingresar al Servicio Social se debe caminar hasta un edificio alejado de la entrada al Hospital G., sin carteles de señalización y próximo al Pabellón del Servicio de Salud Mental<sup>3</sup>. Se ingresa a través de una rampa, donde su puerta de chapa pintada de blanco con una ventanilla en la parte

---

<sup>1</sup> Por confidencialidad, resguardamos el nombre de la institución y será denominado como “Hospital G.”.

<sup>2</sup> En cuanto al uso del lenguaje inclusivo no-binario a lo largo del presente trabajo de investigación, emplearemos la letra “e” y la “x” (según corresponda para facilitar la lectura), a fin de visibilizar el amplio abanico de identidades de género que tienen capacidad de gestar, en lo que a este informe final respecta. Esta decisión se encuentra amparada por la Resolución (CD) N°1558/19 de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

<sup>3</sup> Ver Anexo N° 1.

superior, suele estar abierta. Al ingresar hay una sala donde hallamos la administración y recepción de las personas, un ascensor deteriorado con puertas trabadas, dando un aspecto solitario. En el segundo piso hay varios consultorios, depósitos de archivos y al fondo del pasillo se encuentra el Servicio Social (ver fotos en Anexo). Cabe resaltar que el mismo se encuentra muy próximo a la morgue del Hospital G., con lo cual la constante de “ver pasar los cadáveres” -tal como mencionan algunas entrevistadas- conlleva cierta naturalización de la muerte, sumado a la cercanía y los fallecimientos a causa del Covid-19.

En el transcurso de los años 2020 y 2021, las trabajadoras sociales que formaron parte del trabajo de campo desplegaron sus diversos saberes y estrategias de intervención para que las personas con capacidad de gestar<sup>4</sup> pudieran acceder a sus derechos sexuales y (no) reproductivos que, en palabras de Martha Rosenberg (2020), *“se refieren a las demandas creadas por necesidades radicales, cuya satisfacción reclama transformaciones profundas de las relaciones sociales en las que surgen y se subjetivan”* (2020:264). Esta noción permite reflexionar no solamente sobre el ejercicio de la sexualidad libre de coerciones y la autonomía de las decisiones reproductivas, si no también sobre aquellos aspectos de la realidad social que nuestra profesión puede problematizar a través de su intervención.

El tema de investigación del presente trabajo es la salud sexual y (no) reproductiva, enfocándose en la reconfiguración de las estrategias desplegadas por el Servicio Social en el abordaje de las Interrupciones Legales del Embarazo (de aquí en adelante ILE) durante los años 2020-2021. El propio interés por este tema surge de nuestra inserción en la militancia transfeminista<sup>5</sup> y las experiencias de las prácticas pre-profesionales, trayectos en los cuales nos interiorizamos en materia de derechos de las mujeres y disidencias sexuales. Si bien al interior del movimiento transfeminista hay un consenso demostrado a favor del derecho al aborto, en otros sectores de la sociedad sucede lo contrario: la Iglesia - su tangente conservadora-, el movimiento social “Con mis hijos no te metas”, y funcionarios políticxs vinculados a intereses conservadores, se posicionan de una forma punitiva, persecutoria y criminalizadora de la práctica del aborto, lo que conlleva consecuencias cuando se reproducen en el sistema de salud.

---

<sup>4</sup> Se hace referencia a las personas que solicitaron una interrupción del embarazo como “personas con capacidad de gestar” entendiendo que no toda persona que porta útero es mujer cis (es decir que su género coincide con su sexo biológico), sino que los varones trans y personas no binarias también pueden gestar.

<sup>5</sup> Entendemos que el feminismo está conformado por varias corrientes o movimientos, siendo uno ellos el transfeminismo. Dicha corriente convoca tanto a las mujeres cis (cuyo sexo biológico e identidad de género coinciden) como a las personas transexuales, transgénero y no binarias. Nuestro posicionamiento es opuesto a la corriente feminista denominada TERF (Trans Exclusionary RadFem) que excluye a personas trans bajo la premisa de que sólo son mujeres aquellas que nacieron biológicamente con útero.

Para ejemplificar lo mencionado, recuperamos una nota del diario Infobae donde se menciona que la Federación de Asociaciones Educativas Religiosas de la Argentina (FAERA) manifestó su rechazo a que se imponga la enseñanza del aborto como opción y exhortó a no privar a los estudiantes de “la perspectiva evangélica de la vida, ayudando a comprometerse y asumir la vida como viene”<sup>6</sup>. Además, el Secretario de Salud de la localidad de Viamonte expresó al diario que *“la realidad es que hay un aparato muy fuerte con el que se intenta instalar el aborto como una práctica común y corriente y como un método anticonceptivo. Se quiere caer sobre todo un colectivo médico y forzarlo a realizar esta práctica. (...) Hay un colectivo minoritario que lo promueve como si fuese lavarse los dientes”*. Estos dichos denotan la resistencia por ciertos grupos del área médica en torno al debate por el aborto a nivel nacional, cobrando aún más fuerza con la sanción de la nueva ley en el 2020. Se trata de discursos que excluyen la posibilidad de pensar la práctica como un problema de salud pública frente al cual el Estado debe dar una respuesta mediante su política pública. Esto no significa que las resistencias de quienes se oponen a la despenalización del aborto desaparezcan si no que, hoy en día, el Trabajo Social cuenta con una herramienta jurídico-normativa más dentro del campo de salud para garantizar el ejercicio del derecho de las personas con capacidad de gestar.

En este sentido, la pregunta que orientó esta investigación es *“¿cómo se reconfiguraron las estrategias de intervención del Trabajo Social en torno a la implementación del nuevo marco normativo que regula las interrupciones del embarazo, en el contexto de las condiciones sanitarias impuestas por la pandemia de Covid-19 en el Hospital G. de CABA?”*. Este interrogante surge de la búsqueda por conocer las formas en las que se organizaron las trabajadoras sociales -en una coyuntura de crisis sociosanitaria como fue la pandemia por covid 19- para garantizar el acceso a las ILE, teniendo en cuenta asimismo la aprobación del nuevo marco regulatorio a fines del año 2020 que legalizó las interrupciones voluntarias del embarazo, considerando sus implicancias en el propio ejercicio profesional.

En función de la pregunta planteada, nos propusimos como objetivo general conocer sobre la reorganización de las competencias disciplinares del Trabajo Social en el abordaje de la dimensión social de la interrupción del embarazo, en función de los condicionantes institucionales que operan a partir de la implementación de la Ley N° 27610 de Interrupciones Voluntarias y Legales del Embarazo (de aquí en adelante Ley IVE), durante los años 2020-

---

<sup>6</sup><https://www.infobae.com/sociedad/2021/03/25/los-abogados-estamos-recibiendo-infinidad-de-consultas-sobre-la-objecion-de-conciencia-ante-el-aborto/>

2021 en el Hospital G. Los objetivos específicos definidos fueron: (I) Indagar sobre los recursos institucionales en torno al acceso a la ILE a partir de la lectura de informes públicos, protocolos y entrevistas semi-estructuradas a las profesionales del Servicio Social en el marco de las condiciones sanitarias impuestas por la pandemia de Covid-19; (II) Caracterizar las estrategias de intervención desplegadas por el equipo profesional del Servicio Social en torno al cumplimiento de la ILE durante el periodo 2020-2021, a partir de entrevistas semi-estructuradas a las profesionales que forman parte del mismo; (III) Caracterizar los efectos de la institucionalización de la Ley IVE en el ejercicio profesional del Servicio Social a través de entrevistas semi-estructuradas a las trabajadoras sociales.

A su vez, la elección del problema encuentra su fundamento en la escasa información y análisis de los datos estadísticos tanto del Ministerio de Salud de Nación (de aquí en adelante MSAL Nación) como por parte del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (de aquí en adelante GCBA) respecto al acceso al aborto en los efectores públicos de salud. Ello denota la necesidad de construir conocimiento acerca de estos nuevos escenarios que planteó la institucionalización de la Ley IVE en el transcurso de una crisis socio-epidemiológica. Al respecto, De Souza Minayo (2003) sostiene que *“nada puede ser intelectualmente un problema si no hubiera sido en primer lugar, un problema de la vida práctica. Las cuestiones de la investigación están por lo tanto, relacionadas a intereses y circunstancias socialmente condicionadas”* (2003:5). Retomamos las palabras del autor para hacer hincapié en que problematizamos el desconocimiento sobre las formas en que se implementaron medidas para garantizar el acceso y derecho a las ILE, sobre todo en un contexto de emergencia debido a la pandemia, y además, siendo una práctica que se desarrolla en el ámbito de la salud.

En el contexto de crisis pandémica, que trajo aparejadas ciertas problemáticas exacerbadas, las cuales atraviesan a la población destinataria de dicha política pública. Una de las principales problemáticas fue el crecimiento exponencial de múltiples expresiones de violencia; por ejemplo, las denuncias por casos de violencia de género aumentaron un 39% en Argentina durante la cuarentena por el coronavirus<sup>7</sup>. En la Ciudad de Buenos Aires el Gobierno registró en 2021 más de 63.000 llamados a la línea 144<sup>8</sup> y, respecto a los abusos de las infancias, se registró que un 26% de los casos atendidos por Asistencia a la Víctima son situaciones de

---

<sup>7</sup><https://news.un.org/es/story/2020/04/1473082#:~:text=Las%20denuncias%20por%20violencia%20de,se%20han%20producido%2019%20feminicidios>

<sup>8</sup><https://buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/noticias/violencia-de-genero-la-ciudad-de-buenos-aires-registro-mas-de>

abuso sexual infantil, según informó a Télam la directora de Acceso a la Justicia y Asistencia a la Víctima de la Provincia de Buenos Aires, Lucía Iañez<sup>9</sup>. Por otro lado, las detenciones arbitrarias y la violencia institucional por parte de las Fuerzas de Seguridad han dificultado la movilidad de las personas que deseaban interrumpir un embarazo hacia los efectores de salud correspondientes. Ello a su vez es corroborado por un informe emitido por el Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde se registran casos de atropellos contra mujeres. Un ejemplo fue el de una mujer que había salido de su vivienda para realizar en la Oficina de Violencia Doméstica de la Corte Suprema de Justicia una denuncia por violencia de género; fue detenida y amenazada por la Policía de la Ciudad con separarla de sus hijos por estar en la calle<sup>10</sup>. Por último, la incapacidad de contención por parte del Hospital G. causado por el desbordamiento del sistema de salud ha sido señalado en varios medios de comunicación, y en una nota de la Revista de ATE se describe que *“el cansancio del personal y la falta de equipamiento también es la mayor preocupación que se comparte con el resto de las jurisdicciones”*<sup>11</sup>. A su vez, las entrevistas a varios profesionales de la salud en el diario de Página 12 describen que había *“16 pacientes “respirados” (con asistencia mecánica) internados, y 8 leves. Quedan cuatro respiradores, pero no hay recursos humanos para manejarlos”*<sup>12</sup>. Dicho colapso del sistema de salud en todo el país generó que la atención de las personas que solicitaban una interrupción del embarazo se viera complejizado, siendo uno de los ejes que se trabajará en el capítulo uno en el apartado que describe la articulación entre el Protocolo Covid-19 -medidas tomadas por la institución- y el Protocolo ILE.

Recuperando las palabras de Mercedes Contreras et. al. (2021), quienes forman parte de un dispositivo que ha sostenido la atención de ILE en La Plata, mencionan en base a su experiencia profesional que la pandemia:

“Nos obliga a revalorizar la lucha histórica por instalar el derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, y responder con estrategias profesionales y colectivas acordes a una cierta oportunidad política: sostener que la atención de ILE es siempre una

---

<sup>9</sup> <https://www.telam.com.ar/notas/202108/565167-pandemia-mujeres-asistencia-coronavirus-provincia-buenos-aires.html>

<sup>10</sup> <https://www.mpdefensa.gob.ar/comunicacion/mas-noticias/informe-del-mpd-violencia-institucional-durante-la-cuarentena>

<sup>11</sup> <https://www.atejunin.com.ar/25158/el-sistema-de-salud-en-argentina-pasa-por-el-peor-momento-de-la-pandemia.html>

<sup>12</sup> <https://www.pagina12.com.ar/344156-en-los-hospitales-de-caba-el-colapso-ya-llego>

urgencia, que requiere una atención integral y desburocratizada, pero sobre todo feminista”. (p. 60)

Dicha oportunidad política que mencionan las autoras se habilita debido a que la práctica del aborto está instalada en la agenda pública y coincide con la decisión política del MSAL de decretar en los inicios de la pandemia que las ILE continuaban siendo una práctica de salud de carácter esencial<sup>13</sup>. Esto quiere decir que les profesionales que abordaban las interrupciones del embarazo quedaban exceptuados del cumplimiento del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (de aquí en adelante ASPO)<sup>14</sup> y debían seguir garantizando la continuidad en la atención de este derecho. Asimismo, se elaboraron recomendaciones para la atención de los servicios de salud sexual por parte de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) hacia los diferentes efectores provinciales<sup>15</sup>. Este aporte es recuperado para fundamentar lo relatado por las entrevistadas sobre la importancia de la atención por parte del Hospital G. que, al momento de intervenir con una ILE, ha primado lo vinculado con el Covid, los cuidados por la pandemia y la readaptación institucional.

### **Aspectos metodológicos**

Con motivo de llevar a cabo la presente investigación, hemos adoptado una metodología de tipo cualitativo la cual posibilitó indagar en el punto de vista de las agentes sociales -las profesionales del Servicio Social del Hospital G.- así como recuperar los significados atribuidos a su propia práctica y su posicionamiento ético-político en torno a la ILE. En consecuencia, nos propusimos comprender los procesos de reconfiguración de las estrategias de intervención en el contexto de emergencia socio-sanitaria y de implementación del nuevo marco que regula las IVE.

La metodología utilizada nos permitió relacionar y/o tensionar la información recabada en el trabajo de campo con material teórico y bibliográfico que hemos recuperado de nuestro trayecto académico y otras fuentes primarias tales como las entrevistas semi-estructuradas a los trabajadores sociales del Servicio Social y, por otro lado, las notas de campo tanto de la observación del espacio como del momento de las entrevistas. A su vez, retomamos

---

<sup>13</sup> Decreto Nacional de Urgencia (DNU 297/2020 del Poder Ejecutivo Nacional. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=335741>

<sup>14</sup> A partir de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la emergencia de la pandemia, el Gobierno Nacional estableció mediante el Decreto 297/2020 restricciones en la circulación de personas, el cierre de establecimientos educativos y el cese de todas las actividades públicas y privadas, salvo aquellas consideradas esenciales. Ver en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

<sup>15</sup> [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/recomendaciones-salud-sexual-covid-19-nota-1\\_0.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/recomendaciones-salud-sexual-covid-19-nota-1_0.pdf)

información correspondiente a trabajos documentales tales como notas periodísticas, documentos gubernamentales y legislación de nuestro país. Entre ellos mencionamos: la Ley N° 11.179 del Código Penal (Artículo 86); Ley N° 25.673 del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Ley N° 26.485 de Violencia Contra la Mujer; Ley Nacional Micaela N° 27.499; Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072; Ley de Residuos Patogénicos de CABA N° 154; Ley de Salud Mental N° 26.657; Ley de Ejercicio de la Enfermería de CABA N° 298; y la Ley de Interrupciones Voluntarias y Legales del Embarazo N° 27.610. Respecto a los informes elaborados por efectores estatales indagamos en el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (2019); el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (actualización 2021); el Informe Impacto de la Pandemia COVID-19 y respuestas adaptativas de los servicios de salud para garantizar los derechos de salud sexual y reproductiva (2020); el Informe de Salud Sexual y Reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires: Situación y respuesta (actualizaciones 2019-2020-2021), y el Informe Covid-19 y recomendaciones para la implementación de hospitales de campaña en contexto de Pandemia (2020). Los mismos nos permiten profundizar en los condicionantes coyunturales que han atravesado el campo de salud y, por tanto, el abordaje de las interrupciones del embarazo en pandemia. Esta información es de carácter complementario a la hora de analizar la dinámica hospitalaria donde se realizó la investigación a partir de decretada la emergencia epidemiológica por Covid-19.

Asimismo, la flexibilidad que caracteriza esta metodología habilita un dinamismo entre la experiencia, la acción y el desarrollo de la teoría (Mendizábal, 2006). En este sentido, nos hemos propuesto visibilizar las dimensiones complejas de la realidad social en este trabajo, al mismo tiempo que han aparecido aspectos novedosos en la investigación. Nos convoca reflexionar como mujeres cis, estudiantes y futuras profesionales de Trabajo Social, investigadoras de este campo que refiere a la salud sexual, a la salud reproductiva y no reproductiva, siendo las entrevistadas mujeres y trabajadoras sociales que, al momento de relatarnos las experiencias que atravesaron en la pandemia, nos interpela la construcción de un posicionamiento político y profesional con una perspectiva integral, capaz de poder incluir las aristas de la vida cotidiana de las personas que solicitaban una interrupción de su embarazo. Por consiguiente, a través del trabajo de campo, pudimos indagar en el proceso de institucionalización de la Ley IVE, a partir del cual podemos visibilizar que la existencia de una política pública no culmina en su aprobación, sino que requiere de un monitoreo, un seguimiento de su aplicación, efectores que puedan registrar los hechos de violencia efectuados

por, en este caso, les profesionales de la salud, entre otras cuestiones que intentaremos abordar en este trabajo. A su vez, hemos intentando encontrar fuentes estatales y de otros organismos que hayan podido relevar estos casos, siendo en este momento los relatos de las entrevistadas nuestra fuente principal. Como futuras trabajadoras sociales, entendemos que las políticas públicas son el reconocimiento de las necesidades y demandas que la sociedad expresa en un momento y tiempo determinado, y que su implementación requiere de recursos tanto humanos como presupuestarios, y el contexto de pandemia nos sigue enseñando y generando espacios de intercambio para que todas las personas puedan tener sus derechos garantizados.

Si bien nos habíamos propuesto inicialmente cuatro objetivos específicos, con el propio desarrollo del trabajo de campo advertimos que el objetivo N°4 de “describir el perfil de la demanda que solicita ILE a través del relato de las trabajadoras del Servicio Social durante el período 2020-2021”, no era pertinente a los fines del objetivo general de la investigación, así como tampoco fue posible obtener información estadística pública, ni tampoco por parte de las entrevistadas o del Hospital G. Esto nos condujo a tomar la decisión de no considerar el perfil de la demanda como un objetivo específico en sí.

En cuanto a las herramientas para la recolección de datos, llevamos a cabo cinco entrevistas semi-estructuradas a las trabajadoras sociales en el salón materno-infantil del Servicio Social del Hospital G. entre octubre y noviembre de 2022. La extensión de las entrevistas fue entre 45 y 60 minutos de duración y, cabe destacar que el lugar donde se realizaron las mismas era sumamente concurrido debido a que estaban otros boxes donde atendían otras trabajadoras sociales. Esto implicó que hubiera interrupciones, ruidos fuertes de fondo, y consideramos que hubiese sido mejor un espacio más privado donde las entrevistadas se sintieran más cómodas para responder. Además, el horario de las entrevistas fue en la jornada laboral de las profesionales, recibiendo llamadas telefónicas varias de ellas, así como también notamos que una entrevistada estuvo muy apresurada y preocupada por una reunión que, al momento de enterarse que se había pospuesto, se la notó mucho más tranquila y distendida para poder seguir con la entrevista. Por otro lado, cabe resaltar que el Servicio está conformado por un total de ocho trabajadoras sociales, pero sólo cinco de ellas han intervenido en interrupciones del embarazo en este escenario institucional entre los años 2020-2021, y a ello se debe la cantidad de entrevistas realizadas.

La entrevista se construyó en dos momentos: en un primer eje las preguntas buscaban conocer sobre la organización del Hospital G. durante el período de pandemia, los recursos que

el mismo proveyó para la prevención de los contagios, la aplicación de los protocolos y disposiciones para los cuidados, así como también la percepción de las entrevistadas sobre los discursos y miradas de otros servicios en torno a la ILE que operaron en la atención de la demanda, tomando en consideración la sanción de la Ley de IVE y su implementación en la dinámica institucional; el segundo eje consistió en indagar acerca de las estrategias de intervención desplegadas por las entrevistadas en dicho contexto y las implicancias que la ley trajo aparejadas tanto al interior del equipo como en el ejercicio profesional de cada una. Para sistematizar la información recuperada de las entrevistas, desgrabamos las entrevistas y fueron incluidos los registros de campo. Luego confeccionamos un Excel que fue dividido según las temáticas utilizadas en cada capítulo, para efectivizar la búsqueda de palabras claves y allí recuperar citas de las entrevistas.

### **Resguardos éticos**

Previamente a realizar las entrevistas a las distintas trabajadoras sociales de este efector de salud, las mismas han firmado un acuerdo de consentimiento informado en donde se les compartió los objetivos de la presente investigación, así como se les notificó la voluntariedad en la participación y el carácter confidencial de la información recabada. Asimismo, se les garantizó la preservación del anonimato, refiriéndonos a ellas con la abreviatura “T.S.” - trabajadora social- acompañada de un número según el orden temporal en que realizamos las entrevistas: TS1, TS2, TS3, TS4 y TS5. Es parte de nuestra responsabilidad, como investigadoras, la preservación y el cuidado de los datos que puedan asociarse a personas reales. Por último, se les garantizará a las entrevistadas el acceso a los resultados finales en caso de que lo solicitaran.

### **Antecedentes**

En cuanto a los antecedentes en investigaciones previas que forman parte del estado del arte del presente trabajo, encontramos interesantes los aportes de Stortini et al. (2021) donde aborda las situaciones de ILE, en tanto objeto de intervención profesional, desde la experiencia del Hospital Pirovano en CABA y en pleno auge del debate por el proyecto de la Ley IVE. Esta investigación resalta el aumento sostenido de la demanda de ILE durante agosto 2019 y abril 2020, observando que el área programática del hospital pasó de dar acceso a 2 situaciones en el 2016 a 671 situaciones en el 2019, lo que representa el 8% de las situaciones asistidas en la ciudad para dicho año (Weller, 2020 en Stortini et. al. 2021:95). A su vez, este trabajo de investigación es destacable ya que analiza la importancia de la Causal Salud Integral,

herramienta jurídica mencionada en los relatos de las trabajadoras sociales entrevistadas, entendida como una construcción tan singular como la persona que solicita una interrupción de su embarazo. Por último, recalcan la importancia de ser trabajadoras de la salud que intervienen con las ILE, expresando la complejidad de *“la lucha diaria por el reconocimiento de la libertad y autonomía de las personas gestantes, en las decisiones que refieren a su cuerpo y su capacidad reproductiva”* (2021:101), así como también lo expresan las trabajadoras sociales entrevistadas.

En consonancia, Marcone y De Palo (2012) exponen en un artículo de la Revista Margen de Trabajo Social sus experiencias como residentes de trabajo social en el Hospital Santojanni, donde analizan el concepto de abordaje integral y su importancia en torno a las interrupciones del embarazo. Nos resulta interesante sus reflexiones sobre la noción de interdisciplina, para tensionarlas con las implicancias que apareja la aplicación de la Ley IVE en el Hospital donde investigamos, a partir de la cual las interconsultas psico-sociales ya no son requeridas ante la demanda de interrupción.

Por otro lado, recuperamos un artículo científico elaborado por Contreras et al. (2021) titulado “El abordaje de la ILE como política de cuidado en el marco de la pandemia por COVID-19”. Presentan un trabajo de estrategia cuantitativa, a partir del análisis de datos contenidos en las historias clínicas. De modo que, desarrollan interesantes reflexiones en torno a la construcción histórica del Trabajo Social en el campo de salud y su reconocimiento en tanto disciplina que ha participado activamente en el sostenimiento de los espacios de asesoramiento y acceso a la práctica durante este período de crisis. Esta información servirá de insumo para analizar y reflexionar sobre las auto-percepciones de las trabajadoras sociales entrevistadas respecto al ejercicio de su profesión dentro del Hospital, los sentidos que le otorgan a su recorrido como equipo, considerando los condicionantes institucionales que se han presentado en este contexto y la aplicación de la Ley IVE a partir del 2020.

## **Estructura del trabajo**

La presente tesina de grado se organiza en tres capítulos. En un primer capítulo llamado *“Aborto en el Hospital: reorganización de la dinámica institucional en contexto de pandemia”* realizamos una aproximación histórica a las luchas por la despenalización y legalización de las interrupciones del embarazo en nuestro país. Definimos desde el marco jurídico-normativo argentino los derechos sexuales y no-reproductivos donde se respaldan las incumbencias profesionales del Trabajo Social en relación a la práctica del aborto. A su vez, describimos las

complejidades que presenta el campo de la salud, desarrollando conceptualmente la noción de campo, institución y dinámica institucional. Indagamos en aquellos discursos o miradas por parte de profesionales de la salud que intervienen en ILE-IVE, tomando los puntos de vista de las entrevistadas, siendo facilitadores o entorpecedores del acceso a la práctica. Para ello, abordamos teóricamente la noción de Modelo Médico Hegemónico (de aquí en adelante MMH) definido por Menéndez (1988) como *“el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual ha ido logrando (...) identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”* (1988:1). Por último, abordamos la articulación y los retos en la reorganización hospitalaria entre el nuevo Protocolo Covid con el ya establecido Protocolo de ILE debido a que la presente investigación se realiza en un efector de salud público de segundo nivel de atención, en el contexto de emergencia socio-sanitaria y epidemiológica de los años 2020-2021.

En un segundo capítulo, titulado *“Reorganización del Servicio Social: construcción de estrategias de cuidado como respuesta a la pandemia”* describimos el trayecto del equipo de trabajadoras sociales entrevistadas y las estrategias de cuidado colectivo en pandemia, para sostener la atención en el Hospital G. y desarrollamos algunas definiciones conceptuales sobre las estrategias de intervención profesional. Analizamos sus incumbencias profesionales considerando la normativa que las regula: la Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072. Buscamos profundizar en la relación de nuestra disciplina y las condiciones institucionales durante la pandemia que atravesaron el ejercicio profesional. Para ello utilizamos conceptos tales como funciones profesionales y viabilidad institucional-organizativa de las estrategias de intervención. Retomamos nuevamente los aspectos del MMH para tensionar la mirada desde lo clínico/físico con la perspectiva integral que proponen las trabajadoras sociales entrevistadas. Definimos la Causal Salud que justifica la no penalización del aborto cuando *“ponga en peligro la vida, la salud de la persona embarazada, o cuando sea producto de una violación”*<sup>16</sup>, profundizando el análisis desde los aportes de Daniela Dosso (2017), quien analiza la integralidad como la posibilidad de abordar la ILE desde las distintas dimensiones de la salud (lo bio, lo psico y lo social) en conjunto con aportes de Brown, Rosenberg y García Martínez desde una perspectiva transfeminista.

---

<sup>16</sup> Resolución 3158/2019. Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Texto en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/330000-334999/331896/norma.htm>

El tercer y último capítulo del trabajo titulado “*Institucionalización de la Ley IVE en pandemia: desde el interés individual a la obligación profesional*” describimos el escenario social en el que se aprobó la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, la repercusión que tuvo dentro del Hospital G. y puntualmente a los fines de nuestros objetivos, los efectos de su implementación en el ejercicio profesional de las trabajadoras sociales entrevistadas. Para analizar el proceso de institucionalización de la Ley, retomamos algunas conceptualizaciones sobre la política pública, así como las percepciones de las entrevistadas -como profesionales del campo de la salud y como mujeres con militancia feminista- sobre el reconocimiento del Trabajo Social en el abordaje de las interrupciones del embarazo.

## Capítulo I.

### **Aborto en el Hospital: Reorganización de la dinámica institucional contexto de pandemia**

Este primer capítulo recupera el recorrido de nuestro país en materia de derechos sexuales y (no) reproductivos, a fin de presentar el marco regulatorio de las ILE desde 1921 con la legislación del art. 86 hasta los inicios de la pandemia en el año 2020. A su vez, entendiendo el Hospital G. como campo de intervención del Trabajo Social, definimos conceptos tales como MMH, dinámica institucional y campo de salud. Los mismos nos permitieron indagar en aquellas miradas y discursos que se tensionaron, negociaron y/o resistieron, entre profesionales de la salud y las trabajadoras sociales del Servicio Social en relación a los procesos de intervención de ILE, en el Hospital G. durante los años 2020-2021. Por último, exploramos la adaptación del Protocolo de ILE<sup>17</sup> al contexto de pandemia causada por el Covid-19, cuya convivencia con el Protocolo Covid permite analizar la relación entre lo urgente y lo esencial, así como los desafíos en la reorganización institucional durante dichos años. Para ello, describimos los recursos -edilicios, materiales y humanos- y las prestaciones por parte de la institución en pos de garantizar el acceso a la práctica del aborto en aquel período.

#### **1.1 Recuperando la historicidad de la interrupción legal del embarazo: las luchas por los derechos sexuales y no reproductivos**

Históricamente diferentes agentes sociales han puesto en juego en el campo de la salud -tensionando o colaborando- diversas maneras de concebir la práctica del aborto. En la Argentina de la década del 70, lejos de constituirse un tema de agenda pública, el reclamo de los movimientos feministas para poder interrumpir legalmente un embarazo era una *“demanda percibida como particularmente revulsiva en una sociedad en la cual las mujeres han sido enaltecidas por sus capacidades maternas”* (Ciriza, 2009:4). La demanda existía desde fines de la década de ‘60 y principios del ‘70 entre grupos feministas radicales aunque no lograron conquistar la legitimidad social suficiente para que el aborto fuera un problema de interés público para el Estado. Con el retorno a la democracia y la notoriedad que adquirieron los movimientos feministas en el espacio público -producto también del protagonismo llevado a cabo en las resistencias a la dictadura- se comenzaron a ampliar los derechos formales de las mujeres<sup>18</sup>. Para la década de 1990 se adhieren a los debates nociones tales como “salud

---

<sup>17</sup> Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Actualización 2019. No hemos hallado en las páginas oficiales el Protocolo actualizado del año 2020.

<sup>18</sup> Si bien comprendemos que en aquella época existían disidencias sexuales, nos referimos a la categoría de “mujer” por el momento, en pos de evidenciar la invisibilidad del colectivo LGBTQ+.

reproductiva”, “paternidad/maternidad responsable”, entre otras, aunque desatendiendo aún la lucha por la despenalización y legalización del aborto. Sumado a ello, Ciriza señala que la Iglesia Católica en nuestro país, había logrado instalar en el discurso ideológico-político la equiparación entre aborto y cultura de la muerte, y el posicionamiento de algunos sectores de la sociedad civil -entre ellos la Iglesia- como defensores de la vida.

Debido a la constancia de los reclamos y debates por parte de organizaciones no gubernamentales feministas durante el panorama conservador de la época, es que en el Encuentro Nacional de Mujeres (ENM)<sup>19</sup> del año 2005 en la provincia de Santa Fe surgió la Campaña por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito (“Campaña” de aquí en adelante). Alicia Gutiérrez sostiene que *“la lucha por el aborto, por la despenalización o legalización, no empieza con la Campaña”* (Smiraglia 2020:32), aunque influye en otros ámbitos de la vida de las personas gestantes. Así, logra adquirir con el tiempo el carácter de movimiento social, heterogéneo y cada vez con mayor convocatoria en pos de instaurar el aborto como un problema de salud pública y de derechos humanos. El origen de la Campaña fue el resultado de décadas de manifestaciones en nuestro país, vinculadas a la autodeterminación y el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, donde la noción de derechos reproductivos<sup>20</sup> cobra relevancia más allá del derecho al aborto. Los movimientos feministas de Latinoamérica poseen un criterio asambleario, generando instancias de debate e interpelación del derecho en general y de los derechos sexuales y (no) reproductivos en particular, cuyo objetivo *“es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”*<sup>21</sup>. Es decir, los movimientos feministas visibilizaron la ausencia de tratamiento en la agenda pública siendo que *“en las políticas públicas apenas [se hablaba] de salud reproductiva”* (Brown, 2008:3).

---

<sup>19</sup> El Encuentro Nacional de Mujeres es un espacio de organización que dura un fin de semana. Dicho encuentro es autoconvocado, autónomo y democrático, donde se desarrollan diferentes talleres con temáticas que interpelan a quienes asisten: ILE, feminismo antiespecista, salud mental, ESI, trabajo y organización, activismo gorde, son algunas de las temáticas que se desarrollan en los Encuentros. Se llevan a cabo en distintas partes del país, siendo la última elegida democráticamente en la asamblea de cierre. El primer Encuentro fue en Buenos Aires en el año 1986, donde la Comisión Organizadora estaba conformada por 43 mujeres. En el año 2021, se presentó una fractura respecto al nombre y fue modificado por Encuentro Plurinacional de Mujeres, Lesbiana, Trans, Travestis, Bisexuales, Intersexuales y No Binaries. Sin embargo, otra corriente sigue utilizando el nombre original. Se intenta dar cuenta de la organización de las mujeres en el marco de los ENM no solo en cuanto a las demandas sino en la posibilidad de construir espacios de encuentro y organización.

<sup>20</sup> Cabe señalar que el concepto de derechos (no) reproductivos es acuñado por Josefina L. Brown en su tesis doctoral, recuperado en el texto público del año 2008. Ver en bibliografía.

<sup>21</sup> ONU, Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Capítulo VII (Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva), punto 7.2 y siguientes.

Ello nos convoca a desarrollar qué comprendemos como política pública -noción transversal en el presente trabajo de investigación-. Shore (2010) propone como eje central reconocer que la formulación de las mismas es una actividad sociocultural, que se rige principalmente por leyes instaladas en la cotidianidad de los procesos sociales. Contextualizar de esta manera, implica dar sentido a las múltiples interpretaciones “*y a menudo a las definiciones en conflicto que las políticas tienen para los actores situados en lugares diferentes*” (Yanow, 1993 en Shore 2010:24). De este modo, Shore resalta la complejidad y el carácter desordenado de los procesos en que se formulan, incluso en la promulgación y recepción de las personas, siendo también la noción de política pública un concepto a analizar y problematizar. La centralidad de la política pública -sostiene el autor- es su contenido, en tanto subyace el modelo de una sociedad y la inscripción de formas de ver el mundo, con incidencia en el proceso de construcción de nuevas categorías de las personas y su subjetividad. Ahora bien, Anzorena (2013) retoma a Fraser (1997) para referir que las políticas públicas -desde una mirada práctica del Estado- son “*el medio por el cual se distribuyen recursos económicos o simbólicos*”, que en el caso de las mujeres puede tratarse de políticas de distribución económica o de reconocimiento (2013:39-40). Brown al igual que Anzorena, concuerdan que las políticas públicas construyen identidades colectivas y legitiman el carácter de interés público o no de sus demandas, siendo aquellas prácticas naturalizadas, socialmente legitimadas y que garantizan el orden establecido, consideradas como no plausibles de modificación. Sin embargo, Anzorena plantea que “*la acción pública estatal se define en el espacio público*” (2013:40), y que la presión de la sociedad y los movimientos sociales al exponer las múltiples formas de violencia que atravesaban a las personas gestantes en el plano de la sexualidad y la reproducción -tanto en el ámbito doméstico como en los espacios de salud y de justicia- motivaron la inclusión en la agenda pública aquellas problemáticas relacionadas a la temática.

La sexualidad entendida como una práctica de la intimidad personal cuyas consecuencias tendían a resolverse en secreto (invisibilidad sostenida por criterios jurídicos y normativas sociales), el miedo al castigo y la vergüenza, y la ausencia de espacios de contención y de respuesta a las demandas, eran algunos de los factores que fundamentaban la necesidad de transformación sobre la libertad, la autonomía personal, la igualdad y no discriminación, la integridad personal, la salud, la intimidad, la vida y la dignidad humana (Fernandez Valle, 2016:20). Analizar las políticas de derechos sexuales desde la perspectiva de género implica considerar formas de problematizar la disputa del lugar que ocupan las

personas gestantes en la toma de decisiones, haciendo hincapié en la autonomía de las mismas y su reconocimiento en la sociedad como ciudadanas. Por ello, recuperamos algunos avances en materia de salud sexual en nuestro país, entendidos como parte fundamental de este trabajo de investigación y reconociendo su importancia en tanto políticas públicas que implicaron la construcción de consensos y de legitimidad para alcanzar logros concretos al momento de la llegada de la pandemia.

De manera cronológica en cuanto al marco legal, en el año 1921 se registra en el Código Penal de la Nación Argentina, por primera vez, una legislación respecto a la práctica del aborto, incorporando su no punibilidad en dos causales. En su artículo 86 dispone que dichas causales para acceder a la interrupción de un embarazo son, por un lado, “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”, y por el otro, “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” (Ley N° 11.179, art. 86). Para el año 1979, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer exige a los Estados medidas para erradicar la discriminación de la mujer en la esfera de la atención médica, incluyendo la provisión de servicios de planificación familiar, y reconociendo el derecho a decidir sobre sus tiempos reproductivos, a acceder a información y educación que contribuya al ejercicio de dichos derechos. En el año 1995 se llevó a cabo en Beijing la IV Conferencia Mundial de la Mujer siendo un hecho bisagra debido a que se definió explícitamente el derecho reproductivo como derecho humano básico y comenzó a hablarse del concepto de salud reproductiva. Posteriormente, el Estado argentino adhirió a este acuerdo internacional incorporando en su agenda pública los derechos reproductivos de las mujeres.

Tal como refiere Fernández Valle, “*en el campo del Derecho Internacional de los Derechos Humanos se registra una tendencia a la ampliación del aborto legal*” (2016:45) y por su parte, el Estado Argentino desde inicios del Siglo XXI, comenzó a gestionar mediante su política pública respuestas ante las múltiples problemáticas que enfrentan las mujeres en el territorio nacional. Dicha tendencia se refleja en la Ley N° 25.673 aprobada en el año 2003, que da origen al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR)<sup>22</sup>. El mismo establece que la salud sexual está comprendida en el derecho a la salud, que toda persona es libre de elegir cómo vivir su vida sexual sin discriminación, coacción o violencia, así como

---

<sup>22</sup> <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm>

también tiene el derecho a prevenir embarazos no planificados. A su vez, promueve el acceso gratuito a métodos anticonceptivos en hospitales, Centros de Salud, obras sociales y prepagas (incluidos en el Plan Médico Obligatorio); y sugiere capacitar educadorxs y profesionales del campo de la salud para brindar información relacionada al tema.

Otro hito clave en la historia de nuestro país fue el Fallo FAL de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (de aquí en adelante CSJN) en el año 2012. La situación involucraba una joven de 15 años que había sido violada por su padrastro, a quien la Justicia de Chubut le rechazó en primera y segunda instancia el acceso al aborto. Frente a ello, la CSJN falló a favor de la misma, fundamentando que el inciso 2do del Art. 86 del Código Penal se extendía a toda mujer que haya sufrido un ataque sexual, no sólo a aquellas que presentaban alguna discapacidad intelectual/psicosocial. Al decir de Rosenberg, este hito introduce en el discurso de la justicia -ergo, en la sociedad- la posibilidad de *“leer algunos embarazos como lesión de la integridad corporal de la mujer, causada por un delito. (...) Su no punibilidad es un acto de justicia”* (2020:426). La propuesta de una nueva lectura del art.86 construye una herramienta jurídica que habilita la no judicialización de las solicitudes de aborto en las causales que dicha legislación ampara.

En palabras de Schuster (2006), la acción colectiva permite abordar las formas de expresión de las necesidades y demandas, los modos de protesta y la producción de sujetos históricos, relevantes en el presente trabajo de investigación. La dimensión política de la acción social se encuentra materializada en los recursoros de organizaciones sociales<sup>23</sup> que brindaban espacios de contención, información y orientación sobre los derechos en la atención de la salud. Ello puede ser entendido como respuesta ante la mirada social punitiva y criminalizadora respecto a quien abortaba y quien realizaba la práctica, marginando hacia la clandestinidad a quien decidía interrumpir su embarazo, provocando su persecución judicial o atentando contra la vida de la persona gestante. A modo ejemplificador recuperamos el caso de Belén que tomó estado mediático en el año 2016, evitando la condena estipulada de 8 años por haber transitado un aborto espontáneo en el baño de un Hospital de Tucumán en el año 2014<sup>24</sup>. Frente a la violación del secreto profesional entre médico-paciente, fue denunciada con la guardia policial, privandola de su libertad durante 2 años en los cuales nunca fue escuchada y su pedido de excarcelación fue negado. Las movilizaciones en su provincia se replicaron en el resto del país,

---

<sup>23</sup> Ver recursoro de organización social <https://socorristasenred.org/>

<sup>24</sup> Ver nota periodística en: [https://www.elespanol.com/mundo/america/20160805/145486217\\_0.html](https://www.elespanol.com/mundo/america/20160805/145486217_0.html)

generando una gran repercusión alrededor del tema, y la Corte Suprema de Justicia Provincial no halló motivos para mantenerla en prisión. El caso de Belén fue clave para generar debates en torno a la legalidad de las interrupciones de los embarazos, logrando evidenciar ciertos obstáculos institucionales tanto en la difusión de la información como en la atención en los efectores de salud.

A su vez, se demuestra un aumento exponencial de ingresos por ILE en los efectores de salud de nivel primario (CeSAC) y secundario (Hospitales), mientras se visibilizaba la Campaña en movilizaciones y manifestaciones de todo el país. El informe de Salud Sexual y Reproductiva de CABA (2019), señala que en el año 2014, la respuesta se concentraba casi de modo exclusivo en dos hospitales generales de agudos (Álvarez y Argerich) y en un CeSAC; de este modo, el 89% de las situaciones fueron cubiertas por hospitales. Mientras que en el año 2019, el primer nivel de atención dio acceso a 7.052 (84%) de las 8.388 ILE realizadas en dicho año (2019: 48). Entendemos que este aumento de atención en los CeSAC fue producto de la consolidación del trabajo de acompañamiento, difusión y cuidado colectivo de diversas organizaciones sociales<sup>25</sup> en articulación con profesionales del área de la salud.<sup>26</sup> Producto también de esta acción en conjunto, fue posible la presentación en reiterados momentos del proyecto de ley para despenalizar y legalizar el aborto por parte de la Campaña. Desde el año 2008, primera vez que se presentó formalmente y logró estado parlamentario, durante varios años (2009/2010/2011) la Campaña continuó esta lucha bajo la consigna 'Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir', que se mantiene hasta hoy. Finalmente, para el año 2018 luego de masivas movilizaciones y vigiliadas nocturnas en diferentes partes del país<sup>27</sup>, la Cámara de Diputados aprobó la media sanción del proyecto con 129 votos a favor, 125 en contra y 1 abstención. No obstante, fue rechazado posteriormente por el Senado con 38 votos negativos, 31 positivos, 2 abstenciones y una ausencia. Esta fue la última vez que el proyecto no iba a ser aprobado en la segunda cámara. Para finales del 2020, el Poder Ejecutivo envió al Congreso un nuevo proyecto de ley para la interrupción legal del embarazo acompañado de otra iniciativa que fue la Ley de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia -más conocida como Ley de los 1000 Días- ambas promulgadas en enero de 2021.

---

<sup>25</sup> Socorristas en Red, Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, Movimiento Ni Una Menos, Católicas por el Derecho a Decidir, Actrices y Escritoras Argentinas, SIPREBA, Fundación Huésped, entre otras.

<sup>26</sup> Ver cuadro en Anexo N° 2.

<sup>27</sup> La aprobación del aborto legal, seguro y gratuito en la Cámara de Diputados, la mañana del 14 de junio de 2018, después de una vigilia nocturna popular de un millón de personas. <https://www.pagina12.com.ar/123238-la-marea-verde-que-arrasa-el-continente>

Otra de las normativas que interesa recuperar corresponde a la Ley Nacional “Micaela” N° 27.499<sup>28</sup> promulgada en el año 2019, la cual establece la capacitación obligatoria en género y violencia de género para todas las personas que se desempeñan en la función pública, en los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Nación. En este sentido, la perspectiva de género refiere a la posibilidad de comprender la realidad social a través del reconocimiento de las relaciones de poder entre géneros (en general favorables a los varones cis), identificando que las mismas atraviesan el entramado social en su totalidad y, además, tener en cuenta que las relaciones son construidas socio-históricamente y son constitutivas de las personas.

Podríamos plantear, entonces, que al momento de decretada la pandemia, en el escenario institucional confluían dos movimientos: por un lado, la organización de los movimientos feministas que bregaban por el cumplimiento de la normativa vigente y la ampliación de la misma en el marco del tratamiento del proyecto de Ley IVE que llegaría a fines de año; y por otro, la repercusión de dichas movilizaciones en el ámbito hospitalario que exigían al Estado -y al sistema de salud- una respuesta a la problemática del aborto considerado una cuestión de salud pública. En consonancia, Mabel Bellucci (2019) señala cómo ante un Estado y su derecho positivo que ilegalizaba el aborto, los movimientos feministas construyeron normativa junto a un derecho emancipatorio que generaba una mirada del cuerpo como institución. En relación a ello, Bellucci retoma a Vaggione para pensar que *“un cuerpo no sujeto al derecho formal construye y hace circular una juridicidad alternativa (...) que inscribe posibilidad allí donde el Estado cercena libertades”* (Vaggione, 2014 en Bellucci, 2019:19), generando una despenalización social del aborto en palabras de María Alicia Gutiérrez (Smiraglia, 2020). Sobre aquel cuerpo institucionalizado se construyen miradas y discursos en torno a la decisión de abortar, cuyos sentidos y dimensiones abordaremos a continuación.

## **1.2 Aproximación a los discursos y las miradas en torno a la práctica de la interrupción legal del embarazo en el campo de la salud**

Comprendemos que en el campo de la salud no se reproducen o efectivizan las políticas públicas de forma lineal ni inmediata, debido a que en las instituciones coexisten relaciones de poder y se gestionan decisiones propias de la arena política donde se jerarquizan saberes legitimados. En otras palabras, entender la salud como campo significa pensarla como *“red de*

---

<sup>28</sup> Buscó transmitir herramientas y (de)construir sentidos comunes, que cuestionen la desigualdad y la discriminación, y transformen las prácticas concretas. Se trata de una oportunidad para jerarquizar la formación y ponerla al servicio del diseño de políticas públicas con perspectiva de género en clave transversal, en todo el Estado.

*relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan (...) por la apropiación y el predominio de uno o más capitales*” (Spinelli 2010:276). En consonancia con la legitimidad de la práctica del aborto y los obstáculos en su acceso, es que presentamos al campo de la salud como el espacio donde participan multiplicidad de perspectivas, intereses y concepciones diversas que direccionan las prácticas e intervenciones en un momento determinado.

Dentro del campo de la salud, la medicina se constituyó históricamente como disciplina hegemónica, donde el saber médico se estableció como saber científico superior a otras disciplinas del área de la salud. En este sentido, presentamos la noción de MMH a partir de los aportes de Menéndez (1988) quien la define como *“el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual (...) ha ido logrando establecer[se] como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”* (1988:1). Resulta relevante recuperar esta aproximación histórica para comprender que el MMH en el proceso de legitimación, ha desacreditado y subordinado los conocimientos que no emulaban los métodos de las ciencias naturales. En los efectores de salud puede evidenciarse un rol central de normalización de los cuerpos individuales y sociales a través de los mecanismos de poder y control, manifestando rasgos principales del MMH como la a-sociabilidad, ahistoricidad, a-culturalismo e individualismo (1985:3). Es decir, descontextualizando a los sujetos con los que se interviene, sin contemplar las múltiples realidades que los atraviesan: sus subjetividades, sus saberes y sus vivencias.

En lo que respecta al Hospital G., las trabajadoras sociales entrevistadas hicieron énfasis en una de las tensiones que históricamente tuvieron como equipo de ILE en este Hospital: las guardias objetoras. Al respecto, la TS2 trae a modo ejemplificador una situación donde “hubo un quilombo<sup>29</sup> bárbaro porque a una mujer le interrumpieron [el aborto], después le volvieron a poner [la medicación], después interrumpieron, tuvo una hemorragia y tuvieron que ingresarla [a la sala de internación]” generando así riesgos en la salud de la persona gestante. Frente a ello, la TS4 agrega que “para evitarle el mal trago a las mujeres” habían optado como equipo no internar a la persona que iba a realizarse el aborto los días que había guardia objetora. Sumado a ello, la TS2 resalta los problemas que han tenido con el Servicio de Enfermería, agente clave en la atención de las ILE no ambulatorias, el cual describe como

---

<sup>29</sup> Expresión coloquial que refiere a lío.

“un tema muy difícil en este hospital, donde hay muchos objetores de conciencia. (...) Cada dos por tres tenés una enfermera preguntándote ‘¿cómo puedo hacer yo para no atender esta paciente?’”.

En este sentido, los aportes de Spinelli al desarrollar la noción de campo de salud, plantea pensarlo de forma contraria a la idea de un “sistema”, debido a que no se desenvuelve de forma armónica ni está exento de disputas y tensiones, siguiendo la línea de análisis del autor. Registramos en los relatos de las trabajadoras sociales que, aquellas tensiones que caracterizan el campo de salud se vinculaban muchas veces con la figura legal de objetore de conciencia donde nos interesa desentrañar algunas cuestiones. Por un lado, la legalidad de la misma se justifica en la adhesión de los tratados internacionales<sup>30</sup> por parte de nuestra Constitución Nacional (art. 14 y art. 19), donde se reconoce el derecho a la libertad de culto y de conciencia. Según la CSJN<sup>31</sup> se trata del derecho de toda persona a negarse a realizar o participar de una acción o evento que violente sus convicciones íntimas, en tanto y en cuanto no perjudique significativamente los derechos de terceros o aspectos del bien común. No obstante, observamos que el problema no está focalizado en la figura de objetore de conciencia -que ampara a todo profesional de la salud- sino en la obstrucción, dilación o interrupción del tratamiento en proceso. La figura legal de objetore de conciencia en los procesos de intervención de ILE es viable en tanto se delegue a otro profesional la realización de la práctica; caso contrario, conlleva consecuencias negativas concretamente en la salud de las personas que solicitan la interrupción y vulnera su derecho de acceso a la salud en general y a un aborto seguro, en particular.

A su vez, la TS3 menciona que por parte de dichos objetores del Hospital G. “había percepciones o posturas culpabilizantes” que devenían en la “dilación del procedimiento, de mucha espera para que las atiendan, entonces por ahí las mujeres estaban entre 1, 2, 3 días hasta que se concretaba todo el proceso”. Hemos detectado en los relatos de las entrevistadas una continuidad discursiva antes y durante la pandemia en torno a las personas que solicitaban un aborto, donde la narrativa de las guardias objetoras recuperada por la trabajadora social denotan -siguiendo sus palabras- “situaciones de maltrato, de mostrarle a la mujer el producto del

---

<sup>30</sup> Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 18), Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 18), Pacto de San José de Costa Rica (art. 12 y art. 13 inc. 1).

<sup>31</sup> Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria (DELS). Es una herramienta construida entre el Ministerio de Salud de la Nación Argentina y la Organización Panamericana de la Salud. Constituye un instrumento de consulta para el conocimiento y la comprensión, con enfoque de derechos, de los principales temas de la Legislación en Salud. <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-objecion-de-conciencia>

aborto” (TS3). La figura de objeción de conciencia a la que apelan profesionales de la salud que se niegan a realizar una ILE suele ser utilizada como defensa de ciertas conductas profesionales que atentan contra la integridad de la persona que solicita una interrupción de su embarazo.

Lo mencionado por la TS3 pone en jaque el reconocimiento del derecho a no ser sometida a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, amparado en la Ley N° 23.313<sup>32</sup>. Entendemos que la exposición del producto de un aborto a una persona que ha finalizado la interrupción de su embarazo, por parte de profesionales de la salud, ocupa la categoría de violencia institucional. A su vez, recuperamos lo expuesto por el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes de Naciones Unidas, en su informe<sup>33</sup> al mencionar que: "los órganos internacionales y regionales de derechos humanos han empezado a reconocer que los malos tratos infligidos a mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género” (2013:11). Identificamos en los relatos de las entrevistadas la presencia de la perspectiva de género al momento de problematizar los tratos crueles que recibieron las personas que solicitaban un aborto, catalogando el *habitus* profesional -de los objetores de conciencia- como autoritario y sexista (Castro, 2010:52). Este autor agrega que dichos actos son avalados por las jerarquías existentes en el campo de salud, dando lugar en las prácticas médicas a la reproducción de concepciones patriarcales. En este sentido, la TS4 relata la experiencia de una señora en una consulta médica que tuvo lugar en un consultorio del Hospital:

“Han dicho cosas aberrantes, pero espantosas, tales como ‘¿vos sabés lo que te puede pasar si interrumpís el embarazo, ¿no?’ a una señora con quince semanas, cagada de miedo<sup>34</sup>... [Imitando la voz de un profesional de la salud] ‘Es mi responsabilidad como médico decirle’. (TS4)

El Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (2019) indica que la persona debe recibir la información pertinente, libre de influencias y presiones de cualquier tipo durante el proceso de atención. Este es el principio de autonomía que, en calidad de principio rector señalado en el Protocolo, implica en aquella relación sanitaria, respetar el derecho de la persona de decidir sobre las cuestiones relacionadas

---

<sup>32</sup> Argentina aprobó con la Ley N° 23.313 (1986) ambos Pactos. La Reforma Constitucional de 1994 les otorgó jerarquía constitucional, incluido el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

<sup>33</sup> Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, del 1 de febrero de 2013, párrafos 50 y 90.

<sup>34</sup> En nuestro país se refiere a una manera coloquial de expresar mucho miedo o temor ante una situación.

con su cuerpo, su salud y su vida. Les profesionales de la salud “*tienen la función pública y el rol ético de cuidar la salud de las personas sin decidir por ellas ni divulgar la decisión ni las condiciones personales*” (2019:13). En este caso, el avasallamiento de este derecho atenta directamente contra la Ley N° 26.485 de Violencia Contra la Mujer<sup>35</sup>, al mencionar a la violencia obstétrica como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales” (art. 6, inc. e). En consonancia con ello, Lamas (2014) refiere a los prejuicios sexistas y la doble moral machista, inherentes a un sistema patriarcal, que favorecen las actitudes arbitrarias del personal médico “*que le niega a las mujeres la facultad de decidir sobre sus cuerpos y vidas*” (2014:57). Este ejemplo traído por la trabajadora social sobre la violencia institucional en el marco de una consulta, expresa la predominancia del saber médico permeado de prejuicios, negando la prestación de la atención médica de acuerdo a lo estipulado por la legislación. Al respecto, la TS3 nos comenta:

“había un cuestionamiento que cualquiera viene y le hacemos un aborto, como una cuestión de no entender la cuestión del derecho al acceso... porque el aborto se podía hacer por cuestión de violencia sexual o por un riesgo de vida a la persona, descartando todas las otras variables y cuestiones que hacen a la salud integral”. (TS3)

En consonancia, Lamas analiza la existencia de una total disparidad de poder de les usuaries frente al enorme poder adquirido por los médicos como agentes del Estado moderno, como representantes legítimos de la ciencia y como portadores/guardianes de la autoridad cultural de su uso social (2014:58). Destacamos que la representación del saber supremo de la medicina legitimada -también- en el imaginario social, conlleva al reconocimiento inequívoco de la información de profesionales médicxs, como saber único e inobjetable. Asimismo, la categoría de violencia institucional resulta estratégica para poder analizar lo que sucedía también en el Hospital G. en relación al personal de enfermería. Para profundizar sobre la predominancia de *corpus* del saber médico, Valcárcel (1997) refiere que los cuerpos de las mujeres han sido comprendidos como “*cuerpos sobre-significados e hiper prescritos*” (1997: 31). Se traslada dicha concepción en el accionar médico, siendo uno de los mensajes que el sistema patriarcal inscribe en los cuerpos de quienes solicitaban una ILE. Es interesante detenernos para reflexionar que la figura de Enfermería es reconocida como una profesión feminizada y suele estar en una situación desigual frente al personal médico, cuyos saberes se encuentran mayormente legitimados. Al mismo tiempo, la figura de objeción de conciencia del

---

<sup>35</sup> También denominada: Ley de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009).

personal de enfermería<sup>36</sup> involucra tensiones de género, reproduciendo dicho machismo a través de sus discursos y tratos en aquellas situaciones donde se solicitaba un aborto. Por tanto, es doblemente problematizable que siendo mujeres no se reconzcan en los procesos de conquista de derechos del sector al que pertenecen, reproduciendo no solo la asimetría de poder -siendo la enfermera personal de salud hacía las personas que solicitaban un aborto-, sino en la adherencia al mismo sistema que oprimen a ambos agentes sociales y que se construye en las relaciones de género: el patriarcado.

Comprendemos que las situaciones antes mencionadas en relación a la objeción de conciencia y violencia institucional, se vieron enmarcadas en la particularidad del contexto de pandemia en el campo de la salud, y puede relacionarse con la revitalización de los discursos biologicistas, tal como refiere Contreras et. al. (2021). Los mismos definieron prioridades en la atención de la salud “*restringidos al sostenimiento mismo de la vida como bien social*” (2021:60). Se profundizó la lógica del discurso médico que instala en el centro de la intervención al cuerpo individual dissociado del ser social que lo porta. En consecuencia, se fragmentó la atención hospitalaria en dos partes: lo físico y lo psico-social. Por un lado, dando prioridad a las disposiciones ministeriales que involucraban la reconfiguración de la dinámica hospitalaria y, por otro lado, excluyendo problemáticas tales como violencia de género, abusos y violencias hacia NNyA, el empobrecimiento exacerbado de la población que accedía al Hospital G, entre otras problemáticas. Las mismas son mencionadas por las entrevistadas y son tenidas en cuenta para profundizar en las estrategias de intervención que desplegaron.

### **1.3 Acceso a un lugar como derecho: desafíos en el contexto de pandemia**

En primer lugar, presentamos el escenario social de los inicios de la pandemia a modo de orientar y ubicar al lector en los acontecimientos de dicho período. El 16 de marzo del año 2020 se declaró por decreto<sup>37</sup> la primera medida de aislamiento en el marco de la crisis socio-sanitaria provocada por el Covid-19. En dicho decreto se estableció en el artículo primero, el confinamiento de todas aquellas personas que residían o transitaban en nuestro país bajo la categoría de ASPO. El art. 2, además, manifiesta la abstención de concurrir a los lugares de trabajo y el impedimento de trasladarse por rutas, vías y espacios públicos, con el fin de prevenir la circulación y contagio del virus Covid-19. A su vez, el art. 6 excluyó del

---

<sup>36</sup> La Ley N° 298 de ejercicio de la Enfermería de la Ciudad de Buenos Aires (1999) reconoce el derecho del personal a “negarse a realizar o colaborar” con prácticas en que haya conflictos con sus convicciones religiosas o morales. Disponible en <https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/normativas/ejerenf.pdf>

<sup>37</sup> Decreto 297/2020. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

cumplimiento del ASPO a las personas cuyas actividades y servicios fueron declarados como esenciales en la emergencia, tales como el personal de salud. Cabe aclarar que los artículos seleccionados del decreto son insumo de análisis sobre las limitaciones en cuanto a los traslados y concurrencia a lugares de urgencia tal como los Hospitales. Además, la categoría de esencialidad ubica a la ILE como uno de los ejes de los debates sobre la accesibilidad y cumplimiento de dicha intervención. Si bien en los relatos de las entrevistadas no se mencionaron situaciones donde se haya demorado el inicio del procedimiento más del tiempo estipulado por el Protocolo ILE (2019)<sup>38</sup>, resulta necesario indagar en las circunstancias en las que se realizaron dichas prácticas en el Hospital G., siendo obligación del Estado garantizar la administración de la salud pública, y asegurar la rapidez, seguridad y accesibilidad a la ILE<sup>39</sup>.

Para comenzar, resulta relevante describir la reorganización de la dinámica institucional del Hospital G. a partir de las medidas preventivas emitidas por el Ministerio de Salud de la Nación. Pensar la institución hospitalaria es analizar, según Butelman (1988), su dinámica en términos de una mirada que intenta dar cuenta de su funcionamiento en un tiempo determinado. En este sentido, el análisis de dicho efector corresponde a un momento histórico puntual, siendo la pandemia un fenómeno que atravesó el funcionamiento de la sociedad en su totalidad. Butelman define la institución *“como una zona intermedia entre el individuo y la sociedad”* (1988:38), donde a partir de leyes y normas se organizan las relaciones entre ambas partes. Entendemos al reacondicionamiento de la organización institucional como producto de las medidas preventivas -en el marco de la crisis socio-sanitaria- que atravesaron al conjunto entero de prácticas no sólo vinculadas a los contagios. En este sentido, consideramos el Protocolo Covid como expresión de la política pública en el marco del establecimiento de medidas de cuidado, protección y disponiendo recursos para la atención hospitalaria durante la pandemia.

La TS4 nos cuenta que les residentes de Pediatría del Hospital G. organizaron y convocaron a todos los servicios a capacitaciones sobre cómo utilizar los Elementos de Protección Personal (de aquí en adelante EPP)<sup>40</sup> debido a que “había todo un procedimiento

---

<sup>38</sup> La actualización del Protocolo del año 2019 establece el principio de celeridad/rapidez en cuanto al acceso a la interrupción legal del embarazo. El mismo busca garantizar una atención ágil e inmediata siendo el plazo entre la solicitud de la práctica y su realización, no mayor a diez días corridos.

<sup>39</sup> Rápida, por cuanto debe tenerse en cuenta que en este tipo de intervenciones médicas cualquier demora puede epilogar en serios riesgos para la vida o la salud de la embarazada. Accesible y segura pues, no deben existir obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la mencionada prestación que pongan en riesgo la salud o la propia vida de quien la reclama” (CSJN, 2012 en Protocolo ILE, 2019).

<sup>40</sup> Las trabajadoras sociales entrevistadas hacen mención de elementos tales como barbijos, camisolines, máscaras y guantes.

para prepararse, tenía todo un orden, entonces eso estuvo, la verdad, que re bueno”. La trabajadora social entrevistada deduce que “se armó algo más de lo colaborativo e incluso uno lo puede llegar a pensar como una estrategia de cuidado colectivo” (TS4). Para analizar las formas que asumen las políticas en las instituciones, Mallardi (2013) analiza la transferencia de recursos para que las instituciones puedan lograr su funcionamiento, entendiendo a dichos recursos como “*sopORTE para el desarrollo de las actividades profesionales*” (2013:8). Dichos elementos de protección y cuidados fueron un eslabón fundamental para garantizar la asistencia de les profesionales de la salud, según los relatos de las entrevistadas. A su vez, el recurso de la información toma un rol fundamental al momento de reorganizar el funcionamiento de los Servicios del Hospital G. y, también, poder transmitirlo al personal de salud y trabajadorxs. Por ello, entendemos que la importancia de las posibilidades de acceso a los recursos de cuidados y protección permitieron que las trabajadoras sociales del Servicio Social -en calidad de personal esencial- pudieran continuar asistiendo al Hospital G., en el marco de los procesos de “*politización de las necesidades*” (Fraser, 1991 en Aquín, 2021:28). Es decir, el acceso a insumos de cuidados para que las entrevistadas se encuentren habilitadas a realizar los abordajes e intervenciones en el marco de la pandemia, expresa lo indispensable de un rol activo por parte del Estado, en términos de políticas de salud.

Resulta imprescindible analizar que, parte de la reorganización institucional del Hospital G. en pandemia, fue producto de la construcción de redes entre les profesionales y trabajadorxs de la institución, produciendo un desarrollo de aprendizajes colectivos. Pensar la historia institucional como la acumulación de los aprendizajes ya probados y la innovación de las experiencias circunstanciales (Arias, 2021), permitió la construcción de cierta capacidad de coordinación intramuros a partir de la pandemia. La organización del equipo de Residentes de Pediatría para colectivizar el conocimiento sobre el uso de los EPP es un ejemplo de dicha capacidad. El acto de readaptar la dinámica institucional implica “*un encuentro con las y los usuarios [que] supone una puesta en acto inédita*” (2021:40), obligando a modificar los formatos institucionales preestablecidos. En este sentido, el nuevo escenario institucional puede pensarse desde sus dos dimensiones complementarias: lo instituido como lo fijo, lo estable; que se alterna con lo instituyente, referido al cuestionamiento, la crítica, la propuesta, la transformación (Fernandez, 2001). El fenómeno de la pandemia alteró la práctica total del funcionamiento hospitalario y con ello, los posicionamientos respecto a la toma de decisiones en torno a los cuidados y la modificación de las condiciones en la prestación del servicio de salud. Ahora bien, en cuanto a la readaptación institucional en el marco de la

emergencia socio-sanitaria, nos convoca a problematizar la articulación del Protocolo Covid con el Protocolo ILE. Lo relevante es analizar los Protocolos no en términos de calidad de servicios -simplificado a una relación servicio-cliente- sino centrando la importancia de los mismos “*en tanto garantes de derechos y de trato correcto en el marco de lo público*” (Arias 2021:40). Según el Informe sobre el Impacto de la Pandemia elaborado por MSAL Nación, una de las primeras medidas de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) fue establecer las prestaciones de salud sexual y reproductiva como esenciales, tanto para el acceso a métodos anticonceptivos como a la práctica de ILE. La convivencia de ambos Protocolos puede entenderse como la tensión entre el reconocimiento de lo urgente y lo esencial, analizando cómo las medidas del ASPO atravesaron y complejizaron el procedimiento de las ILE.

Uno de los principales ejes clave para comprender la complejización del nuevo escenario institucional tiene que ver con el miedo generalizado al contagio que las entrevistadas notaban en la población que ingresaba al Servicio Social, infiriendo que las personas no concurrían al Hospital ya que “era como que acá ‘estaba el bicho’” (TS1). Ello podría explicar en parte la llegada de gestaciones avanzadas al Servicio de Ginecología durante el año 2020, en tanto la entrevistada sostiene que “en otro contexto hubieran accedido a la institución hospitalaria con anterioridad”. Además, la TS2 menciona que a principios del ASPO, la mayoría de los Servicios del Hospital G. centralizaron la atención a situaciones relacionadas con el Covid-19. Sin embargo: “de repente empieza a estallar todo con situaciones de 17/18 semanas (...) un montón de situaciones muy avanzadas” (TS2). Si bien contemplamos la obstaculización para acercarse a un efector de salud en el contexto de pandemia -producto de las medidas del ASPO-, enfatizamos en la gravedad de la situación descrita por la entrevistada en relación con el desdibujamiento de la noción de derecho, elemental en el ámbito de lo público.

Como marco referencial para analizar lo expuesto, recuperamos el Informe sobre Situación y Respuesta del año 2020, elaborado por el GCBA<sup>41</sup>. El mismo indica que en el año 2019 la cantidad de situaciones de ILE fue de un total de 8.395, mientras que en el año 2020 el total de casos fue de 7.896, evidenciando un descenso de 499 casos. El Informe plantea que esto podría deberse a las limitaciones en el acceso ocasionadas por la pandemia COVID-19.

---

<sup>41</sup> Informe Salud Sexual y Reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2020. Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS. Ministerio de Salud, GCBA.

Sin embargo, el mismo informe detalla que en el año 2020 se registró un aumento en las llamadas a la línea telefónica 0800 del Programa de SSYR, siendo el 93,3% consultas para interrumpir un embarazo. Esta línea es referenciada por casi todas las entrevistadas ya que se constituyó en una herramienta para agilizar los procesos de intervención durante la pandemia, donde se realizaban las derivaciones protocolares. Empero, el Informe menciona esta línea telefónica como el modo de llegada menos reconocido por les usuaries, entendiendo dicho fenómeno como producto del escaso alcance de la difusión e información. Entendemos que los espacios institucionales son claves en la toma de decisiones, y la propagación de la información es un eje fundamental para disminuir desigualdades. Es decir, el acceso al conocimiento implica preparar a les usuaries para el ejercicio de sus derechos, particularmente, en el ámbito de la salud.

Por otro lado, debido a las características propias de la institución, siendo un hospital General al que concurrían personas tanto de CABA como del Área Metropolitana de Buenos Aires (de aquí en adelante AMBA), podríamos mencionar un primer desafío para la intervención ante las demandas de ILE: la gestión de los permisos para poder llegar al Hospital en el transporte público y los controles policiales en los momentos más críticos de la pandemia. Al respecto la TS2 nos comenta:

“No era tan fácil conseguir los permisos. Por más que vos le hicieras un papelito con la firma de la médica y qué sé yo, después a la gente la paraba la policía en el colectivo y no era tan sencillo viajar. (...) Era un obstáculo concreto con lo cual, una cosa es lo declamativo y otra cosa es cuánto se pudo hacer”. (TS2)

En un primer momento, entendemos a la accesibilidad en dos momentos importantes: por un lado, como la construcción colectiva y política que *“muestra de manera concreta la llegada real de las políticas sanitarias a la población”* (Carballeda 2014:3), cuyos objetivos relacionales y organizativos construyen un territorio de resistencias y tensiones; y por otro lado, ello a su vez también construye barreras a la accesibilidad de los derechos sociales. Se intenta problematizar de esta manera que, si la política de salud es la expresión de una lógica de Estado en el marco de la pandemia, en palabras de Carballeda *“no se trata sólo de llegar al hospital”* (2014:4) sino de los momentos previos a ello. Aquellas personas que pudieron superar el temor al contagio y decidieron dirigirse al efector de salud, no solo tuvieron que contar con los recursos personales (tanto materiales como psico-emocionales) sino también tuvieron que atravesar el control policial. Tanto los permisos que habilitaban la circulación de las personas y las consecuentes requisas en los transportes públicos, pueden ser leídos como la expresión de

una barrera geográfica y en efecto, ello no fue producto de la dinámica hospitalaria sino un desafío que la misma encontró en el período de pandemia.

Otro factor a considerar que incidió en los tiempos protocolares del acceso a la práctica de ILE fue la obligatoriedad de los hisopados para todas las personas que la solicitaban. En el transcurso del 2020, debido al aumento de los contagios y por lo tanto, de los testeos que se realizaban en el Hospital G. donde funcionaba una UFU (Unidad Febril de Urgencia), se demoraba un día más el inicio del procedimiento. Las entrevistas mencionaron que la medida de hisopado previo a la internación por ILE, implicó una medida de cuidado para todas aquellas personas que ingresaban al hospital, así como para el personal de salud. Sin embargo, la TS2 señala esta instancia protocolar un riesgo para el acceso a la ILE al mencionar que: “había tres cuadras de cola que vos sabías que la ibas a mandar a fulana, que se iba a ir a la mitad y que no iba a venir al día siguiente; y no iba a poder interrumpir”. El desafío que identificamos en este caso, apunta al desencuentro entre el Protocolo Covid y el Protocolo ILE respecto a la reorganización de la dinámica hospitalaria.

En consecuencia, otro de los inconvenientes señalados por la TS2 en tanto “dificultades en el acceso” tuvo que ver con las demoras en el otorgamiento de turnos, ya sea para ginecología o mismo para realizar las ecografías necesarias para iniciar el procedimiento de la ILE. Esto se sustenta al contarnos que todos los profesionales “en vez de atender las especialidades, se encontraban en la UFU hisopando, en un hotel acompañando a pacientes”, haciendo especial hincapié en la complejidad no solo del escenario institucional sino incluso de lo que ocurría fuera del mismo. La TS2 lo resume en una frase contundente que “si no era Covid, no era médico y no era importante”. Enfatizamos, además, que dicha situación expresa la jerarquización de intereses y preocupaciones que orientaron la toma de decisiones, provocando la desatención de otros servicios médicos. A partir de dicho testimonio, damos cuenta que la distribución de las prácticas del personal médico y no médico estuvo focalizado en tareas relacionadas con la prevención y contención de los contagios por Covid-19.

Además, la TS4 nos cuenta que, en el año 2020 una vez realizada la consulta con el Servicio de Ginecología y el hisopado correspondiente, se procedía a la internación de la persona con el fin de evitar la mayor circulación posible. La TS4 nos comenta que ello se modifica al año siguiente donde una vez realizada la primera consulta ginecológica, la persona podía volver a su domicilio a la espera del hisopado. Esto se debe al mayor control de contagios de Covid-19 y la menor propagación del virus. A su vez, la persona que volvía al Hospital en

busca del resultado del hisopado, era citada un día particular de la semana para que sea atendida por la única ginecóloga que daba curso al procedimiento de ILE. Esto se debe a que en las guardias del Servicio de Ginecología del resto de los días de la semana, se encontraban de ginecologxs objetores. El acceso a la práctica se demoraba aún más, teniendo en cuenta no solamente el día de aislamiento sino también casos donde -siguiendo a la TS2- “no venía el médico que vos querías, venía otro, entonces no le empezaron el procedimiento y se te alargaban las internaciones por ahí 3/4 días por este tipo de cosas de gestión, que a veces no pasaba nada y pasa a ser un problemón para la paciente”.

En este marco, corresponde describir la reorganización de las salas de internación del Hospital G., donde se reestructuraron los espacios donde se daba curso, no solo a la internación de situaciones de ILE, sino también al resto de las prácticas hospitalarias. La Sala de Internación Clínica se habilitó únicamente para pacientes con Covid y las mujeres internadas allí fueron trasladadas a la Sala de Ginecología. Esta última era la Sala designada para las internaciones de ILE antes de la pandemia, pero debido a la saturación de su capacidad, dichas internaciones comenzaron a realizarse en la Sala de Obstetricia. Este tipo de descripciones acerca de la reorganización hospitalaria, permite observar una de las expresiones de la “vida institucional” para analizarla como una pequeña comunidad. Crivos (1988) menciona a la “organización racional” como principio rector de toda institución, que diseña y planea procedimientos para lograr el funcionamiento y el cumplimiento de las metas propuestas. A su vez, las instituciones de salud suelen ser vistas, según Moreno (2007) como organizaciones cuyo funcionamiento y articulación coordinada, emulan a las estructuras estatales a las que pertenecen. Ello será profundizado en el próximo capítulo siendo un aspecto importante de las estrategias de intervención.

Para culminar este primer capítulo, nos resulta pertinente mencionar un aspecto novedoso que ha surgido en nuestro trabajo de campo y que no habíamos contemplado hasta el momento de las entrevistas: el problema de los residuos patológicos de personas gestantes positivas para Covid-19. La TS4 lo describe como “un tema que moviliza” y recuerda:

“A veces que los médicos se sienten muy atacados y está bueno también ponernos un poquito en los zapatos de un residente o una residente que está con un feto de 20-22 semanas en una bolsa y no sabe dónde carajo<sup>42</sup> llevarlo. Que en la morgue, si te lo aceptan, tiene que pesar más de no sé cuántos gramos; y si te lo aceptan después a los 20 días, llaman al familiar directo o a residuos patológicos y ellos te dicen ‘no te lo

---

<sup>42</sup> Expresión coloquial que en este caso puede denotar ciertas emociones como enojo, desacuerdo sobre algo, etc.

recibo porque esto es muy grande, tiene que ir a la morgue’’. (TS4)

Durante el trabajo de investigación, no se halló el Protocolo de ILE del año 2020 ni ningún documento relacionado a los residuos patológicos producto del aborto con posible contagio de Covid-19. Sin embargo, el MSAL elaboró un informe en el año 2020, indicando una serie de recomendaciones para la implementación de hospitales de campaña<sup>43</sup> -incluido el Hospital G.- y al respecto sugiere que todo residuo de la institución debe ser considerado como potencialmente contaminado y su evacuación debe ser realizada por un gestor autorizado, siendo fundamental la capacitación del personal que realizaría esta función (en cuanto a la forma de recolección, recipientes utilizados, forma de realizar el transporte y almacenamiento). Podríamos concluir a partir del relato de TS4 -así como también de otras colegas entrevistadas que lo mencionan- que no existió una toma de decisión por parte del Hospital G. respecto al problema de los residuos patológicos, lo cual generó interrogantes y desafíos para el equipo del Servicio Social a la hora de trabajar conjuntamente con el servicio médico, especialmente con les residentes. La propuesta por parte de las trabajadoras sociales refleja la cooperación a la hora de construir espacios de cuidado colectivo, allí donde todavía no se había determinado como problemática la disposición de los residuos patológicos y lo concerniente a ello. En el próximo capítulo abordamos con mayor profundidad este aspecto del *cuidado* que se traslada también a otras estrategias de intervención del Trabajo Social.

---

<sup>43</sup> Covid-19 recomendaciones para la implementación de hospitales de campaña en contexto de Pandemia. Recomendaciones 11 de abril de 2020.

## **Capítulo II.**

### **Reorganización del Servicio Social: construcción de estrategias de cuidado como respuesta a la pandemia**

En el presente capítulo analizamos los procesos de reorganización de las trabajadoras sociales entrevistadas que intervinieron con ILE entre los años 2020 y 2021 en el marco del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. A través de la recolección de sus testimonios, recuperamos la conformación y recorrido del equipo de ILE antes de la pandemia -con motivo de describir su componente histórico- y las estrategias de cuidado colectivo llevabas a cabo para prevenir contagios por Covid-19. Entre ellas encontramos la construcción de alternativas para sostener el contacto con la población destinataria del Hospital G. y los cambios al interior del Servicio Social. Definimos qué entendemos por incumbencias y funciones del Trabajo Social en función de la Ley Federal 27.072 que establece el marco legal para el ejercicio profesional y en consonancia, reflexionamos acerca de la autonomía profesional de las entrevistadas haciendo especial énfasis en la capacidad de construir la viabilidad de sus estrategias de intervención en dicho contexto.

Por último, el análisis de la accesibilidad y la “Causal Salud” para justificar las ILE implican una mayor comprensión de la participación de las entrevistadas durante el período de pandemia. Dichos ejes nos permiten caracterizar la complejización de los procesos de intervención del equipo de ILE en relación a su posicionamiento ético-político, tensionando la revitalización de los discursos biologicistas en ese entonces.

#### **2.1 Recorrido del Equipo de ILE en el Hospital G.**

El equipo del Servicio Social que intervino con las ILE en los años 2020-2021 tiene un recorrido con anterioridad a la crisis socio-sanitaria donde han construido tanto circuitos como alianzas con otras profesiones del Hospital G. El equipo comenzó a conformarse en el año 2016, siendo convocadas por la ginecóloga Carla<sup>44</sup> quien, como menciona la TS3, “un poco le pudo dar identidad a la ILE-IVE en el Hospital”. Asimismo, la misma trabajadora social señala que para ese entonces, la práctica de ILE era una temática que “empezaba a circular de otra manera; y muy chiquitamente y muy incipientemente en 2016”. Las profesionales entrevistadas relatan que Carla cuando comenzó a construir el equipo de ILE, recurrió al Servicio Social al

---

<sup>44</sup> Por cuestiones de confidencialidad, los nombres de otras profesionales de salud que aparecen en los relatos de las entrevistadas son resguardados y se les asignan nombres ficticios.

reconocer a nuestra profesión “como una disciplina necesaria para garantizar el acceso” (TS3), siendo convocadas como “personas que arman algo y que buscan otros para armar” (TS3), conformando el equipo con profesionales de otras disciplinas como psicología y psiquiatría. En cuanto a la articulación con otros servicios, especialmente con Salud Mental, la TS1 nos cuenta que trabajaban como equipo con una psiquiatra y una psicóloga para abordar situaciones de ILE, quienes a su vez eran encargadas de la Coordinación del Servicio, la Jefatura de interconsultas y la concurrencia a las salas. A su vez, menciona que “casi todas las interconsultas las veíamos en dupla”. Por otro lado, el Servicio Social estaba distribuido en dos equipos: el materno-infanto juvenil y el de adultos<sup>45</sup>. Sin embargo, resulta relevante mencionar que no todas las trabajadoras sociales intervenían con ILE en un principio. En el año 2019, el Servicio Social se reestructuró al ser trasladada la única trabajadora social del equipo de adultos que intervenía con ILE (la TS4) al equipo materno-infantil. De este modo, la misma profesional relata que ello provocó que tal equipo quedara -en palabras de la entrevistada- “acéfalo”. Eso se debe a que las trabajadoras sociales que se encontraban en el área de adultos “no querían, no tenían ganas” (TS4) de abordar las situaciones de ILE, por lo tanto las que continuaron interviniendo en dicha temática y sosteniendo la atención eran sólo 4 de las 8 trabajadoras sociales del Servicio Social.

A su vez, las trabajadoras sociales que ya constituían el equipo de ILE en aquel entonces mencionan en sus relatos un aspecto clave en el proceso de sostener y fortalecer la atención de la salud sexual no reproductiva en el Hospital G.: las posibilidades de articulación y negociación con otros agentes institucionales involucrados en el procedimiento. En este sentido, las trabajadoras sociales sostienen que las reuniones y el diálogo constante con otros profesionales de la salud fueron estrategias importantes “para escuchar, para entender y también nuestra idea en ese momento era empezar a mover algunas cuestiones que estaban muy duras con los residentes y con algunos profesionales de planta” (TS4) haciendo referencia a los problemas que tenían con los objetores de conciencia los cuales hemos abordado en el capítulo anterior.

Siguiendo esta línea, analizar las estrategias de escucha y debate por parte de las entrevistadas ya previamente a la pandemia, anunciaban la posición que ocupa el Trabajo Social en el campo de salud, en tanto agente que disputa la apropiación y sentido del capital

---

<sup>45</sup> La composición y funcionamiento de ambos equipos en aquel entonces no fue información relevada en el marco de nuestro trabajo de campo debido a que los objetivos de la presente investigación se encuadran en el recorte temporal del contexto de pandemia.

que está en juego (Bourdieu, 1983 en Contreras, 2019:1). Por consiguiente, dichas estrategias pueden ser observadas como la posibilidad de nuestra profesión de construir argumentaciones que produzcan articulaciones con otros profesionales en pos de garantizar el derecho a interrumpir un embarazo.

## **2.2 Trabajadoras Sociales reorganizadas por el derecho al Aborto Legal, Seguro y en el Hospital**

El motivo de recuperar el recorrido del equipo de ILE se debe a reconocer en su historicidad aquellas formas de organización que devinieron transformadas durante el período de pandemia, que se decreta en nuestro país el mes de Marzo del año 2020. En este apartado se describen las estrategias de cuidado colectivo que se llevaron a cabo desde el Servicio Social del Hospital G. Durante los primeros meses de la crisis socio-sanitaria, las trabajadoras sociales en situación de entrevista, recalcan la importancia del ingreso de Carla (ginecóloga) a la Coordinación del Programa de SSyPR y la consecuente articulación para brindar capacitaciones profesionales, realizar ateneos, o mismo gestionar el acceso a la demanda de ILE que llegaba al Hospital G. a través de dicho Programa. En consonancia, Cruz (2014) analiza que *“las instituciones comparten la característica de estar constituidas por actores sociales relacionados de cierta manera entre sí y con otros actores externos a ellas, que producen hechos de distinto tipo según los objetivos organizacionales”* (Cruz et. al 2014:179). La TS4 nos cuenta la importancia de la inserción de Carla (ginecóloga) en el Programa ya que si bien había cuestiones vinculadas a ILE, desde el Ministerio se trabajó “el poder empezar a implementarlas” porque era un tema instalado en el Hospital G. que “empezó a circular de otra manera”. A su vez, la TS2 menciona el “atravesamiento político” que implica la incorporación de la ginecóloga en el Ministerio. La instancia de articulación entre el Estado y el Hospital G - como efector de salud público-, denota la impronta política desde una agente como Carla hacia el equipo de ILE para mantener de forma prioritaria la atención a dicha demanda.

Sin embargo, encontramos tensión en lo relatado por las trabajadoras sociales ya que la TS2 nos expresa que durante la pandemia no había carteles o señalizaciones que informaran que en el Servicio Social era un “consultorio de interrupción del embarazo” sino que era “bueno, la doctora tal...” (TS2). La respuesta institucional en el marco de la prestación de bienes y servicios son pre-establecidos *“de forma abstracta [y] contraponiéndose a la heterogeneidad de los usuarios concretos”* (Oliva y Gardey 2014:72). Es decir, reflejan el tipo de respuestas y delimitan aquellos sectores de población que pueden ser usuarios de las

prestaciones. Respecto a lo mencionado por la TS2, al momento de visitar el Servicio para llevar a cabo las entrevistas, no encontramos folletería o señalización específica sobre las interrupciones del embarazo en el recorrido desde el ingreso al Hospital G. hasta el edificio donde se encuentra el Servicio Social, solo se encontraron colocados algunos panfletos pero ninguno informaba sobre atención y/o Protocolo de ILE en las puertas de este último<sup>46</sup>. Si bien hubo articulación desde el Programa de Salud Sexual y en el Servicio Social se efectuaron intervenciones de ILE, ¿cuál fue el motivo de la ausencia de carteles o señalización respecto a dicha temática?.

En el marco de la reorganización de los cuidados colectivos, el Servicio Social dividió su atención en dos grupos para evitar el cierre completo del Servicio y prevenir los contagios. Si bien, tal como menciona la TS2 “no fue una bajada del Ministerio de Salud, fue algo que pasó en todos los hospitales”, priorizando la atención de la demanda en general “porque si no... se aislaba todo un servicio si alguien se contagiaba”. Ello se denominó “sistema de burbujas”<sup>47</sup> y en el Servicio se desarrolló de la siguiente manera: mientras algunas de las trabajadoras sociales asistían de forma presencial en el Hospital G., otro grupo realizaba sus tareas de manera virtual, rotando esta modalidad cada semana. Asimismo, contaban con un grupo de WhatsApp y un libro de comunicación cuando asistían presencialmente, y a su vez, algunas interconsultas las llevaban a cabo de manera virtual. Esta nueva dinámica expresa las formas en que lograron sostener su actividad a través de la disposición de dichos elementos, sin detener su ejercicio profesional. La misma trabajadora social entrevistada comenta que una de las jefas del Servicio Social dió como directiva que nadie podía transitar otras salas o servicios del Hospital G, a lo que agrega: “complejo y a la vez entendible, en un momento donde circular por el pasillo parecía que ya era peligroso”.

Ello interpela el propio ejercicio profesional, justificando la construcción de las estrategias de cuidado colectivo, a su vez que las entrevistadas relatan que el espacio donde pudieron continuar trabajando “fue un trabajo muy en el servicio acá resolviendo cuestiones telefónicamente” (TS2). Como producto de dicho contexto y en relación a las medidas mencionadas, se reconfiguró la capacidad de elaboración de estrategias complejizándose paralelamente la propia práctica. Una de las preguntas que presentó en la entrevista la TS3 en

---

<sup>46</sup> Ver Anexo n°2.

<sup>47</sup> El término “burbuja” emergió desde el terreno turístico cuando Nueva Zelanda, luego de haberse anunciado como el primer país que había “eliminado” el contagio por COVID-19. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/tendencias-america/2020/09/01/las-burbujas-de-cuarentena-pueden-limitar-el-riesgo-de-contagio-y-cuidar-la-salud-mental/>

relación a intervenir solamente en las intermediaciones del Servicio Social durante la pandemia fue: “¿cómo armamos una dinámica institucional para orientar, para contener, para ver qué situaciones se deberían seguir atendiendo y acompañando?”. Pontes (2003) hace referencia a que los trabajadores sociales, en su carácter intervencionista “*necesitan además de conocer la realidad en su complejidad, crear medios para transformarla en dirección de un determinado proyecto socio-profesional*” (Pontes en Borgianni et. al. 2003:170). El escenario social en el contexto de la crisis epidemiológica permite visibilizar, a través de los testimonios de las entrevistadas, la incertidumbre y preocupación por la capacidad de abordaje y recepción de la demanda y por uno de los factores característicos de nuestra profesión en cuanto a los espacios: el cuerpo. Entendido como mediador de nuestras relaciones con los otros y con el mundo en que habitamos, Citro (2009) añade que el cuerpo “*requiere de movimientos analíticos... de participación-acercamiento*” y evitar reducirlo a un mero objeto (2009:291). A su vez, Carballeda (2012) sostiene que “*el cuerpo narra de diferentes maneras*” (2012:42) y es por ello imprescindible reconocer la labor de las entrevistadas para generar estrategias que permitan habitar la incomodidad y lo novedoso del encuentro virtual, trascender la pantalla y producir un encuentro que pueda ser amable y enriquecedor, así como también intervenir para garantizar el derecho a la ILE. Por ello abordamos la intervención profesional no sólo en términos físicos sino también simbólicos, en los siguientes párrafos.

Frente a la decisión institucional de limitar la circulación en el Hospital G. para adaptar su dinámica a los imperativos del contexto de pandemia, la TS4 sostiene: “realmente no éramos imprescindibles, eso está claro. No somos terapistas ni...” agregando que existía en aquel entonces “una legitimación de que sólo podía ponerse en riesgo lo imprescindible”. En este sentido, la noción de campo de salud de Spinelli (2010) recorre transversalmente este trabajo ya que, parafraseando a Contreras et. al (2021), nos ofrece las coordenadas para pensar la jerarquización del trabajo social en el espacio institucional, en calidad de agentes que disputan posiciones de poder y reconocimiento, haciendo uso de los capitales en juego para definir su intervención, para transformar las estructuras institucionales en un momento histórico particular. De allí que las entrevistadas refieran a una constante problematización de su propio ejercicio, sobre la premisa de que la realidad social se construye, y es un proceso en permanente transformación. De las palabras citadas en el testimonio de la TS4 se manifiesta la existencia de acuerdos internos respecto a la distribución de las tareas y los espacios a ocupar en los momentos más críticos de la pandemia, según aparentes grados de esencialidad de cada profesión. Esto pone de relieve, por un lado, que la intervención profesional no sólo presenta

mediaciones de las condiciones laborales que plantea la institución empleadora, sino además, expresa jerarquías institucionales del propio espacio laboral; y por otro, que la verticalidad rige el funcionamiento hospitalario a la vez que permea en la apropiación implícita de la entrevistada acerca del rol prescindible del trabajo social en dicho contexto. En efecto, los relatos de las entrevistadas manifiestan la primacía de una mirada médica-hegemónica sobre los cuidados a partir de la cual el cuerpo-físico, pero no así el psico-social, era objeto primero de las medidas ejecutadas.

Dentro de lo prioritario y lo urgente que llegaba al Servicio, las trabajadoras sociales mencionan que tuvieron que evaluar si se requerían de intervenciones virtuales o presenciales según cada situación. La posibilidad de las entrevistadas de poder encontrar(se) en un espacio redefinido como lo virtual, donde el consultorio o la sala de atención se presentó bajo novedosas dimensiones que, directamente, requirió generar otros dispositivos de escucha y contención: organizar horarios, disponer de lugares donde se respete la privacidad de las personas, una articulación eficiente de circuitos telefónicos con otras trabajadoras sociales del Servicio como así también con otros organismos o efectores de acompañamiento. Si partimos de la conformación de redes que se configuran en los procesos de intervención, que a su vez constituyen -e instituyen- prácticas y saberes con y desde cuerpos situados en un momento determinado, podemos confirmar que el cuerpo es individual y al mismo tiempo vivido de forma colectiva (Scheper-Hughes, 1997).

En relación a ILE no ambulatoria, la TS2 comenta que aquellas personas que solicitaron una ILE continuaron concurriendo al Servicio Social para realizar la entrevista “pero después nosotras estábamos acostumbradas a un seguimiento en sala [de internación] que medio que se frenó”. Las entrevistadas nos cuentan que se realizó una reestructuración de las salas por la ocupación mayoritaria de personas con Covid-19. Ello conllevó que las personas internadas por una ILE terminaran en la Sala de Obstetricia “que es algo que siempre se intenta evitar pero era lo que había” (TS2) ya que “el tema eran los aislamientos, eso era un quilombo<sup>48</sup>... Se internaba en obstetricia sola, no es que estaba con una embarazada o una puerper<sup>49</sup> al lado” (TS4). En este sentido, aquellas “estrategias de cuidado” que el equipo construyó anteriormente se vieron “desarmadas porque eras vos solita con tu alma y ni siquiera nosotras, tal vez una llamada telefónica o eso, pero no mucho más” (TS2).

---

<sup>48</sup> Forma coloquial para referirse a alguna circunstancia, lugar, persona o cosa se halla en un estado de descontrol, caótico y escandaloso.

<sup>49</sup> Se refiere a una persona que está transitando el período de puerperio.

Dicha situación comentada por la trabajadora social entrevistada se tensiona con uno de los principios rectores del Protocolo de ILE (2019): la privacidad. La misma refiere a que los servicios donde se lleven a cabo los procedimientos de ILE deben respetar la privacidad de las personas usuarias durante todo el proceso, incluyendo la adecuación de los espacios donde se lleve adelante la práctica (2019:14). Las disponibilidades del espacio físico del Hospital G. en el marco de la pandemia pudo reestructurar sus salas para brindar acceso a la práctica, entendemos que las posibilidades de intervención del equipo de ILE se vieron interpeladas en tanto las condiciones coyunturales viabilizaron la práctica en un sentido distinto al planteado por el Protocolo. Continuando con la situación de las salas de internación, la TS3 nos cuenta que durante el periodo de la crisis socio-sanitaria no podían ingresar acompañantes pero sí permanecer fuera del Hospital G. En consecuencia, como parte del equipo de ILE, la misma entrevistada relata: “tratábamos de organizar que tuviese todo lo que necesitaba, que tuviese un celular para comunicarse” (TS3), haciendo énfasis en que parecen cuestiones mínimas pero que en el marco de la falta de compañía se tornaban fundamentales, a fin de evitar que la persona transitara el aborto en soledad y pudiera mantenerse en contacto con su red afectiva. Conviven en la intervención dos aspectos característicos de nuestra profesión: el “saber experto” y la proximidad con el otro. Y ocupar ese rol político de nuestra profesión es visible a través de la accesibilidad que Comes y Stolkiner (2005) definen como el vínculo entre sujetos y servicios, donde se combinan por un lado, la presentación de los servicios a través de sus discursos y condiciones y por otro, la representación que los sujetos construyen sobre los servicios de acuerdo a la utilización de los mismos. De este modo, podemos pensar la accesibilidad como la construcción de un encuentro que demostrará la calidad del vínculo. Surge otra dimensión en el concepto: la dimensión subjetiva. La misma trata de los sentires, percepciones y saberes que los sujetos construyen en base a sus experiencias utilizando servicios. Por consiguiente, los servicios a través de sus discursos, decisiones y acciones/inacciones, no solo construyen modelos particulares de acceso sino que son productores de subjetividad (Comes y Stolkiner, 2005). Cuando la TS3 nos cuenta sobre las formas en que pudieron reemplazar la comunicación con las personas internadas por ILE (en un contexto donde no pudieron acompañarlas como lo hacían antes de la pandemia y donde las personas estaban en cercanía con personas que habían parido) da cuenta de una transformación de la intervención en tanto acercamiento y acompañamiento hacia ese otro que se encuentra en total soledad -como mencionan las entrevistadas.

En concordancia con lo mencionado, la TS4 menciona:

“En ese momento se entrevistaba con barbijo, con máscara... Era una mierda<sup>50</sup>. Era muy difícil las entrevistas con el EPP... O sea era como muy complejo...era como todo una cosa de mucha distancia. En situaciones jodidas, digo. ILE no es una situación simple para una persona que lo viene a solicitar”. (TS4)

En el transcurso del año 2020, la misma entrevistada lo describe como un momento “muy endogámico” no sólo del Servicio Social, sino de todos los Servicios en general. Frente a la distancia que imponía el propio contexto, las trabajadoras sociales nos relataron la necesidad de construir alternativas diferenciadas, ya que las intervenciones virtuales no eran suficientes para abordar la complejidad de las problemáticas en general, y específicamente de ILE. En consecuencia, la TS4 agrega: “nos habilitamos también, de alguna manera, volver a las salas de internación”. La decisión de retomar las intervenciones cuerpo-a-cuerpo -incluso teniendo en cuenta las condiciones del contexto- nos invita a pensar en las implicancias de la autonomía profesional. Mallardi (2013) la analiza en términos de “*la capacidad de quien ejerce el Trabajo Social*” para definir la finalidad de la intervención y la selección de alternativas que le profesional considera oportunas -y agregamos, necesarias- para poder alcanzar los objetivos que se propone (2013:13). Para iluminar nuevas posibilidades de construcción de alternativas creativas al quehacer profesional, recuperamos la propuesta de Iamamoto (2002) quien señala superar el recorrido teórico-metodológico de las problemáticas inmediatas con la que se enfrenta el Trabajo Social, refiriéndose a las estrategias técnico-políticas. En este sentido, las estrategias que desplegaron las entrevistadas desde el sistema de burbujas, la colectivización del conocimiento, implicó un reacondicionamiento de los espacios institucionales en la pandemia y una reconfiguración del ejercicio profesional que interpeló y atravesó las estrategias de intervención.

### **2.3 Acuerdos y negociaciones: relación entre las incumbencias profesionales y las condiciones institucionales en tiempos de crisis socio-sanitaria**

En el contexto de pandemia se generó un proceso de reacondicionamiento de la dinámica institucional que atravesó inevitablemente a todo el personal de salud en general, y al ejercicio profesional en particular. Es por ello que este apartado intentará describir las instancias que se les presentaron a las trabajadoras sociales del equipo de ILE, reflexionando sobre la relación entre las incumbencias profesionales y las condiciones institucionales en las cuales las primeras se desarrollaron. Corresponde, en primer lugar, plantear nuestra profesión dentro de un sistema de producción capitalista, retomando a Iamamoto (2002) al señalar que,

---

<sup>50</sup> Expresión coloquial que describe negativamente una situación.

bajo el carácter de trabajador, los trabajadores sociales *“participamos de los mismos problemas que atraviesan todos aquellos que viven del trabajo”* y por lo tanto *“no podemos pensar en la intervención más allá de nuestra condición de trabajo”* (2002:102). Simultáneamente, Grassi (2005) refiere a que la relación de subordinación directa al trabajo -como particular problemática de las sociedades capitalistas modernas- tensionan las expectativas de libertad con las de igualdad (2005:6).

En el marco de entrevista con la TS3, refiere a que:

“Todo el tiempo estamos como problematizando (...) los espacios donde intervenimos; problematizamos en nuestras intervenciones, las intervenciones de los equipos de salud (...) en función de garantizar el acceso y que no se vulnere más a las personas que ya de por sí están vulneradas, que no estén más vulnerabilizadas de lo que ya están, no sé... Vulnerabilizados. Me gusta ese concepto que no es que uno viene con vulnerabilidad sino que es el sistema, es el entorno, es la política pública que vulnera, que te deja en un lugar vulnerabilizado”. (TS3)

Nos interesa poder trascender la lógica capitalista que interpela nuestra profesión y la reduce a una relación “empleador-servicio”, entendiendo al primero como prestador de servicios y al segundo como portador de necesidades (Montaño 2014). Ello opera en lo que la autora define como *“un vaciamiento de las contradicciones de intereses de las clases y sectores sociales”* (2014:41), donde la demanda de la institución que contrata a le trabajadore social se desprende de intereses hegemónicos y capitalistas para manifestarse como un receptor de demandas que efectiviza respuestas a las necesidades de les usuaries. Montaño añade que estas últimas no son comprendidas como manifestaciones de las contradicciones sociales sino como problemas sociales a solucionar.

En este sentido, creemos necesario contextualizar la situación laboral de las entrevistadas durante la pandemia, siendo uno de los factores que atravesaron el ejercicio profesional y complejizaron la formulación de estrategias de cuidado. Proponemos centrarnos en dos cuestiones que se relacionan dialéctica e intrínsecamente, en relación a lo expuesto por la entrevistada: la política pública y las condiciones laborales. Bien sabemos la vinculación entre el T.S y la política pública, no como meros garantes del cumplimiento e implementación de las mismas, sino desde la crítica y el cuestionamiento estatal, institucional/laboral y profesional. Foucault (1983) plantea dejar de lado la dimensión institucional y centrar su interés en el nivel de las acciones pautadas que se desarrollan al interior de la misma. El autor opta este escenario para describir que, en relación a las pautas programas (políticas públicas) jamás transcurren integralmente en la institución, sino que allí *“se simplifica, se eligen algunos y no*

*otros, y esto nunca ocurre tal como se había previsto*” (Foucault 1983 en Varela 2013:167). A partir de lo expuesto por la TS3, entendemos que la política pública construye un sujeto de derecho, de igual manera que inscribe la praxis del ejercicio profesional, delimitado a su vez por los objetivos institucionales del Hospital G. Por consiguiente, la TS2 comenta:

“A partir de septiembre 2020 empezamos a laburar a pleno con nuestras situaciones, muchas muy graves con muchas desvinculaciones, con mucha pobreza y con mucha violencia exacerbada. Especialmente situaciones con mucha violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes -situaciones que en otro momento se hubiesen detectado antes- y llegaban muy mal”.

En consonancia, la TS3 advierte que el conjunto de las medidas de cuidado y prevención “no contempló toda la cuestión psicosocial, vincular, subjetiva de lo que le estaba pasando a las personas; eso quedó relegado a un recontra plano allá en el fondo”. En relación al contexto de pandemia “*los sujetos se [vieron] aislados unos de otros, cada uno enfrentando, por sus propios medios, su situación de vulnerabilidad*”, entendiendo el componente de control social de las políticas preventivas enmarcadas en una fuerte individualización (Matusevicius, 2017:256). Cabe aclarar que nuestro objetivo no está enfocado en la valoración de las medidas epidemiológicas tomadas por los Gobiernos; no obstante, comprendemos que parte de nuestra investigación es poder reconocer cómo transformó dicho fenómeno las áreas de intervención de las entrevistadas, específicamente lo relacionado a la práctica de ILE. Sin embargo, creemos relevante analizar que las medidas para prevención de contagios por COVID-19 construyeron otro sujeto de derecho, un derecho a la salud completamente clínico desde la mirada médica y que al resto de las circunstancias vitales y vulneraciones, le fue asignado un espacio menor en la agenda pública. Por ello, es indispensable visibilizar las consecuencias inmediatas producidas por el confinamiento decretado a través de las medidas de ASPO<sup>51</sup>, debido al carácter crucial -en tanto insumo- para describir las condiciones laborales de las entrevistadas y las circunstancias en que, los lineamientos institucionales delimitaban el ejercicio profesional. Asimismo, la TS2 señala que:

“Laburamos al palo en el hospital porque nos mandan de vuelta todos a la presencialidad todos los días, desaparecen los equipos. Nosotras laburamos con organismos que no laburaban presencial, entonces hicimos todo... Así que con un volumen de trabajo muy zarpado y con muchas tareas a cargo, porque las entrevistas que hacían los organismos, por ejemplo el Consejo de Derechos NNyA de CABA, eran muy difíciles de conseguir; muchas gestiones se digitalizaron y las personas no tenían posibilidades de acceder solas”. (TS2)

---

<sup>51</sup> Dichas medidas fueron mencionadas en el apartado 1.3 (podemos poner una página cuando ya lo tengamos terminado)

Iamamoto (1997) menciona que las condiciones laborales que particularizan el ejercicio profesional son la expresión concreta de la dinámica de *“las relaciones sociales vigentes en la sociedad”* (1997:89), es decir, como trabajadoras asalariadas. Los procesos de intervención que intentan materializarse mediante la articulación de las incumbencias profesionales, intentan superar la práctica fragmentada, inmediata y superficial. Sin embargo, vincular las situaciones de la pandemia, a través del relato de las entrevistadas, mientras se evidencia el desbordamiento de las capacidades institucionales en el despliegue del ejercicio profesional, da cuenta de la exigencia de cómo se reconfiguran los márgenes de intervención. Los mismos se transforman en la medida de las posibilidades o bien limitaciones de la política pública, en tanto la digitalización de la gestiones que la población destinataria debía realizar, fue incorporada en los procesos de intervención por parte de las trabajadoras sociales. Ahora bien, entendiendo el atravesamiento de la política pública a las instituciones y éstas al ejercicio profesional de las profesionales entrevistadas, corresponde incorporar al análisis las incumbencias profesionales, es decir, aquello que la Ley Federal de Trabajo Social habilita como acciones que pueden ser llevadas adelante por le profesional. La importancia de ellas radica en el otorgamiento de significado y la posibilidad de proyectar -estratégicamente- la práctica del TS. Por ello, Cruz et. al (2014) propone como nuevo imperativo ético problematizar los alcances en un contexto donde las limitaciones de las incumbencias son difusas.

En relación a las intervenciones con ILE, la TS4 resalta que el rol del Trabajo Social queda “acotado” en tanto la intervención profesional es reducida a justificar el informe de Causal Salud Integral<sup>52</sup> “que no todos entienden muy bien de qué se trata” - añade. No obstante, la TS3 sostiene que existe un reconocimiento del Trabajo Social en el Hospital G. por parte de otros profesionales de la salud, a partir del cual se legitiman sus intervenciones, no solamente para la ILE, si no “para acompañar cualquier situación que excede el procedimiento médico”. Siguiendo la lógica de Cruz et al. (2014) sostenemos que la existencia de la distribución social de las incumbencias devenidas en “funciones” reguladas, delimitadas y armónicas no reconoce las tensiones y contradicciones constitutivas de la arena política y del campo de intervención, donde existe *“una lucha por una identidad propia, por profesionalizarse, por ser reconocido y por tener poder”* (Barrón Tirado et al, 1996 en Cruz et. al 2014). Sin embargo, proponemos pensar en una relación inescindible entre incumbencias y funciones profesionales, cuya síntesis encuadra los procesos de intervención del Trabajo Social. Contreras et. al. (2021) sostiene que *“el acumulado político que como profesión se viene haciendo en el campo de la salud”*

---

<sup>52</sup> Abordaremos dicho concepto y sus implicancias en el ejercicio profesional en el apartado siguiente.

(2021:60), conlleva y produce que no sólo se reconozca al Trabajo Social como disciplina que interviene -en este caso- con ILE, sino un proceso de revisión sobre la significancia de la interrupción del embarazo en un efector de salud y, puntualmente, de salud pública como lo es el Hospital G. Y en relación a lo expuesto por las entrevistadas compete preguntarnos: ¿el reconocimiento deviene por el rol instituido de nuestra profesión o es la construcción instituyente del T.S por la que es reconocida?. Por un lado, la TS4 percibe una mirada reduccionista o tecnicista del Trabajo Social, donde la intervención pareciera estar centrada a una mera función de asistencia. La misma puede ser entendida como la resolución de situaciones de la vida cotidiana de sujetos, una función subsumida en el análisis de las llamadas políticas sociales desde un discurso conservador (Oliva y Gardey 2017:70). Por otro lado, el reconocimiento de la profesión en el Hospital G. que la TS3 expresa puede pensarse como producto de la trayectoria institucional, siendo su espacio de intervención aquellas situaciones que exceden el carácter médico tanto de la ILE como de otras prácticas clínicas.

Las entrevistadas expresan que desde MSAL de Nación se comunicó una directiva en el año 2020, cuyo objetivo era que las personas provenientes de la Provincia de Buenos Aires e ingresaban al Hospital G. para solicitar una ILE, debían comunicarse a la línea 0800 de Salud Sexual y ser redirigirlas a algún centro de salud cercano a su domicilio para realizar la práctica. No obstante, la TS1 añade que: “si estaban con falta de acceso, se le daba curso igual” dentro del Hospital. Ello expresa que el acceso a la ILE se trata de un derecho, en tanto necesariamente debía garantizarse ya sea en otro efector de salud o allí mismo. Para alcanzar dicha finalidad, debió procurar la consecución y articulación de los recursos disponibles, ya sea al interior del Hospital G. u en otros efectores de atención. De este modo, se identifica en su relato la función de gestión (Oliva y Gardey, 2014). En este sentido, cabe recordar que el Hospital G. es un efector al que concurrían personas de CABA como de “Gran Buenos Aires, Zona Oeste. Todo lo que es Matanza” (TS5). Si bien excede los fines de la presente investigación el atravesamiento político de las decisiones respecto a la atención de los efectores de salud de la Pcia. de Buenos Aires, la relevancia de efectivizar el acceso a la ILE, aún cuando las personas no fueran de CABA, implicó la capacidad de análisis de las profesionales entrevistadas respecto a la viabilidad de sus estrategias de intervención. Otro aspecto a considerar fueron las dificultades que atravesaron las personas que iban a solicitar un aborto, teniendo en cuenta las limitaciones ya mencionadas para circular en vía pública durante la pandemia.

Siguiendo en línea con las estrategias de intervención en ILE por parte de las trabajadoras sociales entrevistadas, la TS4 resalta el trabajo constante del equipo de ILE con

les residentes médicxs en el marco de resolver los problemas de los residuos patológicos que anteriormente abordamos. En su relato, cuenta acerca de una situación donde en diálogo con residentes de sala respecto a este tema, llegó a preguntarse: “yo te estoy hablando de residuo patológico de un aborto. ¿Por qué estoy haciendo esto? Pero lo estoy haciendo; yo soy trabajadora social, no tengo ganas de ver sangre nunca”. A lo que agrega:

“Esto que pudimos hacer con los residentes, fue re importante y se vió habilitado por una situación que en la vida, uno hubiera pensado que habilitaba (un residuo patológico) una charla en relación a qué nos pasa cuando asistimos una ILE, como profesionales”. (TS4)

Comprender la profesión como complejo social, que surge ante la necesidad de incidir en la reproducción social, propone indagar sobre la finalidad en los procesos de intervención. La reflexión sobre la misma, señala Mallardí, “*no se reduce al cumplimiento de objetivos puntuales y particulares y, menos aún, a demandas institucionales*” (2017:83) sino que en ella se traducen los valores expresados en la concreción de la práctica. Ello subyace en el relato de la TS4, cuya función educativa (Oliva y Gardey, 2017) busca incidir en los modos de ver y pensar de las personas. La misma entrevistada nos cuenta que el problema sobre los residuos patológicos fue resuelto. En este caso, proponemos pensar el proceso de intervención fuera de los márgenes específicos de las incumbencias, donde el T.S tuvo la capacidad de que los intereses profesionales contuvieran el componente de transformación de las condiciones institucionales. El espacio de diálogo que pudo gestionar la trabajadora social es una expresión de cómo se problematizó la práctica profesional durante la pandemia. Como parte del proceso de construcción del equipo de ILE y “de legitimación de una práctica tan compleja” (TS4), fue necesario el acompañamiento a aquellos profesionales médicos que también participaban de dicha práctica. El espacio brindado a residentes puede tener doble funcionalidad: como una instancia sensibilizadora así como también una proyección articuladora con dichos profesionales de la salud.

La problematización del propio ejercicio profesional en el marco de las condiciones institucionales, la TS4 comparte su deseo de “poder estar desarrollando intervenciones de otro orden” aunque “la realidad y la vida hospitalaria nos lo hacen un poco imposible”. Pareciera de carácter urgente definir el lugar definitivo del Trabajo Social -señala Cruz et.al (2014)- donde los procesos de construcción de estrategias de, en este caso, las trabajadoras sociales del equipo de ILE, conllevan “*prácticas profesionales situadas [que se configuran] desde actos de poder*” (2013:63). Por y para ello, es indispensable analizar que las actividades laborales del

T.S se desarrollan en instituciones y éstas no sólo atraviesan sino delimitan el ejercicio profesional. Lo expuesto por la entrevistada da cuenta de ciertas limitaciones para poder construir estrategias y la viabilidad para materializarlas. Mallardi (2017) propone pensar que *“no todos los elementos y recursos necesarios se encuentran asequibles en la intervención”* (2017:113). Cabe enfatizar que, considerando el carácter de trabajadoras asalariadas de las entrevistadas, es entendible que el Hospital G. como empleador, disponga de la distribución de recursos económicos, humanos y edilicios. Optamos por utilizar la noción de viabilidad institucional-organizativa para considerar que tanto la dinámica de Hospital G. como también la forma de organización en la cual las entrevistadas desempeñaron su ejercicio profesional, con el fin de tener en cuenta *“cómo su intervención se inserta en los objetivos y políticas propuestos por la organización empleadora”* (2017:114). Entendemos lo mencionado por la TS4 como una expresión de deseo a partir del compromiso profesional, sin embargo también puede ser leído como un reclamo ante las condiciones institucionales tanto de épocas anteriores a la pandemia como durante la misma.

### **2.3.1 Disputas de sentidos entre el modelo médico hegemónico y el abordaje de lo bio-psico-social: una mirada desde la integralidad**

Para culminar con el presente capítulo, interesa reflexionar acerca de las disputas de sentido sobre el cuerpo de aquellas personas que solicitaron una ILE y en qué condiciones se realizó dicha práctica en el contexto de pandemia. Ante la predominancia de un modelo médico que ejerce poder y disciplina a través de la legitimación y hegemonía sobre los cuerpos gestantes, son los relatos de las profesionales entrevistadas nuestro insumo para evidenciar aquello que se disputa.

La síntesis de las relaciones profesionales entre las dos posiciones aparentemente antagónicas, que son por un lado el MMH y por otro el abordaje desde la integralidad, propone analizar que en términos concretos, quienes permanecieron en el medio de las tensiones, fueron las personas que solicitaron una ILE. Por ello, proponemos como premisa para este apartado que *“la decisión autónoma de abortar de las [personas con capacidad de gestar] sea contemplada (...) como una práctica de salud más en su vida”* (Irezo y Maccorin 2017:60). Para abarcar la complejidad de lo mencionado, la TS4 refiere a una situación en el servicio de Pediatría en el contexto de pandemia:

“Se trataba de una ILE a una adolescente de 14 años, que aparentemente había sido de una relación consentida y no había riesgo para la vida. Entonces me pregunta (la médica

pediatra): ‘¿Bajo qué marco se habilita la práctica de una interrupción del embarazo? Si no hay riesgo de vida y no fue una violación’. (...) Hay mucho desconocimiento y es una irresponsabilidad profesional a esta altura del partido... Tenés la responsabilidad y la obligación de mínimamente clavarte la ley”. (TS4)

El Protocolo de ILE hace hincapié en las altas tasas de síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes tanto durante el embarazo como en post-parto, a diferencia de la población adulta. El Comité de los Derechos del Niño alerta sobre ello y sobre el desarrollo de pensamientos suicidas (MSAL, Resolución 1841/2020) por lo cual, en dicho Protocolo se señala que en menores de 15 años, debe considerarse siempre la posibilidad de acceso a la ILE enmarcada en la Causal Salud (2019:15-16). En el momento de la interrupción de un embarazo se pueden registrar las múltiples variables por las que está atravesada la persona. Del Rosso (2017) menciona por un lado, las dimensiones físicas, psíquicas y sociales que conforman el estado de salud-enfermedad y, por otro, el conocimiento subjetivo sobre la experiencia de la salud, la enfermedad y el cuidado. Dichas dimensiones *“no siempre son pasibles de constatarse, comprenderse y validarse”* (2017:79), pudiendo solo ser validadas por la persona en cuestión, cuya constatación no es necesaria desde las disciplinas médicas ni del campo psi - según la autora. Ahora bien, en el caso expuesto por la entrevistada, y en el marco legislativo de la ILE, la autora señala respecto a los actos de negación y ausencia para realizar la práctica que *“no siempre está relacionado con una objeción de conciencia formulada en un marco de legalidad, sino con una objeción de hecho realizada de palabra”* (2017:80). Barrancos y Rosenberg (2018) en el marco de cuestionar la aparición del personal médico en la práctica de ILE, infieren menor importancia a la cuestión religiosa y le brindan un lugar central a la estructura *muy patriarcal* que se presenta cuando una persona solicita un aborto *“¿cómo vos vas a decidir hacerte un aborto?, tu cuerpo le pertenece, en realidad, al orden médico”* (2018:458). A su vez, proponen un tratamiento hacia la objeción de conciencia bajo la premisa de asignarle un valor negativo que hiera la omnipotencia del personal médico, en contraposición a una “cacería” de objetores de conciencia. En este sentido, Padilla Lavín (2016) a partir de los aportes de Butler, piensa el cuerpo no como una materia estable y definida, sino un constructo del discurso y de la ley (Butler 2012 en Padilla Lavín 2016:715). La autora recupera de Butler la propuesta sobre el cuerpo como una hoja en blanco, un medio en el que se inscriben los valores culturales del síntoma de época.

Como el título del presente apartado lo indica, la TS3 nos cuenta que desde el equipo de ILE interpelan a otras disciplinas *“con que la salud es integral; lo social es parte de la salud. No hay internaciones sociales, sino internaciones por salud integral”*. A ello la TS1 concuerda

que “el concepto de salud integral saben que no lo manejan como tal”, lo que se refleja en ciertas preguntas que nos cuentan que reciben las trabajadoras sociales: “¿cómo puede ser que por una condición social pretendan estar acá ocupando una cama?” de parte de “muchas [profesionales] de enfermería y de mujeres, lamentablemente. Y de ginecólogos, un montón.” Ello nos da pie para poder hablar de la Causal Salud, herramienta fundamental del equipo de ILE en la construcción de la intervención. Dosso (2017) propone analizar la Causal Salud desde un encuadre donde lo físico, social y psicológico son aspectos en constante convivencia, observando la posición profesional como sujeto y las personas gestantes como objeto de intervención. Ahora bien, para definir los márgenes del concepto de salud la OMS<sup>53</sup> indica que es el “*estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones*”. Ello supera el análisis meramente biologicista -y centrado en el individuo- respecto a la salud, reconociendo la dimensión psico-social de la misma. Los sentidos que se disputan sobre el cuerpo subyacen en la construcción de los informes por parte de las entrevistadas al momento de fundamentar la práctica de ILE, cuyo eje rector es la Causal Salud. El Protocolo ILE del año 2019 define que la Causal Salud incluye el peligro para la salud y para la vida, entendido este último como la situación extrema de la afectación a la salud (2019:14). El mismo sostiene que “la causal salud puede definirse por el riesgo de afectación al bienestar físico, mental o social” y que ello provee de entendimiento a que la ILE -basada en dicha causal- es “legalmente factible cuando cualquiera de estas dimensiones de la salud está en riesgo” concibiendo así, a la salud desde una perspectiva integral (2019:14). Dicha perspectiva -añade el Protocolo- se encuentra interrelacionada con otros derechos como a la dignidad, la autonomía, la no discriminación y el derecho a estar libre de trato crueles, inhumanos o degradantes; los cuales a su vez se vinculan con los conceptos de bienestar y determinantes sociales de la salud, en el marco de los derechos sexuales.

En relación a una de las dimensiones de la Causal Salud -la psico- las trabajadoras sociales entrevistadas nos relatan características de la articulación con el Servicio de Salud Mental. La TS3 nos informa que en la pandemia dicho Servicio cerró su atención durante un tiempo y, en consecuencia el trabajo en equipo se vió obstaculizado. La TS1 agrega que a partir de allí tratan de “evitar la interconsulta” siendo que “cuando se requiere una evaluación la solemos hacer más de lo social”, alertando a las profesionales de Salud Mental en caso de que lo consideren necesario. Sin embargo, la TS2 agrega que “si no las llaman, mejor; lo hacen con una voz de compromiso, pero realmente no tienen estructura para responder a esto”. El

---

<sup>53</sup> <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-salud-en-la-constitucion-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms>

Protocolo del año 2019 refiere que la salud mental es una dimensión de la salud -en línea con los aportes de Dosso- definida por la Ley de Salud Mental Nacional como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley 26.657, art. 3). Lo que observamos a partir de los relatos, es una relación de tensión-contradicción con otras disciplinas donde se disputaban sentidos diferentes sobre el abordaje de la salud dentro de la institución: por un lado, una postura reflejada en los dichos de algunos profesionales (enfermeras y ginecólogos) donde la salud tiende a estar asociada a la ausencia o no de una enfermedad; y por el otro, la percepción del equipo de ILE en términos de una mirada de la integralidad.

Nos parece interesante reflexionar sobre las -ya no diferentes sino antagónicas- nociones de salud que se impartieron en la vida hospitalaria, donde la lógica del MMH (abordado en el cap. I) sostiene aquella mirada fragmentada del cuerpo, en contraposición o como respuesta contrahegemónica que argumentan y disputan las trabajadoras sociales desde el enfoque integral. Si pensamos al Hospital G como una institución que se maneja con “*una relación de poder-complementariedad rígida*” (Pardo 1992 en Pereyra 2007:31), puede leerse que los márgenes de debate y discusión para el equipo de ILE, fueron limitados en el momento de pandemia, dado que durante esos años se exacerbaron las medidas higienistas y preventivas, focalizadas en el cuerpo (detección de síntomas) y el espacio circundante del mismo. En los inicios de este capítulo mencionamos algunas de las medidas del ASPO, fundamentales para poder comprender el contexto en que se dieron dichas discusiones y la representación social que se instaló en lo relacionado a la salud, desde una perspectiva biologicista donde la medicina ocupó un rol central siendo la palabra autorizada avalada también, por el Estado.

La TS5 nos cuenta que en el momento de construir el informe, hacían mucho hincapié en que “avanzar con este embarazo iba a generar algún tipo de impacto a nivel psico-emocional, porque no había sido deseado, no había sido planificado”. A ello la TS2 agrega que cuando la persona logra interrumpir su embarazo, “se van felices, contentas, porque efectivamente no querían saber nada con la maternidad y con el ejercicio del maternaje” y que en otros casos donde las personas pueden dar curso a la ILE pero “se van llenas de contradicciones, llenas de miedo”, la trabajadora social afirma que “tuvieron un espacio para elaborar esa decisión y a mí me parece que es un laburo súper rico”. En relación al impacto psico-emocional que menciona la TS5, desde el Protocolo 2019 el peligro para la salud “no requiere la constatación de una

enfermedad” y es por ello que no debe exigirse tampoco una intensidad específica sino que solo basta con la potencialidad del peligro para determinar la causal de no punibilidad para el aborto ya que el daño solo necesita “su posible ocurrencia” (2021:16). Consideramos también que el cuerpo que decide, Brown excede el discurso bioético del aborto y direcciona su análisis para hacer foco en la contraposición de la práctica, donde *“los significantes madre, mujer y esposa presentan una ruptura, un quiebre”* y recupera a Rosenberg para añadir que el aborto *“funciona incluso como un gesto de resistencia a aceptar definiciones hegemónicas”* (Rosenberg, 1998 en Brown 2008:21). Desde la mirada de las entrevistadas sobre la salud en relación a las ILE, nos referimos a la producción del informe con la Causal Salud como la construcción de un sujeto de derecho, incorporando un enfoque que contempla aquellos aspectos de la vida cotidiana que refieren de valor para la persona gestante, de las consecuencias que puede contraer la persona que interrumpe su embarazo, la configuración de un esquema de protección que, indudablemente, universaliza el acceso a este derecho en aras de despenalizar el aborto (Kielmanovich 2017:46 en Dosso 2017). En efecto, las palabras de las trabajadoras sociales reflejan el encuadre de un abordaje bio-psico-social de la ILE, sobre la base de comprender la complejidad de su intervención en el Hospital G., que es parte de un sistema de salud que históricamente se ha caracterizado por su expulsividad y reproducción de posturas culpabilizantes y estigmatizantes sobre las personas gestantes (Contreras et. al., 2021) tal como han expresado varias de las entrevistadas. La TS1 nos cuenta que parte de las estrategias del equipo fue centrarse en el aspecto de “no sufrir dolor” durante el procedimiento:

“Les decimos que no tienen que sufrir, porque a veces hasta la propia persona considera que ‘ya me avisaron que me va a doler un montón’, ya preparadas para sufrir como castigo, y tratamos de sacarlas de ese lugar”. (TS1)

Aquello que problematiza la trabajadora social tiene que ver con aspectos del cuidado que se sostienen en el Protocolo ILE, donde si bien el dolor es subjetivo para cada cuerpo, se debe brindar una atención de calidad que incluya no solamente el asesoramiento sino también el ofrecimiento de la medicación analgésica durante el procedimiento. Dicho Protocolo indica que “el dolor puede atenuarse mediante una combinación de apoyo verbal, medicamentos orales, bloqueo paracervical y un trato amable y respetuoso” (2019:50). García Martínez (2012) señala que reparar en entender el cuerpo como un campo de batalla -tal como intuyeron muchas de las feministas de finales del siglo XX- conlleva reconocerlo como *“algo a construir, como algo a conquistar”* (2012:380). El autor analiza al cuerpo como el medio por el cual el poder se expresa y manifiesta y, si de aborto hablamos, podemos decir que podemos revertir dicho poder para materializarlo a través de nuestros derechos. En la cita de la T.S entrevistada se

evidencia una una gran vigilancia del cuerpo, la recopilación de las experiencias vitales de las personas que solicitan una ILE donde el castigo mencionado refleja el éxito de una política que espera que ese cuerpo continúe gestando. Decanta la inscripción del poder en los cuerpos de las personas gestantes y ese discurso opresivo donde el cuerpo debe sufrir, un discurso contrario al aborto donde ubican al feto con una imagen amorosa y vulnerable y *“la mujer que aborta es su rival perversa y el aborto es un acto repugnante y terrorífico”* (Vacarezza, 2012 en Vacarezza y Busdygan 2018:196). Ello es resignificado por otra profesional entrevistada cuando menciona que en las entrevistas pre aborto les informa a las personas que “hay analgesias que las tienen que pedir, que se las tienen que dar, porque eso está garantizado en el protocolo...también un poco las orientamos en eso ¿no?” (TS3). Podemos pensar, entonces, en el cuerpo que aborta como un ejercicio de la acción política cuyo eje rector es el cuerpo, y en palabras de Garcia Martinez, en ese acto *“hacer de él la herida por la que el sistema sangre”* (2012:383). En ese sentido, la práctica del aborto en el Hospital G. en el período de pandemia, refleja el proceso de renovación de las estrategias cuyo efecto es la agitación política del movimiento por el derecho al aborto.

El sistema de salud en general y la lógica hospitalaria en particular, es descrita como rígida por la TS4, no solo con las profesiones vinculadas al área médica sino también al Trabajo Social. La profesional entrevistada refiere que “desde nuestra disciplina hay muchos colegas que ejercen de una manera muy hegemónica y muy controladora en su rol profesional”, lo cual conlleva a repensar los efectos del MMH en los procesos de intervención y ergo, en los soportes teóricos que orientan el ejercicio profesional. Interesa, por ello, comprender que la disputa por otorgarle sentido a la ILE excede la lucha de poder entre profesiones médicas y no médicas, hegemónicas o no hegemónicas, sino que se intenta denunciar que, en el medio de dicha tensión, se exponen a las personas que abortaron en pandemia. Lo expuesto por la profesional entrevistada demuestra que *“lo único que [se] consigue es dejar por fuera a ese sujeto complejo, autónomo, con capacidad de decidir”* (2017:56). Poder analizar cómo la lógica hospitalaria en particular tiende a permear incluso aquellas disciplinas o profesiones que priorizan un abordaje integral, es poder revelar que la práctica de ILE irrumpe por -y con- su historia para que aquello que ha sido despojado a lo privado sea público y político. Por ello, es indispensable reconocer que en el Hospital G. -como efector perteneciente al campo de la salud- el eje administrador de la legitimidad delimita el tratamiento de los pacientes en tanto cuerpo, y ello se relaciona conflictivamente con la historicidad que los movimientos feministas han construido en relación a él. Entendiendo al conflicto como factor constitutivo en la disputa

de sentido y del poder transformador de abortar en un hospital, expresando el corrimiento del “*ámbito doméstico ajeno a la política*” (2018:201), da lugar a que emerja el reconocimiento de aquel cuerpo que aborta.

En el presente trabajo de investigación hemos utilizado, en relación a la ILE, la categoría de solicitud ya que no hemos realizado entrevistas a las personas que han abortado en pandemia y desconocemos si ha sido una práctica deseada o no. Sin embargo, en este último apartado, creemos importante referirnos a las personas que abortaron como sujetxs capaces de transformar la violencia recibida sistemáticamente en el poder de abortar cuando no desean gestar una vida humana (Klein 2013 en Vacarezza y Busdygan 2018:202). Ello es entendido a través de los relatos de las trabajadoras sociales que condensan y sintetizan en el informe con la Causal Salud Integral, una mirada y abordaje que supere los supuestos médicos para reconocer en la persona que solicita una ILE, el derecho a ejercer su libertad reproductiva. Por ello, el próximo capítulo será sobre los efectos de la Ley de IVE aprobada durante la pandemia, producto de la organización colectiva de los movimientos sociales feministas, las redes de profesionales a favor del aborto, que han traducido al dolor para llevarlo al ámbito público, y cómo ello atravesó el año 2021 en el Hospital G., cuando la pandemia todavía continuaba.

## Capítulo III.

### **Institucionalización de la Ley IVE en pandemia: desde el interés individual a la obligación profesional**

En este último capítulo nuestro objetivo es analizar de qué manera la aprobación de la Ley N° 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) ha interpelado a las trabajadoras sociales entrevistadas en su ejercicio profesional, recuperando de sus relatos las percepciones y sentidos que, como mujeres y profesionales de la salud, construyeron sobre dicha ampliación de derechos. A dichos fines resulta imprescindible presentar una noción de política pública con perspectiva de género, que permite reflexionar acerca del proceso de institucionalización de la misma en el marco de la crisis socio-sanitaria que desencadenó la pandemia en el Hospital G. En efecto, buscamos comprender a partir del análisis de las experiencias profesionales de las entrevistadas, cómo se configura el reconocimiento de nuestra profesión en el campo de intervención y cuáles son los espacios que se debaten las trabajadoras sociales desde su ejercicio a partir de la implementación del nuevo marco regulatorio del aborto en el año 2021.

#### **3.1 “En cada esquina en la ciudad vas a encontrar pañuelos verdes”: el deseo convertido en derecho**

Como mencionamos en el capítulo primero, el recorrido de la lucha por el derecho al aborto encuentra sus comienzos en la década del 70, logrando poco a poco incorporarse en la agenda pública del Estado argentino, en un proceso enmarcado en aquella tendencia del Derecho Internacional a la ampliación del aborto. Desde la construcción de sus causales no-punibles en el Código Penal, pasando por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, así como también la organización social de la Campaña, forman parte de este recorrido -o acumulado- histórico que posibilitó el posterior tratamiento del proyecto de Ley IVE en el año 2018, aunque siendo desaprobado en la Cámara de Legisladores como hemos desarrollado. Sin embargo, el 17 de noviembre del año 2020, ya declarada la emergencia sociosanitaria por la pandemia de COVID-19, el Poder Ejecutivo envió al Congreso Nacional un nuevo proyecto de Ley IVE para su tratamiento, momento en que la Campaña convocó a la movilización y vigilia frente al Congreso de la Nación bajo la consigna “estaremos en las plazas, en las calles, con nuestra historia, nuestro reclamo y el fuego de nuestra lucha”<sup>54</sup>. Destacando así, la elaboración colectiva del proyecto donde participaron más de 700

---

<sup>54</sup> <https://www.pagina12.com.ar/313730-aborto-legal-sectores-verdes-y-celestes-convocan-a-vigilia-y>

organizaciones políticas, sociales, feministas, de mujeres, LGBTIQ+, sindicales, académicas y estudiantiles<sup>55</sup>.

En tanto promulgada la Ley en el mes de enero de 2021, recuperamos algunos puntos de la misma a fines de analizar las posibilidades y obstáculos en el abordaje de las interrupciones en este efector de salud a partir del relato de las trabajadoras sociales entrevistadas. En primer lugar, la nueva legislación habilita la posibilidad de que cualquier persona puede solicitar una interrupción de su embarazo sin especificar ningún tipo de motivo hasta la semana 14 de gestación inclusive, siendo únicamente requerido su consentimiento informado (Ley 27.610, art. 4). Por otro lado, se recomienda el abordaje de las interrupciones con equipos interdisciplinarios de salud según la singularidad y complejidad de cada situación, ergo la constitución de dicho equipo no debe convertirse en requisito indispensable debido a que esto podría dificultar el acceso a la práctica, siendo suficiente la presencia de una sola persona profesional de la salud. Por otra parte, en cuanto a las responsabilidades profesionales la Ley incorpora el artículo 85 bis al Código Penal, el cual indica la correspondencia de sanciones civiles o penales (se establecen penas de prisión de tres meses a un año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena) a cualquier funcionarie públicx o personal de salud que “dilatare injustificadamente, obstaculizare o se negare, en contravención de la normativa vigente, a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados” (Ley 27.610, art. 15).

Ahora bien, respecto a los cambios percibidos por las trabajadoras sociales entrevistadas en relación a las interrupciones del embarazo en el Hospital G., la TS4 nos comenta que “todo el proceso previo que habilitó el debate, la visibilización de la temática, la calle” fomentaron que la lógica institucional hospitalaria fuera interpelada y, por ende, se considera a la práctica del aborto como un problema de salud pública. Frente a ello, la TS4 resaltó la necesidad de construir respuestas como sistema de salud y profesionales de este campo. También nos cuenta que si bien el fallo FAL (ver capítulo I) enmarcaba legalmente las interrupciones del embarazo, debían reafirmar constantemente la legalidad del mismo dentro del Hospital G. Coherente con su relato, la Corte Suprema ya había señalado -conforme al artículo 19 de la Constitución Nacional- que para la interrupción del embarazo no se deben exigir requisitos adicionales a los establecidos en la Ley, siendo esta *“una práctica [contraria a la ley] fomentada por los profesionales de la salud (...) que hace caso omiso de aquellos*

---

<sup>55</sup> Extraído del sitio oficial de la Campaña Nacional por el Derecho al aborto <https://abortolegal.com.ar/>

*preceptos, exigiendo allí donde la ley nada reclama”* (CSJN, 2012: considerando 19)<sup>56</sup>. Ello es evidenciado durante todo este trabajo cuando recuperamos de los testimonios de las trabajadoras sociales entrevistadas respecto a las situaciones de violencia institucional por parte del personal de salud hacía las personas que solicitaron una interrupción de su embarazo.

En este sentido, la TS3 entre suspiros y sonrisas relata el alivio con el que vivió la llegada de la Ley IVE al Hospital G., ya que no debían estar todo el tiempo dando cuenta que es un derecho frente a otros profesionales médicos de la salud. Tal como abordamos en los capítulos anteriores, las entrevistadas han generado instancias de diálogo con los residentes y han tensionado los discursos y las prácticas de las guardias objetoras, así como también han exigido a personal de enfermería la colocación de anestesia y el trato digno y respetuoso hacia la persona que abortaba. La misma entrevistada percibe la sanción de la Ley IVE como un logro para todas las personas gestantes en el marco de la ampliación de derechos que como sociedad asistimos, no solamente en cuanto al fortalecimiento de la autonomía sobre el propio cuerpo, sino también en la posibilidad de construir proyectos de maternidad y paternidad. Este aspecto es algo compartido en los relatos de todas las entrevistadas, quienes celebraron con alegría la aprobación de la Ley IVE, señalándolo como un momento “bisagra” en la institución. La Ley marcó según las trabajadoras sociales un posicionamiento distinto por parte de los profesionales de la salud, siendo que “ya no hay como un cuestionamiento de si corresponde o no corresponde” llevar a cabo las interrupciones (TS3). La misma trabajadora social nos cuenta que la incorporación de la Ley ILE/IVE en la formación profesional de residentes de obstetricia y ginecología produjo que todas las guardias dieran acceso a la práctica, cuando antes de la Ley debían articular con la única médica ginecóloga que intervenía con ILE. Ello es expresado por todas las profesionales entrevistadas cuando mencionan de forma satisfactoria que el acceso resulta rápido y sencillo (*sic*).

Este momento donde la intervención profesional deja de cumplir un rol recordatorio del derecho, pone de manifiesto que es preciso preguntarse sobre lo que Fassin (2003) señala cómo los principios de justicia y las prácticas de juicio están sometidas a prueba en aquellas situaciones donde lo que se decide tiene efectos directos sobre la persona en lo que respecta a su vida cotidiana (2003:55). La autora sostiene que incluso tienen implicancias en la

---

<sup>56</sup><https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/380000-384999/384503/norma.htm#:~:text=Que%20la%20Ley%20N%C2%B0,prevenir%20los%20embarazos%20no%20intencionales>

supervivencia y la significación de esta forma gobierno, entendida como la autonomía ejercida en lo concerniente a la salud reproductiva de las personas.

Lo planteado por la entrevista en relación a la incorporación de la Ley IVE-ILE en la formación de profesionales médicos, da cuenta de lo estipulado en la normativa en tanto las autoridades de los efectores de salud (tanto público como privado) deben promover la formación continua de su personal en perspectiva de género y derechos humanos “de forma que puedan implementar adecuadamente las técnicas más actualizadas de aborto y conozcan el marco legal vigente” (arts. 13 y 19). Por otro lado, lejos de conformarnos con un enfoque clásico de las políticas públicas que las considera en general como resultado directo del sistema político (Incháustegui, 1999:89), proponemos pensarlas a partir de los aportes de dos autoras latinoamericanas y feministas. Para Guzmán y Montaña (2012) las políticas públicas remiten a decisiones y acciones de diversos actores -públicos y no públicos- que interaccionan con el fin de definir un problema considerado público y pensar una solución para este. Esto significa, por un lado, que la política pública representa un proceso indisoluble de la interacción de diversos sujetos que activamente despliegan estrategias dentro de contextos institucionales donde ésta tiene lugar.

Retomando lo que la TS3 nos cuenta sobre los proyectos de maternidad, el tratamiento y aprobación de la Ley IVE fomentó y dio lugar a debates en torno a dicha temática ya no como único horizonte de felicidad y promesa de futuro para las personas con capacidad de gestar; siendo un ejemplo que refleja lo que Guzmán y Montaña definen como la institucionalidad del género en el Estado. Las autoras analizan la materialización de las luchas políticas en políticas públicas, que no sólo afectan las nociones e ideas sobre el género sino que atraviesan las normativas socialmente aceptadas que lo moldean y constituyen. Ello puede ser complementado con el análisis de Inchaustegui sobre la ampliación de derechos, encuadrando así la institucionalización de la política pública, al establecer un protocolo de orientación hacia determinados significados y acciones. Entonces, podríamos pensar que la aprobación de la Ley IVE promovió no sólo una re-intepretación del significado de la práctica del aborto, sino también de la autonomía reproductiva de las personas que solicitaron una interrupción del embarazo dentro del Hospital G. donde todavía continuaba la pandemia. En otras palabras, aquel proceso de reinterpretación conlleva a trascender los márgenes del rol social que las personas gestantes deben cumplir, ya no siendo “la mujer-madre” el único objetivo vital, poniendo en cuestión el amor incondicional, el instinto maternal (natural), sostenido por la creencia biologicista como parte del equipamiento genético (Ávila, 2004:35). Se transgrede la

norma de los significados y representaciones sociales sobre el cuerpo que gesta, dando lugar a la capacidad decisoria sobre los procesos reproductivos.

En relación a lo planteado, la TS3 afirma:

“La Ley le dió la legitimidad que tiene que tener y la legalidad que corresponde. Al principio de la implementación acá en el hospital era cotidiano [el maltrato]... Una tenía que acompañar y estar muy presente porque el maltrato era mucho más intenso. (...) Hubo mucho debate y hay más cuidado, los profesionales y las disciplinas médicas se cuidan un poco más o son más cuidadosos por lo que implica, ¿no? De ser denunciados por discriminación, por estigmatización”. (TS3)

Aquel maltrato cotidiano que menciona la entrevistada se tensiona con uno de los principios rectores que indica la Ley IVE: el trato digno. En la relación sanitaria este componente se expresa en el respeto por las personas, sus creencias, convicciones y preferencias en todo el proceso de atención. El trato digno implica que el personal de salud garantice una atención libre de violencia “lo que incluye, por supuesto, no cuestionar su decisión de interrumpir el embarazo”<sup>57</sup>. Siguiendo lo expuesto por la TS3, la implementación del nuevo marco regulatorio de las interrupciones del embarazo posibilitó un proceso de adaptación de aquellos agentes institucionales involucrados en la atención que pudo estar vinculado a las sanciones que la Ley estipula frente al incumplimiento de sus obligaciones profesionales. Las mismas contemplan situaciones donde el personal de salud realice de forma injustificada maniobras dilatorias durante el proceso, suministre información falsa, incumpla el deber de secreto profesional y confidencialidad, o mismo, cuando se nieguen a llevar a cabo la práctica sin fundamento elaborado. En este sentido, el carácter de política pública y la constitucionalidad que le confiere legalidad a la IVE delimitó las conductas o acciones de profesionales objetores de conciencia que obstaculizaban el acceso a la práctica del aborto. Aquel maltrato sobre las personas gestantes que anteriormente presentaba mayor intensidad, merma -aunque no desaparece- lo que puede comprenderse como parte de aquel proceso de institucionalización de las políticas de género dentro del Hospital G.

Entendemos que la aparición del derecho a acceder a un aborto voluntario no es indolora, sino que en palabras de Michel (2012) “*tiene impacto simbólico y material sobre el poder*” (2012:287) ya que ahora la autorización de dar curso o no al aborto es del orden de la autonomía de la persona que lo decide. Esta autora hace especial énfasis en entender el aborto

---

<sup>57</sup> <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/380000-384999/384503/norma.htm#:~:text=Que%20la%20Ley%20N%C2%B0,prevenir%20los%20embarazos%20no%20intencionales>

como un acto político en tanto se expresa, ya no lo que la persona “puede”, si no en lo que “quiere”. Es el cuerpo el que da derecho en esta política, sostiene Fassin, en el marco de lo que propone como bio-legitimidad en tanto práctica del reconocimiento social de la persona gestante. Y en este sentido, aquella posibilidad dada en un espacio público como lo es el Hospital G. es la traducción de las experiencias personales e íntimas de la persona, de un movimiento político como lo es el feminismo y de un equipo de profesionales de la salud que bregan por la defensa del mismo. El aborto, siguiendo los aportes de Michel, es un estandarte en la lucha y los procesos de politización de las necesidades, intereses y derechos de los movimientos feministas, y en relación a la vida hospitalaria conviviendo con la institucionalización de la Ley podemos mencionar que el accionar de profesionales médicos ya no radica en la autorización de abortos moralmente correctos sino que ahora son abortos legalmente permitidos. Cuando nos referimos al carácter “no indoloro” de la Ley IVE, hacemos alusión al desplazamiento del poder médico en la práctica, quedando prescripta su autoridad y su saber porque ahora la persona que solicita una interrupción de su embarazo es quien ejerce su poder de decisión.

El reconocimiento del derecho a la práctica segura del aborto por parte del Estado se enmarca en lo que Barrancos (2018) define como *“la democratización de la sexualidad”*, ya que la Ley IVE refiere al rol estatal, las nociones de familia, la autonomía reproductiva, la libertad sexual y la ciudadanía (2012:279). Así, el proceso de institucionalización de la Ley IVE en el Hospital G. se expresa como parte de la ampliación de espacios para las políticas de género -con sus respectivos debates sobre reglas y concepciones- que no reemplazan las normas preexistentes sino que provocan “polos de tensión” que promueven y favorecen al cambio (Guzmán y Montaña, 2012:25). Estos polos tensionados son los que vamos a analizar en el próximo apartado, para dar cuenta de las modificaciones que trajo aparejada la Ley en el ejercicio profesional a través de la percepción de las trabajadoras sociales entrevistadas, teniendo en cuenta su recorrido en el equipo de ILE.

### **3.2 Efectos ¿no deseados? de la implementación de la Ley IVE en el ejercicio profesional**

En este último apartado intentamos caracterizar algunos de los efectos de la implementación de la Ley IVE en los procesos de intervención de las trabajadoras sociales entrevistadas en el Hospital G. En primer lugar, en cuanto a la dinámica propia del Servicio Social, la TS1 resalta la ampliación de la participación de todas las trabajadoras sociales ante la demanda de interrupciones. Anteriormente, quienes conformaban el equipo de ILE en un

principio habían sido convocadas por las jefas del Servicio desde una interpelación más subjetiva, es decir, “la que quiera lo puede hacer y la que no, no” (TS1). Sin embargo, a partir de la promulgación del nuevo marco legislativo, la misma entrevistada añade:

“Debemos hacerlo todas, ¿no?. No es ninguna especialidad de nada. Porque es parte de nuestro trabajo, evitar la vulneración de derechos e intervenir con los derechos humanos. Ya no era un interés individual sino una obligación profesional”. (TS1)

En pos de lograr esta ampliación del equipo, la TS2 nos cuenta acerca de la capacitación interna que llevaron a cabo las profesionales que ya desde antes de la pandemia se encontraban abordando situaciones de ILE, hacia el resto de colegas del Servicio Social que aún no participaban de estas intervenciones. La misma señala que “esto lo hicimos nosotras con nuestros saberes, nuestros conocimientos, nuestra expertise profesional; las acompañamos en ese proceso de poder incorporarse a laburar” (TS2). Asimismo, en los relatos aparecieron ciertos aspectos que desde la perspectiva de las entrevistadas facilitaron el acceso a la interrupción a partir de la sanción de la Ley. En primer lugar, refieren a la no dilatación del inicio del procedimiento ya que cuenta con un “carácter expeditivo y brinda acceso de forma rápida y segura” (TS1). A ello se complementa lo dicho por la TS3, quien nos contó que la IVE se realiza “sin demasiada complejidad” y con mayor accesibilidad, reconociendo la sanción de la Ley como “un logro” porque “ya no hay motivos para restringir el acceso o para hacer juicios valorativos sobre las personas que vienen a solicitar la interrupción”-añade. También remarca que no tener que aclarar ni mencionar el motivo por el cuál se quiere interrumpir el embarazo<sup>58</sup> “es como algo súper importante que eso es lo que me parece que la Ley garantiza y es lo que tanto a veces a sectores anti derechos molesta” (TS3).

En este sentido, los dichos recuperados reflejan las miradas de las entrevistadas acerca del propio ejercicio profesional y dan cuenta de las intervenciones desde el enfoque de derechos. Respecto a la calidad de la atención, la Ley de IVE refiere que la misma es un elemento fundamental para dar seguridad a las prácticas de salud (categoría recuperada por la OMS), donde la eficacia, la eficiencia, la accesibilidad y la atención centrada en las personas deben ser características que hacen a la atención de calidad. Recuperamos a Shore para tensionar la política pública desde la eficiencia, siendo “*un rasgo central del poder moderno*” y que las mismas “*funcionan mejor cuando son percibidas como técnicas racionales (...) para los problemas que enfrentamos*”, logrando desplazar la discusión fuera de la política y permitiendo que el desacuerdo sea visto como “*inapropiado o imposible*” (2010:34). Lo

---

<sup>58</sup> Punto 3.1 de la Ley IVE/ILE.

analizado por el autor nos permite posicionar a las trabajadoras sociales entrevistadas como agentes sociales que aprueban los efectos que permiten que el acceso y el procedimiento de las interrupciones del embarazo se dieron de manera segura y que disminuya intervenciones del tipo prejuiciosas y violentas por parte del personal médico como hemos mencionado en los capítulos anteriores. Sin embargo, en párrafos siguientes vamos a profundizar sobre las percepciones de las profesionales en relación a efectos que interpelaron el ejercicio y las incumbencias profesionales.

El enfoque de derechos, por otro lado, se convierte en una categoría política en el marco de nuestra profesión (Hermida y Meschini, 2018:29) en tanto busca reconstruir los lazos sociales siendo imprescindible la participación activa del Estado a través de sus políticas públicas, las cuales pueden poseer un carácter reparatorio, promocional y garantista de los derechos humanos y sociales. La defensa y la reivindicación de los mismos forma parte de los principios rectores dispuestos en la Ley Federal del Trabajo Social, así como también la justicia social, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad (Art. 4)<sup>59</sup>. Mencionar el aborto como un derecho de todas las personas gestantes trasluce, a su vez, un enfoque de justicia reproductiva el cual, lejos de una postura reduccionista, no refiere únicamente al acceso al aborto o métodos anticonceptivos, sino *“también –y sobre todo– al desmantelamiento de las desigualdades sociales y de salud a lo largo de todo el ciclo de la vida”* (Radi, 2019:139) en el marco de integrar la salud reproductiva dentro del principio de justicia social. En concordancia, podemos pensar -siguiendo las reflexiones de Carballada (2012)- que este enfoque de derechos orienta las estrategias de las entrevistadas y contribuye al fortalecimiento de las instituciones democráticas, en este caso el Hospital G. como garante del acceso a un aborto seguro. De allí que, la incorporación de todas las trabajadoras sociales del Servicio al equipo de ILE, a partir de la promulgación de la Ley IVE, de cuenta del avance de ambos enfoques -de derecho y de justicia reproductiva- y la capacidad de los mismos para ampliar el campo de intervención. Es decir, si entendemos a la práctica de interrupciones del embarazo como una posibilidad en el abanico de problemáticas en materia de salud sexual y justicia reproductiva, podemos aseverar que otras instancias de la vida cotidiana de las personas también forman parte de dicha materia. No solo el acceso a información preventiva, de cuidados, métodos anticonceptivos -entre otros- forman parte del campo de intervención, sino

---

<sup>59</sup> Hermida y Meschini (2018) sostienen que la consagración del cambio del Día del Trabajador Social Argentino al 10 de diciembre -día de los Derechos Humanos- se inscribe como una conquista de esta manera de entender la profesión.

el acumulado de desigualdades sociales a lo largo de toda la vida que atraviesan las personas con capacidad de gestar.

La percepción de los efectos de la institucionalización de la Ley aparece en los testimonios de las profesionales entrevistadas cuando nos cuenta que a la intervención desde el Servicio de Ginecología “a veces es con una mirada media segmentada y poco integral”, que “a veces [profesionales médicas] no nos interconsultan cosas que nosotras sabemos que lo requieren” (TS1). La TS2 nos cuenta que a ellas les “llegó un día la Ley”, que continuaron haciendo el mismo trabajo con ILE con la diferencia de que hubo un aumento de la demanda y que las situaciones hasta 12 semanas dejaron de llegar al Servicio, “incluso cuando correspondería que tengan una interconsulta con trabajo social”. La profesional entrevistada aclara que la intervención del Servicio Social no es para que “sea un freno en el acceso, sino porque hay cuestiones que abordar que no siempre nos llega lamentablemente” (TS2). La misma entrevista nos cuenta que “muchas situaciones de ILE están atravesadas por violencia, por cuestiones vinculadas al acceso a métodos, por cuestiones de organización de los cuidados, por angustia, un poco de todo”. En relación a la organización de los cuidados, la TS1 nos menciona que algunas situaciones a tener en cuenta en la intervención son cuestiones vinculadas a lo habitacional y el grupo conviviente, “si tiene que estar al cuidado de niños”, incluso abarcan lo vinculado a lo psico-emocional en caso de estar adoloridas o “con miedo de hacerlos solas no contar con ningún apoyo afectivo”, incluidas también “patologías de salud mental”. En consonancia, la TS2 recordó una situación durante la pandemia sobre una persona que iba a realizarse una ILE en el Hospital G., y menciona que “te dabas cuenta que iba a tener una crisis en el momento del aborto y fue a hacer la interrupción, se internó y salió corriendo y no volvió nunca más; y a esa piba no la encontramos y así muchas”. En el momento del relato, la trabajadora social se muestra preocupada porque pudo reconocer que esa persona “necesitaba una evaluación te diría hasta psiquiátrica ¿no? y no fue posible” (TS2). La misma entrevistada reconoce en su relato la colaboración de una “médica que es muy ‘todóloga’ y que a veces le cuesta por ahí identificar en qué cosas nosotras podemos acompañar... si no es por el sello, no manda o si hay que hacer una denuncia”, dando cuenta de “una cosa un poco más estereotipada del ejercicio de la profesión”.

Creemos necesario mencionar que, cuando se promulga la Ley IVE el 14 de enero del año 2021, desde el Congreso indican que el concepto “integral” en las intervenciones, no aporta “claridad en el debate” ya que nuestra Constitución Nacional se ampara en la noción de “salud” de la OMS (definida en el capítulo 2 de la presente investigación). Desde este posicionamiento,

definen como autosuficiente el concepto de salud y que, “a los fines de guardar consistencia normativa (...) se propicia eliminar la palabra ‘integral’ por medio de su observación parcial por parte del Poder Ejecutivo Nacional”<sup>60</sup>. Entendemos que las demandas de menos de 12 semanas de gestación que ya no llegan al Servicio Social se debe a que el/la profesional de ginecología quien recibe la demanda para detectar la edad gestacional y dar inicio al procedimiento, es también quien autoriza la derivación o no a otro servicio. Si bien la promulgación de la Ley manifiesta que el concepto de integralidad es autosuficiente, el presente trabajo de investigación pudo recuperar las experiencias que el equipo de ILE tuvo con otras disciplinas intervinientes en dicha práctica, siendo evidente que la salud entendida desde la integralidad no es autosuficiente. El Protocolo 2019<sup>61</sup> atiende que desde dicha perspectiva es posible identificar una serie de situaciones relacionadas con factores de vulnerabilidad social tal como la violencia de género, siendo no solo la violencia sexual sino todos los tipos y modalidades de violencia contemplamos en la Ley 26.485, así como también desigualdades en las condiciones de vida, limitaciones a la autonomía, entre otras (p. 15).

Subyace en los relatos de las trabajadoras sociales entrevistadas cierta posición en defensa de un enfoque de integralidad donde manifiestan la necesidad de la interconsulta para acompañar a la persona gestante durante el proceso y el post-interrupción. En capítulos anteriores hemos dejado registro de la complejidad de la ILE desde el primer contacto con la institución, ya sea para construir estrategias de organización de los cuidados, acompañar decisiones autónomas antes, durante y después del aborto, mismo la presencia del equipo de ILE en la prevención de maltratos y violencia institucional, como describimos con la situación de la analgesia (primero desmitificando la obligatoriedad del dolor como representación social durante la práctica, e incluso exigiendo la administración de la analgesia al personal de enfermería). En concordancia con lo indagado, el nuevo marco legislativo de la práctica recomienda el abordaje de manera interdisciplinaria, aunque indica que el mismo equipo no debe ser un requisito obligatorio ya que podría dificultar que las personas accedan a realizar la interrupción solicitada. A su vez, la Ley de IVE indica de “forma imperiosa” que no es necesaria la intervención de más de un profesional de la salud. Y explicita que “ante la constatación de un peligro para la salud psicosocial de la persona, la persona profesional interviniente puede, si lo estima necesario, realizar una interconsulta con un profesional del

---

<sup>60</sup> <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239808/20210115>

<sup>61</sup> Consecuente con la actualización del Protocolo del año 2021 pg. 25

campo de la salud mental y/o del trabajo social, según el caso”<sup>62</sup>. Desde el supuesto que las áreas de Trabajo Social y Salud Mental son disciplinas ajenas a la Ginecología ¿bajo qué parámetros se realiza la evaluación que dirima derivación para una intervención psicosocial?

Desde los aportes del CELATS entendemos que *“no podemos esperar que nuestra apreciación de un problema sea única y correcta por ser nuestra interpretación”* (CELATS, 1989: 104) y que ese problema como objeto de intervención *“es el equivalente teórico de una necesidad demandada por la realidad, para cuya realización (satisfacción o redefinición) debe ejercerse una función específica”* (Aquín 1995:1). Entonces, el sujeto de intervención va a ser distinto para cualquier disciplina que intervenga en una interrupción del embarazo, ya sea desde la ginecología como desde el trabajo social, y por ende desde la construcción teórico-práctica y la forma en que se interpretan los procesos sociales va a producir una intervención diferente. Sostenemos que el sujeto de intervención de nuestra profesión se distingue de otras disciplinas porque, al decir de Eroles (2001) este *“no son las personas, grupos y comunidades, sino las situaciones problemáticas que los afectan”* (2001:7), siendo fundamental la definición de la necesidad o problema que se demanda. Si bien desconocemos la manera en que se desarrollaron las consultas en el Servicio de Ginecología durante la pandemia, identificamos una mirada estereotipada hacia el Trabajo Social pero no solo desde áreas médicas sino desde una lógica hospitalaria regida por el MMH. Incluso el autor propone pensar que el ejercicio profesional del T.S nunca está despojado de intencionalidad sino que, en el proceso de intervención, se confronta la teoría con la práctica tratando de descubrir la realidad en el relato de los sujetos.

La TS2 nos cuenta que en el ejercicio profesional, la entrevista se trabaja de una manera *“que no se trabaja desde otros lugares”* (haciendo alusión a disciplinas médicas) *“y me parece que hay que darle mucho valor a eso”*, haciendo especial énfasis en el proceso de escucha y en el armado del informe. En relación a esto último, nos cuenta que *“la idea no es sólo armar el informe sino poder acompañar los procesos de toma de decisiones”*, y que la escucha sensible y el poder preguntar permite *“entender de dónde vienen esas decisiones y de que las decisiones sean lo más autónomas posibles”* (TS2). En el caso de los informes, la TS3 nos señala que la causal que construyen es la de *“Salud Integral”*, excediendo el aspecto físico como único síntoma de riesgo de vida porque *“las cosas, no son solamente físicas”*. Haciendo alusión a las personas que solicitan una IVE, reconoce que *“esas personas seguramente no van a pasar por*

---

<sup>62</sup>[https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/380000-384999/384503/norma.htm#:~:text=La%20Ley%2027.610%20reconoce%20el,2\).](https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/380000-384999/384503/norma.htm#:~:text=La%20Ley%2027.610%20reconoce%20el,2).)

Servicio Social, [sino que] la ginecóloga le va a dar acceso directamente” al procedimiento. Es más que relevante traer a este apartado una pregunta, a modo de inquietud y con un tono preocupante, que nos hace la misma trabajadora social cuando dice: “¿dónde va esa demanda? ¿Dónde se canaliza esa necesidad de espacios?” (TS3). En complemento, la TS5 describe que “a veces la interrupción parecería que es sólo una práctica médica, y empieza y termina en el procedimiento; y cuando nosotras intervenimos nos encontramos con un panorama mucho más amplio”, mencionando que muchas veces son situaciones que demandan un acompañamiento, una derivación o incluso un seguimiento post-interrupción.

Aquella posibilidad de identificar situaciones relacionadas con factores de vulnerabilidad social que podrían poner en peligro la salud de la persona gestante, se encuadra en la construcción de la Causal Salud, en los casos de ILE. Tal como abordamos en el capítulo anterior, en los informes que realiza el Trabajo Social, dicha Causal se construye como producto del encuentro con la demanda y la posibilidad de la detección de experiencias y sentires que la persona expresa hacia las entrevistadas. Esto permite a las profesionales explorar sobre la red de apoyo de la persona gestante, conocer si atraviesa situaciones de violencia, así como también detectar posibles temores vinculados a la estigmatización o historias de vida que pueden visibilizarse en el momento de la consulta. Mallardi (2017) encuadra la entrevista y el informe como elementos táctico-operativos del ejercicio profesional. La primera entrevista refiere a una importancia central ya que, como momento de encuentro y diálogo con la persona que solicita una interrupción de su embarazo, se puede reconstruir la situación por la que se acerca -en este caso al Servicio Social-, se indaga y se construyen sentidos (Campos et. al 2018:23). La entrevista, según las autoras, supone una relación entre la persona y le profesional que desconoce la situación particular y al que se le adjudica un saber (2018:37). A su vez, la entrevista orienta una intervención y en lo relatado por TS2 se relaciona con el acompañamiento en la autonomía de la toma de decisiones en lo que refiere a la interrupción del embarazo. La interpretación del aborto como una cuestión de autonomía personal e individual “*es un reconocimiento de la capacidad de la persona moral para ponderar, reflexionar y tomar las mejores decisiones sobre ella misma y su entorno vital*” (Michel 2012:311). Es decir, el derecho de decidir abortar se relaciona directamente con el derecho a la autodeterminación reproductiva, implicando -según la autora- a la capacidad para elegir en lo que nos diferencia de personas no gestantes, que es la posibilidad de procrear.

El segundo elemento táctico-operativo es el informe el cual representa la puesta en práctica de los procesos de intervención cuando se problematiza la demanda, siendo utilizado

*“para viabilizar el acceso a una prestación o ser un elemento fundamental en la toma de decisiones”* (Michel, 2012:121). Si bien lo analizado por el autor puede ser entendido en términos de dar acceso a la interrupción del embarazo como el proceso de construcción de la toma de esa decisión, en relación a lo relatado por la trabajadora social también encontramos el posicionamiento ético-político y metodológico en la construcción de la Causal Salud. El derecho a la salud obliga a reconocer la misma desde una mirada integral que contempla dimensiones físicas, mentales y sociales. Ergo, una interpretación adecuada de la causal salud requiere de entender la vinculación con conceptos de bienestar, proyecto de vida, determinantes sociales de la salud y el marco de los derechos sexuales y reproductivos (González Vélez et. al. 2008:29). Cabe señalar que la estrategia definida en el informe suele darse en espacios conflictivos donde se presentan múltiples intereses y visiones que pueden dar curso o no a la intervención propuesta y eso se manifiesta cuando las demandas que ingresan al Servicio Social para acceder a una ILE, vienen acompañadas de otras situaciones. Entre ellas encontramos situaciones de violencia y vulnerabilidad, exacerbadas aún más en el proceso de pandemia, donde se ha trabajado tanto con el proceso de la interrupción del embarazo como cuestiones de la vida cotidiana, tal como relataron las trabajadoras sociales entrevistadas durante el presente trabajo. Sin embargo, Castro (2013) propone pensar que en la demanda inicial se despejan y problematizan tanto prejuicios como narrativas institucionales que atraviesan las prácticas profesionales y que este ejercicio requiere una *“sostenida actualización teórico-metodológica y una actitud crítica frente a las prácticas institucionales”* (2013:24), por deberse a un campo de disputas donde convergen agentes sociales en un contexto determinado.

En este sentido, las trabajadoras sociales entrevistadas expresan que no existe un trabajo interdisciplinario sino multidisciplinario<sup>63</sup>, que es lo que permite que las personas accedan a las interrupciones y que “está buenísimo, pero que obviamente si fuera interdisciplinario tendría otra potencia” resalta la TS2. Una de las críticas en este sentido que expresan las trabajadoras sociales es que “no nos interconsultan todo lo que creemos que se requiere” y remarcan que “la interconsulta como metodología de intervención no es la mejor” porque en esa instancia se requiere que “una especialidad médica pesquise [y] ese ojo no mira bien claro, y se le escapan un montón de cosas” (TS1). En este punto, señalan que en la sala de internación

---

<sup>63</sup> La principal diferencia entre un equipo multidisciplinario y uno interdisciplinario radica en el grado de colaboración e integración entre miembros de diferentes disciplinas. Multidisciplina implica el abordaje de una problemática desde diferentes perspectivas donde cada persona trabaja de manera independiente y se enfoca en su propia área de especialización. En cambio, la interdisciplina busca una colaboración activa y una integración más profunda de conocimientos y enfoques de diversas disciplinas para abordar una problemática.

“una no va a determinar o diagnosticar qué es lo que requiere una intervención social y qué no; lo tiene que hacer el médico que está entrevistando” (TS1). Sostienen que las interconsultas que sí llegan al Servicio Social son “IVEs que estén re explotadas, que cualquiera se daría cuenta que requerían... Esas veces que está todo prendido fuego, ahí sí” (TS1).

En relación a lo relatado, la demanda de intervención del Trabajo Social frente a las situaciones de interrupción asume desafíos frente a “*las lecturas simplificadoras e instrumentalistas de lo social*” (Zucherino y Suardiaz en Fuentes et. al 2014:5). Esto significa, por un lado, que aquella realidad social que atraviesa a la persona gestante se aborda institucionalmente desde una lógica fragmentada, negando la dialéctica entre las múltiples dimensiones que presentan los problemas sociales, lo que a su vez, dificulta la definición de los mismos en el propio campo disciplinar e incluso, en la propia intervención. Si partimos de la premisa de que las políticas públicas son “*creadoras de sentido profesional*” (Noordegraaf 2000 en Shore 2010:35), aquellos espacios de disputa, de colaboración y de articulación entre les profesionales se ven atravesados por la interpretación de la Ley y los sentidos construidos desde el Servicio Social. Por un lado, las entrevistadas plantean la potencialidad del trabajo interdisciplinario en intervenciones con IVE/ILE ante la “*homogenización de los sujetos*” (Zucherino, 2006 en Fuentes, 2014:18) que implica pensar que toda persona gestante experimenta, siente y concibe su realidad social de una manera universalizable. Por otro lado, podemos proponer que es la propia Ley la que reorganiza las incumbencias profesionales del Trabajo Social, y ello nos conduce a problematizar la dimensión social de las interrupciones del embarazo.

Dosso define la dimensión social como el conjunto de “*condiciones materiales y simbólicas de existencia que conforman el contexto de producción de la decisión de abortar*” (2017:24), fundamentando la intervención del ejercicio profesional del Trabajo Social ya que el mismo puede observar las circunstancias físicas, emocionales y socio-familiares de la persona, determinantes que influyen en la toma de decisión de la interrupción del embarazo. La dimensión social de la salud posibilita evitar caer en lógicas fragmentarias que operan en la lógica hospitalaria, teniendo en cuenta que durante la pandemia la coyuntura del sistema de salud pareció descomponer la noción de salud integral. Desde los aportes de la autora, sus componentes “*conforman un todo complejo, indisociable y holístico*” (2017:47). Sin embargo, la estructura para poder contener los lineamientos y espacios de intervención, forma parte de la problematización -en su carácter de trabajadoras asalariadas- que las trabajadoras sociales entrevistadas hacen sobre su propio ejercicio.

En relación a ello, la TS5 reconoce que las condiciones de la vida hospitalaria no les permiten poder abordar todas las situaciones y seguimientos post-intervención que se presentan en el cotidiano “porque somos pocas y el trabajo nos arrasa” (TS5). En consonancia, la TS3 comparte similar reflexión respecto al desbordamiento de trabajo y las demandas que no se canalizan en el Servicio, añadiendo: “hay que ver si nosotras tenemos capacidad para absorber toda esta demanda”. Como investigadoras al momento de llevar a cabo las entrevistas -en sus horarios laborales- pudimos observar varias cuestiones que daban cuenta de aquella sobrecarga de trabajo que mencionaban. Por un lado, varias de ellas nos hicieron saber con antelación que estarían atentas a sus celulares en caso de recibir llamadas o algún mensaje de sus colegas. Notamos que esto generó distracciones en las entrevistadas interrumpiendo por momentos los relatos. El caso ejemplar es el de TS3 que solo tenía 20 minutos para brindarnos la entrevista -siendo nosotras avisadas en ese momento previo a comenzar-, donde se la notó muy preocupada y atenta a no demorarse ya que había citado a una persona a quien debía realizar un informe. Luego de ser avisada que otra colega iba a encargarse de ello, su actitud corporal pareció más relajada, pudiendo incluso explayarse con mayor profundidad, logrando una entrevista de más de una hora. Por otro lado, también notamos que los sonidos o voces que provenían de los cubículos laterales donde otras colegas atendían, dificultaron poder escucharnos entre nosotras. Elegimos recuperar los contextos en que se llevaron a cabo las entrevistas, en días diferentes, para visibilizar las condiciones laborales, el colapso por las pocas trabajadoras sociales para contener y recibir las demandas de las múltiples problemáticas con las que intervienen.

No obstante, durante el relato de la TS3 nos comparte una reflexión en torno a ciertos aspectos que hacen a la integralidad de la atención de la salud sexual, y que pueden dar cuenta de las posibilidades del ejercicio profesional en la vida hospitalaria:

“Me parece que la responsabilidad también es laburar la salud sexual no reproductiva, me parece como que ese es el desafío. Que el recurso de la interrupción sea como el último recurso y que las mujeres y las personas gestantes puedan acceder a métodos, a información, es decir, cómo poder decidir, que eso sí me parece que falta como más laburo en todos los espacios y más implementación de la ESI en espacios más colectivos, más comunitarios, más territoriales. (...) los hospitales al ser como espacios de más complejidad, donde se atienden los padecimientos ya instalados como que no se trabaja tanto”. (TS3)

En cuanto a la intervención y la elaboración de estrategias en materia de salud sexual, la Ley de IVE/ILE<sup>64</sup> dispone la ampliación de acción del Estado y todos los subsistemas de salud (público, de la seguridad social y privado), para garantizar la prevención de embarazos no intencionales mediante el acceso a información, ESI y métodos anticonceptivos eficaces. Si de Robirosa (2014) recuperamos que el objeto de intervención representa posibilidades y limitaciones, según la forma en que este sea procesado y/o determinado (2014:152) y de Bottaro la noción de una “vigilancia del propio cuerpo”, tal vez se trató de efectos no deseados o buscados en la implementación de la nueva Ley. En tanto la ampliación del marco normativo recomienda el abordaje de equipos interdisciplinarios, en el recorte empírico, las IVE no fueron asequibles de ser objeto de intervención del Trabajo Social durante la pandemia. Problematicando el propio ejercicio profesional -aquella vigilancia del propio cuerpo- las trabajadoras sociales entrevistadas revisan su capacidad de contención y recepción de la demanda por la estructura del Servicio Social. De este modo, es posible entrever los condicionantes no solo disciplinares, ni institucionales o legislativos, sino la propia dinámica de los procesos sociales y la transformación de los agentes sociales que intervienen en ellos. Es decir, situar lo dicho desde la noción de la cuestión social, entendida como *“el entramado de problemas interdependientes, con significados sociales, jerarquizados y articulados, que amenazan la cohesión de la sociedad como tal”* (Coraggio y Arancibia, 2014:212) y donde los actores sociales involucrados en los procesos de intervención, son parte de sus manifestaciones históricas.

En consecuencia, la presencia de contradicciones en el ejercicio profesional puede ser analizada como producto de las fracturas cuando *“las reglas de juego de las instituciones”* generan una funcionalidad para mantener el disciplinamiento y control social. Esto nos lleva a pensar si aquellos efectos de la implementación de la Ley *“sostienen hegemonía-subordinación o contribuyen en la liberación-autonomía”* (Rubio, 2017:2) de los sujetos de intervención en el marco del ejercicio profesional. Las normas que reconocen y amplían derechos pueden desconcertar porque *“ahora nada va a ser como lo estábamos haciendo antes”* (2017:4) y proponen la actualización profesional que resignifique a la población, ya no como un sujeto que necesita (o carente en palabras de Rubio) sino como un sujeto colectivo que ha construido su voz. Con ello sostenemos que la ampliación del accionar estatal en la construcción de políticas públicas a su vez atraviesa al conjunto de agentes sociales en un contexto determinado, entendiendo tanto a la arista institucional, disciplinar como poblacional. A su vez, dicho

---

<sup>64</sup> Art. 1 inciso d) Ley 27.610 de IVE/ILE

proceso reconfigura las incumbencias profesionales y el sujeto de intervención del Trabajo Social, dando cuenta de la dinámica transformadora de la cuestión social y el complejo entramado de la fractura social, donde se requiere un permanente ejercicio de búsqueda, análisis, investigación e inquietud por parte del colectivo de profesionales del Trabajo Social.

A modo de lo indagado en este capítulo, proponemos la siguiente reflexión. Podríamos pensar en primer lugar el carácter instrumental de la dimensión social. Como hemos mencionado en el presente capítulo, entendemos a dicha categoría como el conjunto de las condiciones -tanto materiales como simbólicas- que forman parte de la integralidad del sujeto que solicita una interrupción del embarazo. Entonces, parecería que la dimensión social es un instrumento de medición de aquellas condiciones, que en caso de ser reconfigurada, podrían interpelar la mirada y discursos en torno a la práctica del aborto en el Hospital G. Esta indagación, podría también generar un corrimiento o tensión de las incumbencias de las trabajadoras sociales en el marco de las IVE. Ergo, ello podría presentar al sujeto de las intervenciones de IVE de otra forma.

## Conclusiones

En esta investigación abordamos el tema de salud sexual y (no) reproductiva desde una perspectiva de género, haciendo hincapié en los procesos de intervención de las interrupciones del embarazo. La pregunta que orientó el trabajo refiere a cómo se reconfiguraron las estrategias de intervención del Trabajo Social en torno a la implementación del nuevo marco normativo que regula las interrupciones del embarazo, en el contexto de las condiciones sanitarias impuestas por la pandemia de Covid-19 en el Hospital G. de CABA. Tuvimos como objetivo general conocer sobre la reorganización de las competencias disciplinares del Trabajo Social en el abordaje de la dimensión social de la interrupción del embarazo, considerando la institucionalización de la Ley IVE durante la pandemia. Para ello, nos adentramos en el Servicio Social del Hospital G, puntualmente con las trabajadoras sociales que forman parte del equipo de ILE, recuperando su recorrido en dicho efector como expresión de las demandas de los movimientos feministas; los recursos institucionales para prevención de contagios, la organización de los cuidados y otras estrategias desplegadas para garantizar el acceso a la ILE, la Ley IVE como política de género y su proceso de institucionalización, entre otros aspectos que desarrollaremos en estas reflexiones finales.

En cuanto a las consideraciones que nos deja cada capítulo, en el primero recuperamos las demandas de los movimientos sociales y feministas, así como también las diferentes normativas internacionales y de nuestro país en materia de derechos sexuales y (no) reproductivos. Nos permitió reflexionar sobre los procesos de construcción de discursos y miradas, en tanto son expresión de las resistencias por parte de un sector conservador que se enfrenta con un cuerpo social que sostiene la necesidad como un derecho, y por tal, la libertad de decisión sobre nuestro proyecto de vida. De la misma manera que en la arena política, dentro del campo de salud, los agentes sociales que intervienen, presentan dinamismo en la forma de disputar espacios y sentidos. Por un lado, algunos sectores de la sociedad vinculados a ideales conservadores -o tal como cataloga la TS3 “anti-derechos”- se infiltra en una cuestión pública como el acceso a la salud, la atención integral de calidad y en el resguardo de los sujetos, que pierden esa categoría al ser identificados como meros usuarios-pacientes. En este caso, la figura del objetore de conciencia cobró relevancia y una participación indiscutible en el marco de la pandemia, donde convivieron el Protocolo de ILE con las medidas del ASPO. Indiscutible ya que eran quienes primero recibían a las personas que se acercaban al efector a solicitar una interrupción, y parte fundamental del proceso de atención, especialmente en los casos de ILE no ambulatorias donde las entrevistadas señalaron diversas situaciones de violencia

institucional ejercidas sobre los cuerpos con capacidad de gestar. El trabajo colaborativo que fue gestándose con el transcurso de la pandemia, entre las trabajadoras sociales y profesionales y residentes de otros servicios, puso en evidencia el desafío de pensar nuevas formas de intervención, considerando la importancia de la disposición por parte del Hospital G. de recursos para sostener su atención, incluso entendiendo que las barreras en el acceso también son formas de actuar.

Para profundizar en la vida hospitalaria, en el segundo capítulo caracterizamos las estrategias de intervención que desplegaron el equipo de TS en articulación con el PSSyPR, describiendo el recorrido que tuvieron en el equipo de ILE para luego dar cuenta de las transformaciones que atravesaron durante la pandemia. Algunas consideraciones que nos interpelan en este capítulo, tuvieron lugar cuando las TS nos contaron sobre la reconfiguración de las salas de internación, donde personas internadas por ILE estaban solas, no pudiendo contar con acompañantes debido a las medidas por pandemia en el Hospital G. La imagen de por sí está atravesada desde la emocionalidad que nos atraviesa siendo mujeres cis y militantes transfeministas, e intentamos darle entidad desde el proceso metodológico de las TS quienes en las entrevistas demostraron la impotencia desde el ejercicio profesional por estar limitada su intervención, así como también desde el carácter de mujeres atravesadas por la misma lucha que nosotras. Ello se justifica desde la mirada de integralidad que fue el eje rector de este capítulo, que también deja en evidencia al MMH como ordenador de la vida y de la intervención profesional, donde la Causal Salud resulta un instrumento contrahegemónico cuya legitimidad está en juego en cada intervención relatada.

A modo de reunir los procesos cronológicos, en el tercer capítulo caracterizamos los efectos de la institucionalización de la Ley IVE en el ejercicio profesional del TS, durante la pandemia. Indagamos en las percepciones de las trabajadoras sociales y nos encontramos con una mirada conflictuada. Por un lado, ellas celebraron su aprobación siendo partícipes en las movilizaciones durante su debate parlamentario, como en su vida laboral; y por otro lado, manifestando un estado de alerta en relación al aumento de la demanda de ILE y la no-participación de nuestra disciplina en las intervenciones con IVE. Varias son las preguntas que nos surgen (y urgen) desde los testimonios, tanto en los efectos que planteamos como “no deseados” o inesperados del nuevo marco legislativo, donde las incumbencias profesionales se vieron interpeladas. Nos preguntamos: ¿Es posible conjugar desde el Trabajo Social aquella fractura de la cuestión social, y por tanto, de le sujeto de intervención, cuando se trata de IVE? ¿Afecta ello el acumulado político y la legitimidad de la profesión en el campo de la salud? y

de ser así, ¿de qué manera? ¿Puede ser potenciadora la participación del Trabajo Social en intervenciones con IVE, o mismo, en la construcción de interdisciplina? ¿De qué manera el Trabajo Social, con su bagaje de saberes, puede superar la relación -históricamente- polarizada con el saber médico?. Si bien comprendemos que desde el Trabajo Social la demanda puede abordarse y ser narrada a partir de legitimar a les sujetos de derechos desde una perspectiva de integralidad, consideramos que su participación no se torna requisito indispensable para la construcción de la misma ya que el acceso al aborto durante los años de pandemia se ha sostenido, siguiendo los relatos de las entrevistadas. A su vez, la idea de la autosuficiencia en el concepto de “salud” que ya no se acompaña explícitamente por la categoría “integral”, nos lleva a preguntarnos ¿cómo se juega esa nueva narrativa en los procesos de atención? ¿Agota efectivamente las posibilidades de construir un abordaje integral de la salud teniendo en cuenta las situaciones de violencia institucional expuestas a partir de los relatos?

A modo de cierre, como futuras trabajadoras sociales, deseamos que la producción de conocimiento en esta investigación pueda contribuir a la elaboración de una respuesta contrahegemónica en los procesos de intervención del campo de la salud. Que permita plantear nuevos interrogantes en torno a cómo construir herramientas emancipatorias de aquellos discursos asistencialistas o caritativos en torno a nuestra profesión. El involucramiento del Trabajo Social en materia de salud sexual y (no) reproductiva tiene como potencialidad la colectivización y comunitarización del conocimiento en terrenos de formación e información, expresando en la apertura de residentes en diálogo con las trabajadoras sociales, a diferencia de otros profesionales de planta intervinientes en el procedimiento de ILE. Destacamos el carácter articulador de las intervenciones de las TS, no obstante, la implementación de la nueva política pública nos invita a reflexionar sobre aquel poder que se traslada desde el saber médico hacia el propio cuerpo gestante que puede ejercer su autonomía en las decisiones reproductivas. Esta limitación del accionar médico, que implicó la disminución de las situaciones de maltrato por miedo a la denuncia, da cuenta del atravesamiento de la política pública en toda la vida hospitalaria.

Habiendo llegado a un final, que no pretende ser en absoluto cerrado, sino por el contrario tiene la intención de generar nuevos interrogantes y nuevos caminos para lograr la ampliación de derechos, y el proceso de reflexividad sobre nuestro ejercicio profesional. Aún existiendo mucha producción referida a los derechos sexuales y (no) reproductivos -aunque poca en relación a la IVE- nuestro aporte se centró desde la profesión del Trabajo Social y el lugar que ocupa en los equipos que atienden situaciones de ILE. Consideramos que haber

tenido la posibilidad de que se tratase el proyecto de Ley durante el primer año de pandemia, fue el reflejo de una constante de los movimientos sociales y feministas, en tanto contexto desfavorable. Sostenemos que la batalla cultural no fue sólo por la aprobación del aborto legal, seguro, gratuito, y en cualquier lugar, sino también como trinchera para la Educación Sexual Integral, para la detección de violencias (tanto para personas con capacidad de gestar como para NNyA), en la oportunidad de reivindicar la Ley “Micaela” y de demostrar una vez más que el cuerpo ya no es el único espacio en el que mujeres y disidencias podemos decidir.

## Referencias Bibliográficas

- Anzorena, C. (2013). Mujeres en la trama del Estado: Una lectura feminista de las políticas públicas, Ediciones Biblioteca Digital UNCuyo, Mendoza. Disponible en: <https://bdigital.uncu.edu.ar/8920>
- Aquín, N. “Acerca del objeto del Trabajo Social”. En: Revista Acto Social, Universidad Nacional de Córdoba, n° 10, 1995: pp. 21-30.
- Aquín, N. “Políticas sociales, pandemia y después”. En: Revista Movimiento, n° 33, Junio 2021: pp. 23-31.
- Ávila, Y. “Desarmar el modelo mujer-madre”. En: Revista Debate feminista, Centro de Investigaciones y Estudios de Género (CIEG), UNAM, n° 30, 2004: pp. 35-54.
- Barrancos, D., & Rosemberg, P. “Aborto, sororidad y autonomía de los cuerpos: diálogo con la diputada nacional Mónica Macha”. En: Revista Salud Colectiva, vol 14, n° 3, 2018: pp. 447-460.
- Bellucci, Mabel. Historia de una desobediencia: aborto y feminismo. 1era ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Capital intelectual, 2019.
- Borgianni, E., Guerra, Y., Montañó, C. (orgs). Servicio Social Crítico: hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional, Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social, São Paulo: Ed. Cortez, 2003.
- Bourdieu, P. “Efectos de lugar”. En: La miseria del mundo, Bourdieu Pierre Editor, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1993: pp. 119-124.
- Brown, J. L. (2008). Los derechos (no) reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. Cadernos Pagu, 269-300.
- Butelman, I. Psicopedagogía institucional. Una formulación analítica, Paidós, 1988.
- Campos, M., Commisso, Á., Núñez, M., & Díaz, R. “Trabajo Social y perspectiva de género. La primera entrevista a mujeres en situaciones de violencia”. En: Revista de Trabajo Social, vol 2, 2018: pp. 23-46.
- Carballeda, A. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. V Xerte, 38.
- Carballeda, A. (2014). La accesibilidad y las políticas de salud. Disponible en: [http://www.edumargen.org/docs/curso58-5/unid01/apunte02\\_01.pdf](http://www.edumargen.org/docs/curso58-5/unid01/apunte02_01.pdf)
- Castro, R. (2010). “Habitús profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México”. CONACYT, Proyecto 83476, Ciudad de México.
- Castro, S. “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, 3(6), 2013: pp. 19-30.

- CELATS, Centro Latinoamericano de Trabajo Social (1986). La Práctica Profesional del Trabajador Social. Guía de Análisis. Buenos Aires: Hvmanitas.
- Ciriza, A. G. (2009). Notas sobre ciudadanía sexual: El derecho al aborto y la ciudadanía de las mujeres en el debate argentino, Fundación de Estudios para el Desarrollo Social, Escenarios Alternativos, 2009: pp. 1-9. Disponible en: <http://conicet.gov.ar>
- Comes, Y. y Stolkner, A. (2005). Ciudadanía y subjetividad: representaciones del derecho a la atención de la salud de las mujeres pobres del AMBA. En: XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - UBA, Buenos Aires.
- Contreras, M., Romero, S., Cabrol, L., Iriarte, C. “El abordaje de la Interrupción Legal del Embarazo como política de cuidado en el marco de la pandemia por COVID-19”. En: Ts -Territorios- Revista de Trabajo Social, (5), 2021: pp. 51-71.
- Contreras, M. (2019). Legitimidad profesional del Trabajo Social y disputas históricas en el campo de la Salud. En: XI Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional: "Disputas por el Estado, la democracia y las políticas públicas. Concentración de la riqueza y poder popular", La Plata, septiembre de 2019. Disponible en: <http://unlp.edu.ar>
- Coraggio, J. L., & Arancibia, I. (2014). Recuperando la economía: entre la cuestión social y la intervención social. Cuadernos de Trabajo Social, 27(1). Disponible en: [https://doi.org/10.5209/rev\\_CUTS.2014.v27.n1.40153](https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2014.v27.n1.40153)
- Crivos, M. “Estudio antropológico de una sala de hospital”. En: Medicina y Sociedad. Revista sobre Organización y Financiación de la Salud, n° 11, 1988: pp. 127-137.
- Del Rosso, F. (2017). Desmedicalizando el aborto: “Donde no hay doctor”: La implementación de la causal salud frente a la (difícil) consideración de las dimensiones psicológica, social y vivencial de la salud. En: Trabajo Social y feminismos, Buenos Aires, FUSA AC.
- De Souza Minayo, M. C. Ciencia, técnica y arte: el desafío de la investigación social. En: Investigación, Teoría, método y creatividad. Buenos Aires, Editorial Lugar, 2003.
- Dosso, D. Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo. En: Trabajo Social y feminismos, Buenos Aires, FUSA AC, 2017:pp. 7-36.
- Eroles, C. La intervención individual y familiar en la metodología del trabajo social.

En: C. Eroles (coord.), Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional. Buenos Aires, Espacio, 2001.

- Fassin, D. (2003). Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. Cuadernos de antropología social, (17), 49-78. Disponible en: <https://doi.org/10.34096/cas.i17.4599>
- Fernández Valle, M. (2016). “Derechos sexuales y reproductivos: reconocimiento, desarrollo progresivo y discusiones contemporáneas”. En: Revista sobre igualdad, autonomía personal y derechos sociales. ADA, vol 4, 2016: pp. 12-57.
- Foucault, M. (1983). “Debate con los historiadores”, en Foucault, Michel. El discurso del poder, Buenos Aires, Folios.
- Fuentes, M. D. P., & Cruz, V. (comp.). Lo metodológico en Trabajo Social: desafíos frente a la simplificación e instrumentalización de lo social. Buenos Aires, Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP), 2014.
- García Martínez, J. D. D. “Cuerpos impuros: Butler, Haraway, Preciado”. En: Thémata. Revista de Filosofía, n° 46, 2012: pp. 377-384.
- González Vélez, A. C., Ortiz-Ortega, A., & Ramos, S. (2008). Causal salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4106>
- Grassi, E. Problemas de la teoría, problemas de la política, necesidades sociales y estrategias de política social. Cambio Estructural y Desigualdad Social (CEyDS), Facultad de Ciencias Sociales-UBA, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Informe Lavboratorio, año 6, vol 16, 2005: pp. 5-12.
- Guzmán, V. & Montaña, S. Políticas públicas e institucionalidad de género en América Latina (1985-2010). En: Serie Mujer y desarrollo, n° 118, CEPAL, Santiago de Chile, 2012. Disponible en: [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5847/S1200803\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5847/S1200803_es.pdf)
- Hermida, M. E. & Meschini, P. A. “Trabajo social y descolonialidad: Epistemologías en lo insurgente para la intervención en lo social”. En: Interacción y perspectiva: Revista de Trabajo Social, año 8, vol 2, 2018: pp. 215-215.
- Iamamoto, M. Servicio Social y División del Trabajo. Cortez Ed., San Pablo, 1997.
- Iamamoto, M. Intervención profesional frente a la actual cuestión social. En: Trabajo Social y Mundialización: Etiquetar desechables o promover inclusión. Espacio Editorial, Buenos Aires, 2002.
- Inchaústegui, T. “La institucionalización del enfoque de género en las políticas

públicas. Apuntes en torno a sus alcances y restricciones”. En: Revista de Estudios de Género, La Ventana, vol 1, n° 10, 1999: pp. 84-123.

- Irezo, J. & Maccorin, N. Miradas Integrales de la Causal Salud para la ILE. Ensayo Argumentativo: “Causal salud, una herramienta estratégica”. En: Trabajo Social y feminismos, Buenos Aires, FUSA AC, 2017: pp. 59-76.
- Lamas, M. Entre el estigma y la ley: La interrupción legal del embarazo en el DF. Salud Pública de México, vol. 56, 2014: pp. 56-62.
- Mallardí, M. W. Procesos de intervención en trabajo social: elementos para comprender sus particularidades y múltiples determinaciones. En: Seminario Online de capacitación y actualización profesional. La co-visión como un espacio de cuidado de la vida profesional, CATSPBA, 2013. Disponible en: <https://catspba.org.ar/>
- Mallardi, M. W. La intervención en Trabajo Social: mediaciones entre las estrategias y elementos táctico-operativos en el ejercicio profesional. En: 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, 2017. Disponible en: <https://catspba.org.ar/>
- Marcone, M., & De Palo, V. “El abordaje de la problemática del aborto por parte de un equipo interdisciplinario de un Centro de Salud”. En: Margen. Revista de trabajo social, n° 66, 2012: pp. 1-6.
- Matusevicius, J. Intervención profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con movimientos sociales. En: 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, 2017. Disponible en: <https://catspba.org.ar/>
- Mendizábal, J. A. “La democratización del cuidado en la enfermería Argentina. Aspectos sociohistóricos develados con perspectiva de género”. En: Revista Cultura de los cuidados, Universidad de Alicante, n° 50, 2018: pp. 58-67.
- Mendizábal, N. Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En: Estrategias de investigación cualitativa, Irene Vasilachis de Gialdino (coord.), Gedisa Editorial, 2006.
- Menéndez, E. Modelo médico hegemónico y atención primaria. Ponencia presentada en las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, abril y mayo, 1988. Disponible en:

[https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)

- Moreno, S. Y. F. (2007). La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y las condiciones de trabajo en salud. Gerencia y Políticas de Salud, 6(12).
- Oliva, A., & Gardey, V. Componentes de la asistencia profesional del Trabajo Social. En: 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, 2017. Disponible en: <https://catspba.org.ar/>
- Pereyra, N. (2007). El informe social. Una narrativa del Trabajo Social en el marco institucional. El Informe, El Registro. Área de Capacitación y Postgrado. Facultad de Trabajo Social. UNER.
- Radi, B. (2019). Injusticia reproductiva: entre el derecho a la identidad de género y los derechos sexuales y reproductivos.
- Rosenberg, Martha. Política y campo de los derechos reproductivos. En: Del aborto y otras interrupciones: mujeres, psicoanálisis, política. Milena Caserola, 2020.
- Rubio, M. E. (2017). “Ley Federal de trabajo social, sendero que recupera el sentido ético de la profesión en perspectiva de derechos” La revista de Trabajo Social “perspectivas: contribuciones para un trabajo social emancipador”. Salón Pte. Alfonsín. Legislatura Ciudad de Buenos Aires Una Mirada sobre el Trabajo Social y la labor de sus profesionales.
- Smiraglia, R. “Genealogía de una lucha”. En: Revista Bordes, Universidad Nacional de José C. Paz, EDUNPAZ, vol 16, 2020: pp. 31-39.
- Spinelli, H. “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”. En: Revista Salud colectiva, Universidad Nacional de Lanús, vol 6, nº 3, 2010: pp. 275-293.
- Stortini, M. A. P., Cantarella, B., Romo, C., Carrera, C., Goller, L., & Saravia, M. Q. “Interrupción Legal del Embarazo: Trabajo Social y construcción de la causal salud integral”. En: Revista Plaza Pública, nº 26, 2021: pp. 93-103.
- Vacarezza, N. Perejil, agujas y pastillas: objetos y afectos en la producción visual a favor de la legalización del aborto en Argentina. En: Aborto. Aspectos normativos, jurídicos y discursivos, Busdygan Daniel (coord.), Editorial Biblos, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018.
- Valcárcel, A. La política de las mujeres. Ediciones Cátedra, Madrid, 1997.
- Varela, C. “La institución como forma social creadora de subjetividad”. En: Revista

Trampas de la Comunicación y la Cultura, Facultad de Periodismo y Comunicación Social (UNLP), 2013: pp. 165-171.

### **Fuentes documentales**

- Código Penal de Argentina. Ley N° 11.179, Art. 86, 30 de septiembre de 1921. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-11179-16546>
- Constitución Nacional Argentina [Const]. Art. 14 y 19. Boletín Oficial, 10 de enero de 1995. En: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24430-804/texto>
- Impacto de la pandemia COVID-19 y respuestas adaptativas de los servicios de salud para garantizar los derechos de salud sexual y reproductiva (marzo-agosto 2020). Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/impacto-de-la-pandemia-covid-19-y-respuestas-adaptativas-de-los-servicios-de-salud-para>
- Informe de Salud Sexual y Reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires: Situación y respuesta (actualizaciones 2019, 2020 y 2021). Coordinación Salud Sexual, sida e ITS, Ministerio de Salud. Disponibles en: <https://buenosaires.gob.ar/epidemiologia-y-gestion/epidemiologia-y-gestion-en-salud-sexual-y-reproductiva>
- Informe Covid-19 y recomendaciones para la implementación de hospitales de campaña en contexto de Pandemia (2020). Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 11 de abril de 2020. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/560.pdf>
- Ley N° 154. Ley de Residuos Patogénicos. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 18 de febrero de 1999. Disponible en: [https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/gestionresiduos/archivos/ley\\_154.pdf](https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/gestionresiduos/archivos/ley_154.pdf)
- Ley N° 25.673. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, 21 de noviembre de 2002. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25673-79831/texto>
- Ley N° 26.485. Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, 14 de abril de 2009. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155/texto>
- Ley N° 26.657. Ley de Salud Mental, 02 de diciembre de 2010. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley N° 27.072. Ley Federal de Trabajo Social, 16 de diciembre de 2014. Disponible

en: <https://www.trabajo-social.org.ar/ley-federal/>

- Ley N° 27.499. Ley “Micaela” de Capacitación Obligatoria en Género para todas las personas que integran los Tres Poderes del Estado, 19 diciembre de 2018. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27499-318666/texto>
- Ley N° 298. Ley de Ejercicio de la Enfermería, 25 de noviembre de 1999, Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: [https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/inicio/archivos/ley\\_298.pdf](https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/inicio/archivos/ley_298.pdf)
- Ley N° 27.610. Ley de Acceso a las Interrupciones Voluntarias del Embarazo, 15 de enero de 2021. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>
- Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo: actualización 2019. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2019. Disponible en: <https://iah.salud.gob.ar/doc/433.pdf>
- Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo: actualización 2021. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2021. Disponible en: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/protocolo-IVE\\_ILE-2021-26-05-2021.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/protocolo-IVE_ILE-2021-26-05-2021.pdf)

## Anexos

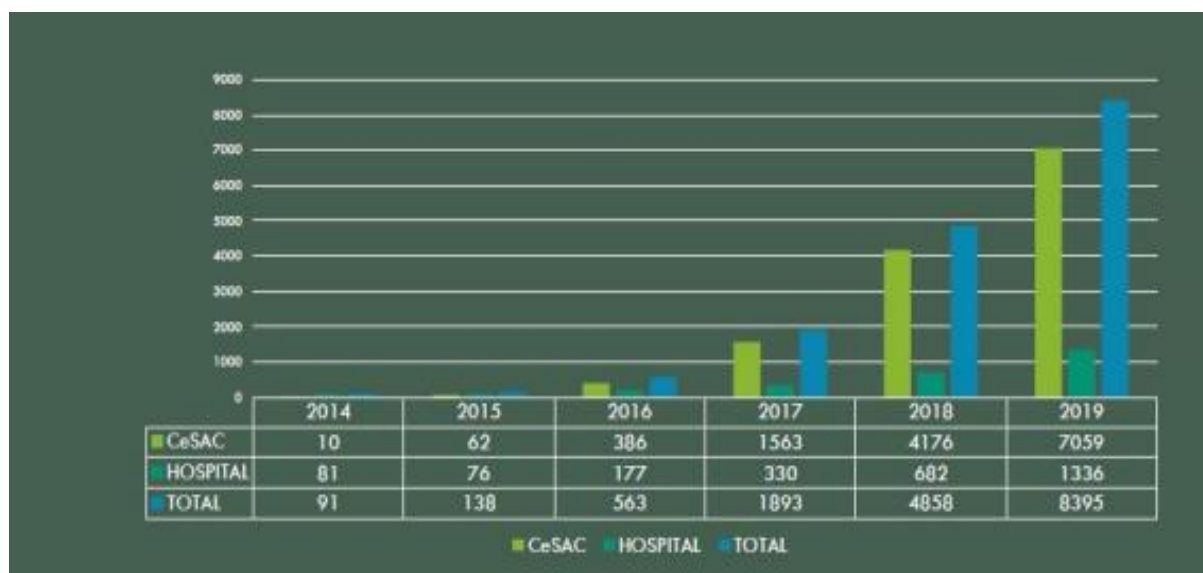
### 1. Imágenes tomadas por nosotras del ingreso al Servicio Social del Hospital



### 2. Imágenes de la puerta de ingreso al Servicio Social



3. Cifras de Interrupciones Legales del Embarazo (ILE) asistidas por año y tipo de establecimiento de salud entre 2014 y 2019



*Fuente: Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS - CABA (2020)*