

FCJS

UNL

UNIVERSIDAD NACIONAL  
DEL LITORAL  
FACULTAD DE CIENCIAS  
JURÍDICAS Y SOCIALES

Licenciatura en Trabajo Social.  
Tesina de grado.

# ENTRE DERECHOS Y OBJECIONES.

UNA INVESTIGACIÓN SOBRE EL USO DE LA  
OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN SITUACIONES DE  
ILE/IVE EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN  
SALUD DE LA CIUDAD DE SANTA FE (2021/2023)

Tesista: Llinas Virginia Soledad.  
Directora: Primo Silvia.

2024

## **Agradecimientos**

A mi familia, en especial a mis padres, por haberme acompañado en este trayecto, por haberme ayudado y permitido perseguir el sueño de convertirme en una profesional a través del estudio de esta hermosa carrera. Son una parte esencial de mi vida y son quienes me han convertido en la persona que soy, este logro también es de ustedes.

A mis amigas, y en particular a una hermana de vida que me dio la Universidad: María Luz. Gracias por todo lo vivido en estos años: la compañía, las juntadas, las crisis y las alegrías. Hiciste que este camino por la carrera sea más ameno y llevadero.

A mi directora: Silvia, por su acompañamiento constante y su apoyo en el proceso de escritura. Por haberme aceptado cuando parecía que todo estaba perdido y por haberme guiado desde el primer día.

A todas las mujeres que me brindaron su tiempo y espacio para cada entrevista de esta tesina, su aporte ha sido fundamental y sin él este trabajo no hubiera sido posible.

Y por último, quiero agradecer a las personas que directa o indirectamente me han ayudado en algún punto durante mi paso por la Licenciatura, a la educación pública, gracias a la cual mi sueño de estudiar una carrera se hizo realidad y en especial a la Universidad Nacional del Litoral y a cada docente que se cruzó en mi formación académica desde el año 2017.

## **Resumen**

La objeción de conciencia es una figura legal que al día de hoy se encuentra contemplada y avalada por numerosos ordenamientos jurídicos. La misma implica un posicionamiento y un accionar acorde a dicha postura y, quienes alegan ser objetores/as de conciencia suelen negarse a participar de manera directa o indirecta en aquellos procedimientos con los que no acuerdan por diferentes razones, siendo una de las principales la cuestión religiosa.

Esta investigación se centra en el sistema público de salud de la Ciudad de Santa Fe, en particular en los efectores de primer nivel de atención en salud o los comúnmente llamados Centros de Salud o Centros de Atención Primaria en Salud, debido a que constituyen la instancia de menor complejidad para dar respuesta a este tipo de requerimientos.

En este escrito se dará cuenta de la manera en la que la objeción de conciencia como figura legal se encuentra contemplada en el ordenamiento jurídico de Argentina y se tendrá en consideración el impacto o no de la misma en la atención en salud brindada desde los efectores seleccionados en el contexto santafesino. Se pretende indagar en el uso de la objeción y poder analizar los alcances del mismo en el acceso a una práctica de salud actualmente habilitada por la ley N° 27610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

El trabajo de campo fue realizado entre los años 2021/2022 y la escritura se desarrolló durante los años 2023/2024.

*Palabras clave:* objeción de conciencia, primer nivel de atención en salud, derechos sexuales y reproductivos, interrupción del embarazo, ILE, IVE.

## **Abstract**

Conscientious objection is a legal figure that today is contemplated and endorsed by numerous legal systems, it implies a position and action in accordance with it. Those who claim to be conscientious objectors usually refuse to participate directly or indirectly in those procedures with which they do not agree for different reasons, one of the main reasons being the religious issue.

This research focuses on the public health system of the City of Santa Fe, particularly on the first level health care providers or those commonly called Health Centers or Primary Health Care Centers because they are the least complex instance to respond to this type of requirements.

This paper will explain how conscientious objection as a legal figure is contemplated in the legal system of Argentina and will take into consideration its impact or not on the health care provided by the selected providers. in the chosen context. The aim is to investigate the use of the objection and be able to analyze its scope in access to a health practice currently enabled by law.

The field work was carried out between the years 2021/2022 and the writing took place during the years 2023/2024.

*Keywords:* conscientious objection, first level of health care, sexual and reproductive rights, termination of pregnancy, ILE, IVE.

<b>Introducción</b>	<b>Pág. 6</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>Pág. 7</b>
<b>Relevancia de la investigación</b>	<b>Pág 13</b>
<b>Capítulo 1 “Estrategia metodológica”</b>	<b>Pág 14</b>
Objetivos y preguntas de investigación	Pág 15
Metodología y trabajo de campo	Pág 16
Modificaciones en torno a la investigación	Pág 20
Muestreo y variables de investigación	Pág 21
Análisis y producción de información	Pág 22
<b>Capítulo 2 “El camino recorrido”</b>	<b>Pág 25</b>
El derecho a la salud sexual y reproductiva como cuestión de estado	Pág 26
De la clandestinidad al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos	Pág 28
¿Legal, seguro y gratuito? La temática del aborto en la Provincia de Santa Fe	Pág 30
Antecedentes jurídicos sobre la ILE/IVE y la OC	Pág 33
<b>Capítulo 3 “Entre derechos y objeciones”</b>	<b>Pág 39</b>
OC: Exploración de definiciones posibles	Pág 40
Orígenes e inscripción jurídica de la OC en Argentina	Pág 42
¿Derecho personal o desobediencia civil? Una breve aproximación al debate ético/filosófico	Pág 46
Perspectivas sobre atención primaria en salud y acceso a la ILE/IVE en efectores de primer nivel	Pág 49
¿Objeción de conciencia institucional?	Pág 53
La oposición a la ILE/IVE y el uso de la OC	Pág 55
<b>Capítulo 4 “Análisis de trabajo de campo”</b>	<b>Pág 61</b>
Una aproximación a conceptos centrales y la normativa vigente	Pág 62
La opinión de los/as profesionales en relación a la ILE/IVE y la OC	Pág 68
¿Qué aspectos dilemáticos fue posible identificar?	Pág 74
Estrategias necesarias para garantizar el derecho a la ILE/IVE	Pág 76
<b>Reflexiones finales</b>	<b>Pág 82</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>Pág 87</b>
<b>Anexo</b>	<b>Pág 90</b>

## **Introducción**

Existen diferentes modelos de regulación para la interrupción del embarazo: se puede hablar del modelo de penalización, del de despenalización, y del de legalización. Desde la sanción del Código Penal en el año 1921, Argentina se ubicó en el segundo modelo a través de un marco de causales<sup>1</sup> que permitía acceder a un aborto sin afrontar las consecuencias jurídicas que el mismo implicaría en otro contexto.

El fallo FAL<sup>2</sup> del año 2012 fue clave para unificar criterios, obligar a las provincias a legislar en materia de derechos sexuales y reproductivos y en materia de interrupción del embarazo. También impuso ciertos límites al uso de la objeción de conciencia (OC) por parte de las/os profesionales de salud. A partir de ese momento se establecieron protocolos y guías de atención que tenían como finalidad garantizar el acceso a un procedimiento médico seguro, el acceso a información sobre dicho procedimiento y también el respeto a lo establecido en las diferentes reglamentaciones vigentes en ese momento.

La figura de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) instaurada a través de la vigencia del marco de causales, ubicó a la práctica en un escenario menos restrictivo. A su vez, también es posible mencionar que no había una normativa específica que regulara el acceso a las interrupciones del embarazo y es por eso que los/as profesionales se encontraban en una zona gris debido a que, si bien el modelo de causales existía, también había numerosos riesgos para el accionar profesional en este tipo de prácticas.<sup>3</sup>

Es en el año 2020, con la aprobación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), que el País pasó a formar parte del modelo de legalización y, si bien este hito ha sido fundamental en la regulación de los derechos sexuales y reproductivos, todavía queda un largo camino por recorrer y los efectores de salud siguen enfrentando dificultades que a veces se traducen en falta de acceso al sistema de salud o en una atención deficiente. Todo esto se

---

<sup>1</sup> Las causales eran: riesgo de vida, riesgo de salud y violación pero, durante años hubo diferencias de interpretación entre los jueces que debían autorizar la realización del procedimiento.

<sup>2</sup>Fallo disponible en: <http://www.sajj.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf> esta cuestión será abordada en profundidad en el capítulo 2 de esta tesina.

<sup>3</sup> Esta cuestión será abordada durante los capítulos 2 y 3 de la presente tesina. Será también retomado en el capítulo 4.

desarrolla y analiza en los capítulos 3 y 4, a partir de los aportes teóricos seleccionados y el trabajo de campo realizado, es por ello que resulta importante mencionarlo en este apartado.

La objeción de conciencia es un elemento fundamental ligado a la ILE/IVE y hoy es una herramienta que resguarda el derecho de los/as profesionales a no verse inmersos/as prácticas con las que no acuerdan por diversos motivos. Es necesario destacar que esta figura no surgió de la manera en la que hoy la conocemos y es por eso que resulta interesante poder analizar sus orígenes y poder dar cuenta de cómo ha llegado a ser lo que es en la actualidad, esto será desarrollado en el capítulo 3.

Otro aspecto que es digno de análisis es aquel que refiere al rol que han tenido los movimientos sociales que han abogado a favor del derecho al aborto legal, seguro y gratuito, como así también la contraparte, conformada por quienes se han opuesto a la reglamentación de la interrupción del embarazo como un derecho de las personas con capacidad de gestar y que, en algunos casos, también han defendido la figura de la OC como un derecho de los/as profesionales pero también como una obligación por parte de los mismos. Esto será también desarrollado en el capítulo 3.

A lo largo de esta investigación se utilizarán las siglas ILE/IVE para hacer referencia a la interrupción del embarazo debido a que el marco legal actual ubica al aborto como un tema de salud que se encuentra regulado por la Ley N° 27610. Es necesario visibilizar la coexistencia de ambas modalidades ya que, tanto la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) como la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), se encuentran habilitadas actualmente y en los efectores de primer nivel suelen darse de forma simultánea casos que refieren a una u otra categoría. Esto ha sido relevado a partir de las entrevistas realizadas y es por eso que se convierte en una aclaración digna de mención para poder situar mejor la lectura.

Se adelanta que el lenguaje empleado en este escrito será de tipo no sexista y, acorde a dicha estrategia de comunicación, se hará referencia a la categoría de: “personas con capacidad de gestar” en sintonía con la normativa vigente en el país.

### **Antecedentes**

Al comienzo de toda investigación se debe ahondar en el campo de estudio a fin de poder analizar y conocer los avances y aportes que otros/as autores/as han hecho en relación a la

temática. Este es un paso muy importante porque permite un acercamiento al objeto de estudio y da lugar al diálogo con los/as autores/as y también con sus trabajos. La metodología de los antecedentes referenciados en este apartado es mayormente cualitativa y sólo dos de ellos cuentan con trabajo de campo. A continuación se detalla cada aporte teórico, su importancia y la relación que el mismo puede o no tener con la presente tesina.

Alegre (2013) ha dado cuenta de la existencia de diferentes formas de objeción al interior del campo de los derechos sexuales y reproductivos. La OC es, para él, una figura muy amplia que abarca la negativa de ciertos/as sujetos/as, que en general ocupan puestos ligados al ámbito médico (por ejemplo: profesionales de la salud, enfermeros/as, etc) a participar en determinados procedimientos<sup>4</sup>. Se menciona además que, cuando esta figura es utilizada en el campo de la salud, puede llegar a afectar a terceros y esto es lo que la diferencia de objeciones que pueden llegar a darse en otros campos profesionales.

Siguiendo este planteo, se entiende que la conducta de los/as objetores/as está fuertemente ligada a cuestiones morales o religiosas y que cada profesional se manifiesta como objetor/a porque no acuerda con ciertas políticas pública, mayormente por entender que estas atentan sobre su moral o su ética. El autor sugiere pensar los actos de quienes objetan como acciones que afectan a terceros y remarca la existencia de una relación de poder asimétrica entre las personas con capacidad de gestar y los/las profesionales de la salud, siendo estos últimos quienes detentan mayor poder en la toma de decisiones sobre la salud y los cuerpos.

Es posible complementar lo expuesto con las palabras de Veinticinque en otro de los antecedentes: ella afirma que la OC se basa en discursos seculares, científicos, médicos y legales que se traducen en un posicionamiento que, algunas veces, puede ser utilizado para negar derechos porque, quienes objetan se convierten de alguna manera en patriarcas o dioses que imponen a los otros su visión y que buscan que algo sea prohibido. (2020)

La OC interviene en los derechos civiles de cierto sector de la ciudadanía, por lo general son equipos de salud que transgreden toda o parte de la normativa en relación a los derechos sexuales y no reproductivos, porque quienes se niegan a practicar una ILE,

---

<sup>4</sup> El autor refiere que la modalidad de objeción es variada y abarca desde la negativa a participar en un procedimiento, hasta cuestiones como la falta de atención a ciertos/as pacientes, la negativa a informar sobre procedimientos, la negativa a expedir anticonceptivos o atender a personas que hayan pasado por una ILE/IVE, etc.



generalmente, tampoco acuerdan con la anti concepción quirúrgica y existen casos de aquellos que no proporcionan información sobre alguna de las otras formas de anti concepción tradicionales. (2020,71)

Los profesionales del campo de la salud forman parte de lo que se denomina “monopolio regulado” ya que, las profesiones tales como como la medicina, tienen acceso exclusivo a un campo de formación y experiencia a la cual las personas que viven en una sociedad necesitan o desean acceder y es por esto que es posible pensar que la OC podría restringir la autonomía de las personas.

Deza (2014,2021) ha escrito numerosos trabajos sobre la temática y es por eso que varios de sus aportes serán abordados en esta tesina. Para este apartado, se considera que hay dos investigaciones muy importantes que se ubican como antecedentes. El primer trabajo es un libro publicado en 2014 que analiza el uso de la OC en relación a la interrupción legal del embarazo<sup>5</sup> en Tucumán y hace referencia además a la tensión que existe entre la libertad de culto de los/as profesionales y el acceso a la libertad reproductiva. En este trabajo la autora da cuenta de las particularidades en la provincia en el período de tiempo elegido y deja en claro el rol central que tienen los sectores religiosos o conservadores en la oposición a ciertas temáticas como la ILE/IVE y en el uso de la OC como oposición a la misma. Al igual que esta tesina, dicho libro se centra en un contexto determinado y tiene como objetivo demostrar la tensión que hay entre los derechos de los/as profesionales objetores de conciencia y las personas con capacidad de gestar que buscan acceder a una determinada práctica de salud pero el contexto del mismo es previo a la sanción de la ley 27610 y no se encuentra centrado en el contexto santafesino ni en el primer nivel de atención en salud.

En el año 2021, la misma autora escribió un artículo en el que se analiza el uso de la OC en Argentina luego de la sanción de la ley IVE N° 27610. Se trata de una investigación en la que se analiza el alcance de la normativa, su impacto a futuro y se concluye que la OC existe bajo ciertos parámetros básicos y específicos pero no se trata de una investigación a fondo situada en un escenario concreto. Los dos principios básicos para el uso de la OC son, según esta visión: la

---

<sup>5</sup> Se habla en este caso de ILE debido al contexto de ese entonces, en donde la figura que regulaba el acceso a la interrupción del embarazo era la de interrupción legal acorde al modelo de causales.

no obstaculización, porque el uso de dicha figura no puede impedir o demorar el acceso a un derecho y la buena fe de los/as profesionales. Esto significa que los mismos deben actuar de manera honesta, transparente y partir de una base de cooperación mutua. (2021)

En este antecedente se da cuenta de la existencia de casos en los cuales profesionales de la salud hacen uso de la OC para demorar el acceso a la práctica y también se exponen situaciones en donde se persigue judicialmente a otros profesionales por garantizar el acceso a una interrupción del embarazo, todo esto incluso con la sanción de la ley de interrupción voluntaria del embarazo.<sup>6</sup> Esto también puede vincularse con lo vertido en los otros trabajos que forman parte del estado del arte, como es el caso de los aportes de Alegre y Veinticinque.

Siguiendo con la enumeración, se retoma a Ariza Navarrete y Ramón Michel, quienes han llevado a cabo una investigación bastante similar a la de Deza (2014) como parte de un proyecto de investigación realizado desde los años 2010 al 2013 y cuyos avances alcanzaron actualmente el año 2019. Este trabajo se centra en el análisis de la OC en la provincia de Santa Fe y, en primera instancia, se destaca el rol pionero que la provincia ha tenido en lo relativo a derechos de salud sexual y reproductiva y a la interrupción del embarazo en particular y también, se habla de una “política de la objeción de conciencia” que responde a un marco constitucional caracterizado por los siguientes derechos respaldados en la Constitución de la Nación Argentina y además recogidos por la Constitución Provincial:

- El derecho a la libertad personal.
- El derecho al libre desarrollo de la personalidad.
- Derecho a la libertad de culto o, en términos de la Constitución Provincial: el derecho a profesar libremente una religión.

Se destaca en este escrito, que no existe el derecho a ser objetor de conciencia como tal; lo que presenta una tensión que ya ha sido mencionada anteriormente por el resto de los autores retomados. Este antecedente se centra en la Provincia de Santa Fe y en el análisis de la figura de

---

<sup>6</sup> Se puede citar, por ejemplo, el caso la médica residente Miranda Ruiz en la Provincia de Salta: la misma fue imputada por incumplimiento de la Ley 27610 al entender el fiscal del caso que realizó un aborto sin la firma del consentimiento informado. La profesional alega haber cumplido con todo lo que figura en la ley y no haber actuado por fuera de ella, desde diferentes organismos de la provincia se hace referencia a la existencia de un sistema persecutorio que condena a quienes garantizan el acceso a este derecho.

OC, al igual que esta investigación pero, la misma se encuentra centrada mayormente en el registro de objetores y en la declaración en tanto objetores/as de los/as profesionales de la salud.

Irrazabal et al. (2019), plantean también la existencia de una tensión entre la OC y el derecho a la salud. Ambas partes son planteadas como polos opuestos y se hace alusión al aumento del uso de la OC en los últimos tiempos, más que nada en el campo de los derechos sexuales y reproductivos. Esta investigación confirma que, en muchos casos, la OC se convierte en un obstáculo para poder acceder al sistema de salud y además, que la posición como objetores de los/as profesionales de la salud responde en gran medida a posicionamientos religiosos o morales. Hacen referencia a la importancia de la ética y de los deberes profesionales de acuerdo a la ley de cada colegiación, además de los deberes jurídicos de cada profesional en relación a su trabajo.

Durante el proceso de redacción y revisión de este escrito se publicó una investigación de Anzorena (2023) que analiza el escenario del País con posterioridad a la sanción de la ley 27610. Al igual que esta tesina, se ubica en el escenario post sanción de la ley IVE y tiene como uno de sus objetivos dar cuenta de los alcances de la normativa e indagar en la implementación de una ley relativamente nueva. El artículo realiza un recorrido por la trama del colectivo feminista y explicita los pasos que permitieron llegar a la sanción de la ley, se destaca el rol de los sectores sociales en la demanda por el derecho al aborto y en su insistencia además para lograr una respuesta por parte del Estado. Describe las particularidades del ámbito de salud de la Argentina y finalmente expone los resultados de la investigación afirmando que existen obstáculos que impiden que la ley sea aplicada de manera adecuada y ubica a tres tipos: “los que son propios del sistema de salud pública y estructurales de todo el funcionamiento del Estado; los que son propios de la práctica: acceso, información, formación de los profesionales en la normativa y en los procedimientos; y obstáculos subjetivos: temores, falta de información, resistencias, miedo.” (2023, 8)

Si bien no se centra en un espacio en particular, da cuenta de una realidad compleja y dinámica y expone que la implementación de una ley no se logra automáticamente luego de su sanción sino que, hay numerosas cuestiones que inciden en este proceso. Cada espacio tiene sus particularidades, su dinámica y, quienes conforman los equipos de trabajo traen consigo

diferentes elementos subjetivos que hacen que las vivencias en cada efector sean particulares y que estos espacios sean además dignos de estudio y análisis.

Es necesario nombrar también el caso de Ana María Acevedo<sup>7</sup> debido a que se trata de un caso real que ha dejado en evidencia la tensión que hay entre el uso de la OC por un lado, y el acceso a un derecho<sup>8</sup> por el otro. Brusino (2024) afirma que: “Este caso se ha convertido en un ejemplo del trato médico ignorante del dolor y el sufrimiento de las personas.” (pp. 1)

En el trabajo mencionado se realiza un recorrido por las particularidades que llevaron a la muerte de Ana María y los datos son recuperados a partir de un informe realizado por el Comité de Bioética del Hospital Iturraspe, luego de la reunión de dicho Comité con los/as profesionales de ese efector con posterioridad al hecho. Llegando a las conclusiones, la autora sostiene lo siguiente:

El caso Acevedo es también un caso emblemático, no por dividir a la opinión pública a favor o en contra del aborto. Es emblemático de las fallas del sistema de salud, de sus fracturas, desencuentros e injusticias, es emblemático de la soberbia instalada en ciertas prácticas hospitalarias como actitud normal y del oportunismo político que agita aguas sólo superficialmente, lo suficiente como para que todo siga igual. (pp. 7)

Los textos referidos dan cuenta de la presencia de tensiones entre el acceso a la salud y el uso de la OC y, si bien cada uno tiene una mirada particular, es evidente que todos coinciden en este punto. Es necesario decir que, hasta el momento, no existen investigaciones con las siguientes características: 1) Posteriores a la sanción de la Ley 27610, 2) Centradas en la Ciudad de Santa Fe, 3) Centradas en el primer nivel de atención en salud en la Ciudad de Santa Fe. Tampoco ninguna de las investigaciones previas releva la opinión de los/as trabajadores/as de los efectores públicos de salud y, es por eso que esta tesina se entiende como algo relevante y necesario, lo que será explicado en el siguiente subtítulo.

---

<sup>7</sup> Las particularidades del caso de Ana María Acevedo serán abordadas en el capítulo 2 de esta tesina, la idea es adelantar lo más relevante y poder mencionar este artículo que resulta de suma importancia para la construcción de un estado del arte.

<sup>8</sup> Es posible conocer más sobre el caso en: <https://www.pagina12.com.ar/110281-sin-derechos-hasta-morir> de todas formas esto será retomado más adelante en la tesina.

## **Relevancia De La Investigación**

Ha quedado expuesto que la objeción de conciencia (OC) es una figura legal usada de manera frecuente en diferentes ámbitos, siendo uno de ellos el campo de la salud y que, para algunos/as autores/as la misma puede generar consecuencias al momento de acceder al sistema de salud. Las bases de esta figura pueden encontrarse en la Constitución Nacional de la República Argentina, en donde se establece el derecho a la libertad de culto y esto es además recepcionado por la Constitución de la Provincia de Santa Fe.

La relevancia de esta tesina responde a una vacancia en el campo de investigación debido a que, si bien existen investigaciones de distinta índole sobre temas como la interrupción del embarazo, la objeción de conciencia, los debates que existen en torno a esta figura e incluso estudios de escenarios particulares, no se logró encontrar investigaciones sobre objeción de conciencia en lo referido a la interrupción del embarazo, centradas en la Ciudad de Santa Fe, ni en los efectores de primer nivel de la misma. Tampoco se ubican investigaciones de esta índole que indaguen en la realidad social luego de la aprobación de la Ley 27610.

Se entiende también que la investigación sobre ciertos temas o problemáticas contribuye a la visibilización de las mismas y, que el objetivo de una tesina de grado no es solamente la acreditación de conocimientos o la necesidad de acceder a un título. Se busca visibilizar una realidad existente al día de hoy que afecta de manera directa la vida de las personas con capacidad de gestar y que pretende a futuro poder convertirse en una fuente de información para poder realizar algún cambio que beneficie la vida de la población.

En el capítulo siguiente se expondrán todas las decisiones metodológicas y las mismas serán también justificadas.

# Capítulo Uno.

## Estrategia metodológica.

*“Los datos encierran un contenido informativo, pero son los investigadores quienes deben darle forma a los mismos. El dato es el resultado de una elaboración de la realidad, con el acceso al dato no se accede directamente a la realidad, sino que se da un proceso de percepción de la misma.” (Rodríguez Gómez; 1999)*

## **Objetivos y preguntas de investigación**

El tema de esta tesina de grado es la objeción de conciencia en relación a la interrupción del embarazo en efectores de primer nivel de atención en salud de la ciudad de Santa Fe, durante el periodo seleccionado. La pretensión de la misma consiste en dar cuenta de la tensión que se presenta entre el uso de la OC y el acceso a la salud o, en particular, el acceso a un procedimiento ILE/IVE. Para lograr esto, se ha recurrido a las voces de quienes desempeñan funciones en efectores de primer nivel en dicho contexto y se han elaborado una serie de estrategias que permitieron conocer la realidad y poder confirmar o desmentir la idea con la que se parte al momento de iniciar una investigación. Para poder lograr esto, se han propuesto los siguientes objetivos:

### Objetivos generales:

- Analizar la implementación de la OC en situaciones de ILE/IVE en el primer nivel de atención de salud de la ciudad de Santa Fe, entre los años 2021-2023.

### Objetivos específicos:

- Indagar en documentos legislativos y en la normativa a nivel nacional (Ley 27610 y sus antecedentes) las formas en que se tematiza la objeción de conciencia y se regula la interrupción del embarazo.
- Explorar los posicionamientos de diferentes profesionales sobre la OC en relación a la ILE/IVE en los efectores del primer nivel de salud de la ciudad de Santa Fe.
- Analizar los aspectos dilemáticos entre los posicionamientos profesionales sobre la OC y la garantía del derecho a la ILE/IVE en las instituciones del primer nivel de salud de Santa Fe.

En relación a esto, las preguntas de investigación que se pensaron fueron las siguientes:

1) ¿Cómo se tematiza la OC y cuáles son los fundamentos que regulan la ILE/IVE en los efectores públicos de salud según la normativa vigente a nivel nacional y provincial? Esta pregunta hace referencia al marco normativo, a la manera en la que la OC se encontraba y se

encuentra hoy legitimada y regulada. Se puede hablar de protocolos y de leyes, pero además existen herramientas que cada provincia establece: en Santa Fe podemos hablar del registro de objetores de conciencia por ejemplo y se trata de herramientas que ubican a este tipo de prácticas en un marco de legitimidad y ponen también límites al uso de figuras como la OC.

2) ¿Qué tipo de posiciones sobre la OC es posible identificar en profesionales de la salud de los efectores del primer nivel de atención? Teniendo como eje el sistema de salud santafesino y el primer nivel de atención en dicho espacio. Es posible enumerar casos en donde la objeción de conciencia es usada de manera incorrecta y en donde la misma se erige como un obstáculo pero, con el trabajo de campo se podrá dar cuenta de las particularidades del sistema de salud de la Ciudad de Santa Fe y de los efectores seleccionados en la muestra para esta tesina.

3) ¿De qué manera los posicionamientos de los profesionales sobre la OC representan un dilema respecto a garantizar el acceso a ILE/IVE? Esta pregunta parte de la noción de que es posible identificar una tensión entre las cuestiones morales o religiosas que pueden determinar que ciertos profesionales de la salud se posicionen como objetores/as de conciencia y las diferentes obligaciones que cada profesión debería cumplimentar. En este punto resulta también interesante indagar en la manera en la que cada efector aborda las situaciones de ILE/IVE y es por eso que las entrevistas y su posterior análisis tienen como eje la relación que existe al interior de cada Centro de Salud en lo referido a la OC.

### **Metodología y trabajo de campo**

Partiendo de los objetivos preestablecidos y, para lograr responder a las preguntas de investigación explicitadas con anterioridad, se optó por una investigación cualitativa. Hernández Sampieri, et al. (2014) caracterizan a estas investigaciones como un enfoque que, para lograr sus objetivos, se vale de la recolección de datos no numéricos que permiten el trabajo con las preguntas de investigación. El mismo se encuentra orientado por aquellos temas que se establecen como centrales para los proyectos y analiza además, el desarrollo de los sucesos de manera natural fundamentándose en una visión de tipo interpretativa “centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos, sobre todo de los humanos y sus instituciones”. La recolección de información en estas investigaciones es un proceso flexible y la misma busca realizar una reconstrucción de la realidad en torno a la manera en que los sujetos la perciben. (2014) Al respecto, Sautú (2003), afirma que lo cualitativo se basa en entender a la



realidad como un todo y que, la unidad a investigar es entendida desde esta perspectiva de manera "holística", mientras lo que se busca es mantener la visión de los actores o informantes y ser fieles a lo que los mismos cuentan o manifiestan.

Las técnicas de recolección de información fueron: las entrevistas en profundidad semi estructuradas y la revisión documental. Se utiliza como referencia a Verd y Lozares (2016) porque entienden que, una de las razones para elegir este tipo de entrevistas se da cuando lo que se pretende con la investigación es entrevistar a "informantes clave". Se pretende en estos casos hacer uso de la posición privilegiada que tienen ciertos sujetos en relación directa con el tema de investigación y es por eso que, las personas a las que se busca entrevistar son elegidas a partir del rol que tienen en relación a lo que se investiga y, se busca conocer su visión o perspectiva en relación a determinados hechos. Se optó por este tipo de entrevistas porque parten de la creación de una guía con preguntas pero, la misma es aplicada de manera flexible al momento del encuentro. Esto da lugar a la posibilidad de modificar alguna pregunta, de introducir preguntas nuevas, de omitir alguna porque ya ha sido respondida sin que sea preguntada, etc. Todo esto es realizado teniendo en cuenta las particularidades de la entrevista una vez que la misma se lleva a cabo y también teniendo en cuenta la "habilidad de la persona entrevistadora". (2016, 6)

Las informantes fueron personas que al momento de realizar el trabajo de campo se encontraban cumpliendo funciones en CAPS de la ciudad de Santa Fe y el acercamiento al campo estuvo orientado a: trabajadores/as sociales, médicos/as, psicólogos/as. ¿Por qué la muestra tuvo esos criterios de selección? Porque estas tres profesiones son las que, por lo general, conforman los espacios de consejería<sup>9</sup> y son además las que participan activamente en los procesos de interrupción del embarazo en el primer nivel ya sea si se realizan en este nivel o si se derivan a otro de mayor complejidad.

Como estrategia para definir la muestra y, siguiendo a Scribano (s/f), en primer lugar se hizo uso de la máxima variación. Se partió de contactos existentes al momento de iniciar el

---

<sup>9</sup> Los espacios de consejería se establecen en cada centro de salud para diversos temas, siendo uno de ellos el brindar información sobre salud sexual y reproductiva y sobre derechos sexuales y reproductivos. Se trata de charlas, que suelen desarrollarse dentro de uno de los espacios de cada efector en donde la persona interesada plantea sus dudas a quiénes trabajan en el efector y se busca desde estas instancias evacuar las mismas y generar un vínculo con la ciudadanía. Se trata de espacios que cada efector decide instalar, no es algo obligatorio o que esté establecido en la ley. Fuente: desgrabaciones de las entrevistas y trabajo de campo.

trabajo de campo y se trató de ampliar la muestra a través de diferentes estrategias como la búsqueda en mapas de la Ciudad para ubicar más efectores o el uso de la técnica “bola de nieve”. Uno de los miedos presentes al momento de elegir esta última herramienta fue la posibilidad de terminar con una muestra sesgada o que, al adquirir contactos por medio de algunas de las personas entrevistadas, se obtuvieran respuestas similares pero esto no sucedió.

Las entrevistadas pertenecen a diferentes campos disciplinares y, si bien la mayoría son profesionales del trabajo social, algunas se encuentran ocupando un rol de dirección y otras también forman parte de los espacios de consejería de los efectores.<sup>10</sup> Se pudo detectar además, que no todas las entrevistadas acordaban al 100% con la interrupción del embarazo y que tampoco la totalidad de ellas estaba en contra de la OC, las visiones fueron diversas y también hubo acuerdos en muchos aspectos.<sup>11</sup>

Según datos de la página del gobierno de Santa Fe, al día de hoy en la región existen 179 efectores de primer nivel y, acorde a un documento con actualización al año 2021 elaborado por el Ministerio de Salud de dicha provincia, 37 de esos 179 efectores se encuentran en la Ciudad de Santa Fe. En paralelo, en el recuadro elaborado por la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir figuran tan sólo 30 de los 37 y, cabe destacar que, este listado contiene además contactos de profesionales a los que se puede contactar de manera directa y es un relevamiento que da certezas de que esos Centros de Salud garantizan el acceso a la interrupción del embarazo. Independientemente del instrumento que se tome para dar un conteo preciso, es notorio que se trata de un número bastante grande y que resulta difícil poder acceder a tantos espacios, teniendo en cuenta además el contexto de pandemia COVID 19 imperante al momento de realizar el trabajo de campo.

El primer contacto fue con el Centro de Salud Padre Cobos (Oeste de la Ciudad), debido al vínculo preexistente que había con motivo de la realización de las prácticas pre profesionales de quién escribe esta tesina en dicho espacio. Posteriormente, se hizo contacto con el centro de salud de Villa Hipódromo (Oeste de la Ciudad), con el cual también existía un contacto anterior debido a que, muchas de las actividades eran realizadas en conjunto entre Padre Cobos y Villa Hipódromo. Luego, se procedió a una búsqueda personal centrada en efectores que sean

---

<sup>10</sup> Fuente: desgrabaciones de las entrevistas y trabajo de campo.

<sup>11</sup> Esto será analizado en profundidad en el capítulo 4.

diferentes áreas de la Ciudad pero que, además se encuentren insertos en grandes espacios poblacionales, varios de estos efectores reciben consultas de muchos barrios de Santa Fe e incluso a pesar de ubicarse en un determinado espacio territorial, la demanda que tienen es de otros barrios.<sup>12</sup>

Con el uso de la técnica bola de nieve y con una investigación personal, a partir del relevamiento de datos a través de fuentes oficiales como la página del gobierno de la Provincia de Santa Fe o los diferentes recursoros en donde consta la existencia de cada uno de los centros de salud, se pudo acceder a más contactos y pautar encuentros con otros efectores tales como: Loyola Sur (Norte de la Ciudad), Los Troncos (Noroeste de la Ciudad), Las Delicias (Noroeste de la Ciudad), Abasto (Noroeste de la Ciudad), Nueva Pompeya (Norte de la Ciudad) y Juventud del Norte (Noroeste de la Ciudad).

Otra cuestión que debe destacarse es que, pese a numerosos intentos de establecer un vínculo con algunos efectores más, varios/as los/as profesionales se negaron a pautar una entrevista o no estaban disponibles en ese entonces. También se dieron casos en los que aparecía la voluntad de pautar un encuentro pero luego no había más respuesta al momento de definir las precisiones del mismo, no se nombra a estos efectores porque la idea no es exponerlos ni exponer a los/as profesionales. Fueron 5 los profesionales de Centros de Primer Nivel con los cuales se intentó realizar una aproximación y la misma no dio frutos. Otro dato que se entiende como central es que 2 de los efectores que figuran en los registros ya mencionados no tienen datos de contacto ni figuran en el mapa, y fue imposible establecer una comunicación con otros 7 de ellos, pese a innumerables intentos durante meses.<sup>13</sup>

Las entrevistas fueron realizadas de manera simultánea en el tiempo, pero no en el espacio ya que debieron desarrollarse mediante videoconferencia<sup>14</sup> dadas las condiciones de la contingencia sanitaria. Dicha experiencia resultó positiva ya que, gracias a esta modalidad, se pudo grabar el audio del encuentro y también el video. Se logró un lugar de mayor comodidad para las entrevistadas, se pudieron pautar las entrevistas por fuera del horario laboral en algunos casos y varias personas mencionaron que les parecía mejor esta dinámica porque en el efector no

---

<sup>12</sup> Esto ha sido relevado en las prácticas pre profesionales y es posible encontrarlo en los registros de campo de quien escribe esta tesina, y además ha sido mencionado por algunas de las entrevistadas en los encuentros realizados.

<sup>13</sup> Probablemente esto se deba al contexto de pandemia o a problemas en las líneas telefónicas.

<sup>14</sup> Como zoom/meet/video llamada.

todas las personas que conformaban el equipo de trabajo hubieran estado de acuerdo con la realización de un encuentro ligado a esta temática.<sup>15</sup> Hubo algunas entrevistadas que se encontraban fuera de la ciudad e igualmente, pudieron dar su testimonio y brindar su tiempo para la investigación. También es cierto que la realidad de la pandemia no era ajena a quien escribe ni a los informantes clave y es por eso que como investigadores, algunas veces se deben adecuar las circunstancias para lograr la concreción de ciertos objetivos.

La mayoría de los encuentros fueron realizados de manera individual mientras que, dos de ellos se hicieron en modalidad grupal. En dos de los CAPS analizados se propuso la posibilidad de que dicha entrevista esté compuesta por la profesional de trabajo social del efector y las personas a cargo de intervenir en las situaciones de interrupción legal y/o voluntaria del embarazo.

A modo de conclusión de este apartado, se retoma a Scribano, quien sostiene que: “la importancia de los sujetos radica en ser los primeros conocedores del mundo social” (2008, p.35). Esto significa que son quienes conocen de primera mano la manera en la que la OC se manifiesta en cada efector y cómo esto afecta o no el acceso al derecho a la salud en general y, el acceso a una práctica como lo es la interrupción del embarazo ILE/IVE en particular. Para poder escribir una tesina no sólo basta con información teórica o con la voluntad de escribir una investigación sino que, se necesita además probar una teoría o dar cuenta de los elementos para realizar afirmaciones y tener un registro para dar cuenta de todo eso. En este caso, se trata de entrevistas y de un trabajo de campo con ciertas particularidades que ha permitido llegar al lugar en el que hoy se encuentra esta tesina. Obviamente se presentaron numerosas dificultades en el proceso y fue necesario sortearlas para poder avanzar.

### **Modificaciones en torno a la investigación**

Llegando al final de la formación académica se presenta el desafío de escribir una tesina de grado y, si bien como estudiante uno/a cuenta con herramientas teóricas y con un acompañamiento por parte de docentes y directores/as, es un proceso complejo y arduo que se realiza generalmente por primera vez.

La idea original era que la investigación se centre en los tres niveles de atención en salud de la ciudad de Santa Fe y además poder recuperar las voces de funcionarios/as de la gestión

---

<sup>15</sup> Fuente: desgrabaciones de las entrevistas y mensajes de whatsapp o emails previos a los encuentros.

provincial de ese entonces pero, entre correcciones por parte de la cátedra y decisiones personales, se pudo situar mejor la unidad de estudio y se decidió centrarla en el primer nivel: estos serían los centros de salud o los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). El cambio de la unidad de estudio se debió a diferentes factores: en primer lugar, fue muy difícil establecer un contacto con los/as funcionarios/as y pautar una entrevista porque la mayoría no estaba dispuesta/o a realizarla. Otra de las cuestiones que llevaron a este recorte fue la dificultad que implicaría a futuro condensar tantas entrevistas en una tesina de grado con una extensión reducida, sería imposible recortar las entrevistas porque serían demasiadas y el proceso de análisis de datos se volvería también más complejo.

Como parte del proceso de realización de la tesina se presentaron diversos problemas de índole personal, siendo uno de ellos la pérdida de dirección de la persona que en primer lugar se encontraba desempeñando dicha función. Con el acompañamiento de la cátedra del “Seminario de Tesina” y de una de las personas que estaban en el banco de directores se pudo dar con Silvia Primo, quien actualmente se encargó de desempeñar dicho rol y gracias a quien este proceso pudo culminar finalmente.

### **Muestreo y variables de investigación**

Se trata de un tipo de muestreo intencional no probabilístico, en donde la elección de informantes responde a ciertos criterios definidos previamente por quien investiga y los cuales ya han sido explicitados en el subtítulo anterior. Otzen y Manterola definen el muestreo intencional como aquel que: “permite seleccionar casos característicos de una población limitando la muestra sólo a estos casos. Se utiliza en escenarios en los que la población es muy variable y consiguientemente la muestra es muy pequeña.” (2017, 230).<sup>16</sup>

La muestra pretende mostrar la realidad en un momento determinado ya que sería imposible abarcar todo. En la realidad social coexisten escenarios complejos y amplios que deben ser delimitados al momento de iniciar una investigación porque sería muy complicado poder realizar una tesina tan abarcativa teniendo en cuenta la extensión de estos proyectos y los objetivos que deben establecerse al momento de iniciar con el proceso investigativo.

---

<sup>16</sup> Como también ya se ha mencionado, la muestra pudo complementarse con el uso de la técnica “bola de nieve”.

Una vez expuestas las características y la elección del muestreo, se procede a hacer visibles las variables de investigación:

- En primer lugar, se define la variable “acciones”: referida, justamente, a las acciones dentro de cada efector. Al interior de esta variable se despliegan indicadores como: la atención en salud que es brindada a las personas que se acercan solicitando información o la realización de un procedimiento puntual como lo es la interrupción del embarazo, la de quienes se declaran objetores y sus acciones a partir de este posicionamiento, las respuestas que desde el equipo de trabajo se dan ante este posicionamiento y las relaciones que desde cada CAPS se establecen con las distintas organizaciones de la sociedad civil.
- Como segunda variable se ubica la “dinámica”. Entendida como la forma en la que cada Centro de Salud funciona y la forma en la que cada equipo de trabajo se organiza. Los indicadores al interior de este punto serían: a) la relación entre la cantidad de objetores y los no objetores, b) la respuesta que se da ante el uso de la objeción de conciencia, entendiendo por esto a la forma en que cada equipo se organiza en relación a los posicionamientos de objeción para seguir garantizando o no el acceso a la salud, los límites que la OC como postura adquiere en cada CAPS, etc.
- La última variable es la de “recursos” y en ella es posible ubicar a las políticas públicas, a los/as profesionales con quienes cuenta cada efector (recursos humanos) y la particularidad entre la cantidad de objetores y no objetores, la derivación como herramienta aplicada desde algunos efectores, las acciones de diferentes organizaciones de la sociedad civil a favor o en contra de la ILE/IVE, la relación con los otros niveles de atención, etc.

Las variables e indicadores han sido tenidos en cuenta al momento de analizar los datos relevados en el trabajo de campo. A continuación se ahondará en este punto.

### **Análisis y producción de información**

Una vez obtenidos los datos, es necesario realizar una sistematización de los mismos y un posterior análisis para poder vertirlos en la tesina. El proceso que se siguió para el análisis de

datos fue el esbozado por Hernández Sampieri (2014). Primero se recolectaron los datos a través de la realización de entrevistas, en segundo lugar se llevó a cabo la organización de dichos datos teniendo en cuenta todo lo que ha sido expuesto hasta el momento (objetivos/preguntas de investigación/categorías centrales/variables y sus indicadores/etc) y en tercer lugar, y en términos del autor, los datos fueron preparados para su estudio mediante procesos como las desgrabaciones y transcripciones manuales de la información. Luego se revisaron esos datos a través de la lectura y finalmente se descubrieron las unidades de análisis a través de dos pasos enumerados por Hernández Sampieri: primero se localizaron estas unidades y se les asignaron categorías a cada una y luego se realizó un proceso de codificación en donde se ubican temas y se los relaciona entre sí estableciendo similitudes y diferencias.

Se puede mencionar algunos pedidos de confidencialidad por parte de las entrevistadas en relación a la no divulgación de datos personales o a la protección del nombre del efector en el que trabajaban. El motivo principal para estos requerimientos se relaciona con el posicionamiento de quiénes estaban a cargo de la dirección de cada espacio al momento de las entrevistas, se habló de ciertos directores/as que son objetores/as de conciencia pero que además están en total desacuerdo con la práctica ILE/IVE y por eso las entrevistadas manifestaron cierta reticencia ante la posibilidad que la misma se haga pública. Una de las entrevistadas manifestó que el director del CAPS<sup>17</sup> forma parte de un partido político autodenominado “pro vida” que, entre otras cosas, actúa en contra de procedimientos como la ILE/IVE o atenciones ligadas a los derechos sexuales y reproductivos e incluso llegó a conformar la lista de candidatos de dicho partido.<sup>18</sup>

Es por eso que, para resguardar información sensible y en base a este pedido, se definió asignar un número a cada efector. Se utiliza el mismo número para referenciar a la entrevistada que desempeña funciones en cada espacio y en el análisis se recogen expresiones textuales de las entrevistadas y también se apela al uso del parafraseo<sup>19</sup> a fin de que no sea tan monótona la lectura del capítulo 4.

---

<sup>17</sup> Un profesional del campo de la medicina general.

<sup>18</sup> El partido político no se denomina “pro vida”, sino que cuenta con un nombre específico que contiene esta denominación como emblema.

<sup>19</sup> Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE) se define como: “Hacer la paráfrasis de un texto o escrito.” Sin.: comentar, explicar, glosar, interpretar, ilustrar, imitar, reproducir, remedar, parodiar. Extraído de: <https://dle.rae.es/parafrasear>

Para poder diferenciar las citas en el capítulo final de la tesina se ha pensado en diferenciarlas para no confundir al lector: las frases o citas de autores estarán consignadas de manera tradicional de acuerdo a lo que establecen las normas APA en su séptima edición mientras que las citas de las entrevistas estarán además marcadas en cursiva. Simplemente para no confundir y hacer más amena la lectura. Aquello que en el capítulo 4 figura entre comillas y en letra cursiva es la palabra textual de las entrevistadas.

En el capítulo que sigue se hará una breve contextualización de la temática en términos generales para luego poner el foco en la República Argentina y en particular en la Provincia de Santa Fe, lugar donde se centra esta tesina. Es necesario conocer el contexto y poder contar con un conocimiento previo para luego adentrarse en las cuestiones más específicas y en el análisis de trabajo de campo.



## Capítulo Dos.

### El camino recorrido.

*“Devenir es dismantelar las estructuras de dominación mediante retornos, reajustes y micro cambios cuidadosos y pacientes. La ilusión de un único camino verdadero hacia la revolución o de un único centro de resistencia será sustituido por un largo proceso de aprendizaje para experimentar transformaciones puntuales a través de repeticiones infinitas que afirmará, en cambio, un constante flujo de met(r)amorfosis. Devenir es una forma nómada de retorno o de ejercicio de memoria que traza líneas transversales potenciadoras que trascienden la estaticidad de la memoria sedimentada, activándola y desprogramándola del modelo dominante”. (Braidotti, p. 146)*

En este capítulo se presenta la perspectiva teórica-metodológica del trabajo, es decir: los aportes para pensar el aborto como cuestión de Estado y; en los apartados subsiguientes, se plantea un breve itinerario respecto de las disputas sociales y políticas para instalar el tema en la agenda pública y por último se desarrollan las modificaciones producidas en términos normativos y jurídicos que culminan con la sanción de la Ley IVE. El foco está puesto en el caso santafesino debido a que es el eje geográfico de esta investigación.

### **El derecho a la salud sexual y reproductiva como cuestión de estado**

Para este apartado se retoma a Peñas Defago (2013), debido a que destaca la importancia de pensar la ILE/IVE desde una perspectiva de derechos, pero también con un enfoque de derechos humanos. La irrupción de grupos sociales con demandas concretas en las sociedades por lo general, puede traducirse en la presentación de proyectos de ley en torno a las cuestiones por las que estos grupos abogan, se trata de un campo de luchas y de resistencias en la que diferentes emergentes sociales, históricos, políticos, culturales, etc. se instalan en el espacio público y demandan una respuesta por parte del Estado. Las respuestas que el Estado da, sean favorables o no para con la demanda inicial, implican un posicionamiento político por parte de las autoridades y, las políticas públicas que partan de la lógica de los derechos humanos traen consigo lo que para la autora mencionada puede leerse como un desafío que consiste en: “Implementar acciones preferenciales hacia grupos y personas excluidos de la sociedad”. (s/p)

La importancia de este enfoque tiene una doble cara: por un lado busca consolidar a través de una tarea de reconocimiento a las personas que hacen oír un reclamo y además, tiende a fortalecer la capacidad estatal en lo que refiere a la necesidad y deber de garantizar ciertas cuestiones como el acceso a la salud. Entender los derechos sexuales y reproductivos como parte del derecho a la salud y como un eje central de los derechos humanos es un avance significativo e implica también el descorrimiento hacia una lógica más plural y humanitaria. Al respecto, la autora dice que:

El derecho a la salud sexual y reproductiva alude al derecho a acceder a servicios de salud de calidad, a la información amplia y oportuna sobre una gama completa de servicios, incluida la planificación familiar, la decisión libre sobre la procreación, sin coacción de ningún tipo, entre otros. (2013, s/p)

Para Bricchetti (2021), el derecho a la salud sexual y reproductiva implicaría por un lado, la posibilidad de elegir libre y responsablemente sobre el cuerpo y por otro, el acceso sin restricciones a diferentes espacios y bienes. En consecuencia, para lograr la justicia reproductiva resulta necesario que los estados se orienten al establecimiento de políticas que tengan como cimiento el análisis y la lectura previa, partiendo de un lugar desde el cual se pueda entender a los/as destinatarios/as de esas políticas como algo más que “beneficiarios” o “destinatarios” de las mismas. La meta estaría en entender a estas personas como sujetos de derecho.

Para Deza (2017) el Estado tiene un rol central al momento de garantizar el acceso a ciertos derechos, siendo uno de ellos el derecho a la salud. Siguiendo este eje, es posible decir que las acciones e inacciones llevadas a cabo por el personal estatal al interior de espacios públicos conlleva una responsabilidad personal, al ser realizadas por la persona pero; también una responsabilidad estatal, al ser realizadas en el marco de un efector público que depende del estado. Al hablar de responsabilidad estatal es posible pensar que, cuando la misma afecte a terceros podría ser hasta imputada al Estado en el nivel de representación correspondiente. La autora recoge dos antecedentes jurisprudenciales en torno a la responsabilidad estatal y sus impactos en las personas que buscan acceder a la salud en efectores públicos.

- Caso Brescia (1994): como consecuencia de este caso se establece un antecedente que da lugar a la siguiente afirmación: un funcionamiento adecuado y eficaz del sistema de salud requiere de una articulación de todos los profesionales de forma global y en relación con cada paciente. El deber de asistencia de los profesionales además debe concordar con lo establecido en el Código Interno de Ética Médica, el Colegio de Ética de la Confederación Médica Argentina y la Declaración de Ginebra.
- Ledesma (2006): con posterioridad a este caso se establece que la función social de las organizaciones estatales públicas consiste en garantizar el acceso a la salud ya que son una especie de extensión que el Estado organiza en pos de garantizar el acceso de sus ciudadanos/as a un derecho humano esencial.

La atención pública entonces, es llevada a cabo en diferentes niveles y por diferentes empleados/as y funcionarios/as estatales y, es a través de estas personas que cada estado organiza y regula el acceso a cada derecho. En este aspecto Deza (2017) hace referencia a la existencia de

una relación totalmente voluntaria entre los/as trabajadores/as del sector público y el Estado en donde además ambas partes salen beneficiadas.<sup>20</sup>

### **De la clandestinidad al reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos**

Una vez expuestas algunas nociones generales referidas al campo de la salud y los derechos, es necesario entender el surgimiento de la lucha por la garantía de la interrupción del embarazo y, si se habla en términos generales, para Cirizia (2013) los años 60 y 70 pueden ser interpretados como un momento clave en la lucha por el aborto legal a nivel mundial debido a que, en este contexto se dieron varios sucesos que permitieron introducir en la agenda pública la temática y las problemáticas que la misma acarrea: en estos años se estableció un nuevo horizonte desde el cual fue posible comenzar a pensar en una nueva forma de vivir la autonomía sexual y reproductiva y de acceder también a prácticas que hasta entonces estaban prohibidas. Coexisten en dicho momento ciertos procesos que la autora menciona:

En primer lugar, se había dado un proceso de expansión de libertades y de derechos en diferentes aspectos<sup>21</sup> y había a nivel mundial un gran clima de época caracterizado por la lucha en defensa de los derechos sexuales y reproductivos, las mismas estaban encabezadas mayoritariamente por el feminismo y los sectores más juveniles de cada país. En segundo lugar, se vivía un proceso de revolución cultural que provocó modificaciones en las relaciones sociales<sup>22</sup> y por último, aparecieron diferentes movimientos que llevaron a cabo un arduo trayecto para lograr instalar este tema en agenda y poder contar con nuevas políticas.

Para Bergallo (2011) este proceso de liberalización gradual pudo llevarse a cabo a través de diferentes argumentos que permitieron instalar con fuerza este debate. Primero, se instaló la idea de que la muerte como resultado de abortos realizados de forma clandestina era un tema de salud pública y luego, se empezó a plantear que esas muertes tenían un factor económico ligado a ellas ya que se podía identificar claramente una injusticia social ligada a la pobreza y a las

---

<sup>20</sup> Quien brinda su trabajo recibe un salario por dicha tarea y el estado a su vez puede contar con el trabajo de sus empleados/as.

<sup>21</sup> Por ejemplo, en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos aparecieron con fuerza las pastillas anticonceptivas y se diagramaron también nuevas reglamentaciones que venían a cuestionarlo que hasta ese momento era la norma.

<sup>22</sup> Cuestiones como el aumento de los divorcios o la liberalización de ciertas costumbres arraigadas hasta el momento.

condiciones en las cuales esos abortos eran realizados<sup>23</sup>. Finalmente, se defendió con fuerza un punto central: la noción de que los abortos existían y que seguirían existiendo, se encuentren o no regulados en cada ordenamiento jurídico.<sup>24</sup>

Centrando el análisis en Argentina, Bellucci (2018) ubica a la década de los 70 como clave gracias a la aparición de dos movimientos centrales en este País: la Unión Feminista Argentina (UFA) y el Movimiento de Liberación Femenina (MLF). El activismo argentino tuvo sus particularidades ya que, si bien replicó algunas cuestiones de lo que ocurría en Europa o Estados Unidos, tuvo una impronta propia y diferenciada. El año 1987<sup>25</sup> es fundamental porque es en ese contexto que surgen dos agrupaciones pioneras en la lucha por el aborto legal, por un lado: Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) y por otro la Comisión por el Derecho al Aborto (CDA). Un tiempo después, en 1990 surge el grupo Elegir: Mujeres por el Derecho a la Anti Concepción y el Aborto Legal y en 1991 se forma el Foro por los Derechos Reproductivos. Para la autora la principal agrupación fue la CDA, porque dicha Comisión fue la encargada de volver a instalar en la sociedad el tema del aborto y por consiguiente la posibilidad de que el mismo sea debatido en términos parlamentarios.

En esos años también se llevaron a cabo diferentes actividades como los Encuentros Nacionales de Mujeres (ENM) y el Encuentro Feminista Latinoamericano, entre otros talleres destinados a socializar información valiosa y a debatir el tema de los derechos sexuales y reproductivos a nivel general y la temática del aborto a nivel particular. La autora marca ciertos ejes que permitieron afianzar la lucha por el aborto legal en este contexto y que fueron el punto de partida para el escenario actual:

- 1) La existencia de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, creada en el año 2001.
- 2) La creación de la red de Colectivas Feministas Inconvenientes en el año 2007.

---

<sup>23</sup> Se entiende que, las personas más desventajadas económicamente o socialmente eran aquellas que debían acceder a los abortos en peores condiciones y que por ende, no sólo era un problema en términos médicos sino en también en términos económicos y en términos de clase.

<sup>24</sup> El ámbito de lo privado daba lugar a esto y, al ser un ámbito justamente: privado, estaba por fuera de todo tipo de control y regulación pública.

<sup>25</sup> Esto no significa que antes no existiera la lucha por el aborto legal sino que, es a partir de la emergencia y organización de diferentes grupos en donde se da un quiebre y se impone este tema en la agenda pública y eso se debe en gran parte al rol del movimiento feminista y del movimiento LGBTIQ+.

3) El surgimiento de la línea telefónica: “Aborto. Más información, menos riesgo” y la publicación de un manual titulado “Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas” a cargo de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto en el año 2010.

4) Numerosos debates en torno a la temática que fueron profundizados por socorristas en red.

5) El compromiso de distintos profesionales en lo referido a la temática.

Es posible complementarlos con otros hechos importantes remarcados por Deza (2021) y mencionar también:

6) La realización de una Asamblea por el Derecho al Aborto.

7) La aparición del misoprostol, en el 2009 de la mano de un grupo de lesbianas feministas.

Una de las preguntas que ha sido clave en estos procesos desde sus inicios fue: ¿Cuál es el sujeto político de esta lucha? Recién en el año 2016 se abordó este tema en una Plenaria realizada en Paraná y como resultado de un debate arduo y complejo, se optó por incorporar la perspectiva de género y diversidad teniendo como antecedente la Ley de Identidad de Género N° 26743. Desde este momento se instala con fuerza la categoría de “personas gestantes” o “personas con capacidad de gestar”. “Es allí donde se introduce formalmente el concepto de persona gestante que se hace cargo de la realidad de esos cuerpos desobedientes y las identidades disidentes, además.” (Deza, 2021; 80)

A continuación, van a explicitarse algunas cuestiones centrales del contexto santafesino que presenta ciertas particularidades dignas de mención.

### **¿Legal, seguro y gratuito? La temática del aborto en la provincia de Santa Fe**

Santa Fe se ha caracterizado por garantizar el acceso a interrupciones legales del embarazo desde la existencia del primer protocolo ILE en el año 2007<sup>26</sup>. En el 2020, la gestión provincial adhirió al protocolo nacional del año 2019 que guiaba la atención en casos de abortos

---

<sup>26</sup> Se puede ampliar o profundizar la información en: <https://www.santafe.gob.ar/noticias/noticia/262466/#:~:text=En%20Santa%20Fe%20las%20mujeres,al%20cual%20adhiri%C3%B3%20la%20provincia.>

no punibles y por ende, legales. Esto fue un paso muy significativo porque dio lugar a un marco de mayor legalidad en el que no sólo se dependía de la voluntad de cada equipo de trabajo sino que aparecía una normativa a la que la Provincia debía adecuar sus intervenciones en el ámbito de la salud.<sup>27</sup>

Lo mencionado en el párrafo anterior no significa que todos los efectores y sus profesionales hayan acordado con este tipo de procedimientos o que los hayan siquiera garantizado pero sí implica un principio de garantía de acceso a un derecho y se trata de una cuestión muy valiosa debido a que en otras provincias se dio un contexto de mayor persecución para los profesionales que participaban en las interrupciones e incluso ciertos efectores se establecían como objetores a nivel institucional dificultando el acceso a este tipo de prácticas. Desde diferentes organismos u organizaciones de la sociedad civil se ha identificado a Santa Fe como una provincia comprometida en garantizar la defensa de este derecho.<sup>28</sup>

Otra cuestión que ha caracterizado a la provincia como pionera fue el uso del Misoprostol como droga suministrada para llevar adelante los procesos de ILE/IVE. El Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF) produce desde el año 2018 esta medicación y la misma ha sido aprobada como medicamento para uso ginecológico por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnologías (ANMAT). Actualmente, la producción del LIF abastece a todo el país y es muy importante porque esta droga tiene un 90% de eficacia en las interrupciones del embarazo y habilita el acceso a un procedimiento seguro, no invasivo y sin complicaciones. En el año 2023 también se incorporó a la producción del LIF otra droga que puede ser utilizada para interrupciones del embarazo: la Mifepristona.<sup>29</sup>

En el estado del arte se ha recuperado el caso de Ana María Acevedo pero no se ha hecho mención hasta este momento de las particularidades del caso: en el año 2006, Ana María se acercó a un efector público de salud luego de un diagnóstico de cáncer. Al momento, ella se encontraba cursando un embarazo de entre 2 y 3 semanas de gestación que desconocía y que ponía en riesgo su salud por la condición en la que se encontraba y debía, como consecuencia,

---

<sup>27</sup> Información disponible en: <https://www.unosantafe.com.ar/santa-fe/santa-fe-adhirio-al-protocolo-interrupcion-legal-del-embarazo-n2555501.html>

<sup>28</sup> Ejemplo de lo mencionado: <https://amnistia.org.ar/el-derecho-a-la-interrupcion-legal-del-embarazo-debe-ser-garantizado-en-todo-el-pais/>

<sup>29</sup> Información disponible en: <https://radio.unr.edu.ar/2023/09/28/el-lif-de-santa-fe-sera-el-primer-laboratorio-publico-en-producir-la-pastilla-abortiva-mifepristona/>

ser sometida a un procedimiento de interrupción de embarazo que encuadraba en la causal de “riesgo de vida”.

Al momento de realizar la práctica, toda el área de ginecología del Hospital J. B. Iturraspe se posicionó como objetora mientras le decían a su familia que sólo podían realizar un aborto con la orden de un juez. Finalmente, a las 22 semanas de gestación, se decide realizar una cesárea debido a que Ana María se encontraba en condición de “pre mortem” según el médico que la atendió. Como resultado de toda esta sucesión de acciones, la bebé también murió a las 24 horas.<sup>30</sup> Es importante destacar que, durante todo el tiempo que Ana estuvo internada, no sólo le negaron el acceso a una práctica que el código penal habilitaba desde el año 1921<sup>31</sup> sino que, tampoco recibió ningún tipo de tratamiento para su enfermedad.<sup>32</sup>

Luego de su muerte los padres le otorgaron un poder a las abogadas de la Multisectorial de Mujeres para representarlos en el caso luego de la realización de la denuncia penal correspondiente y, en el año 2008 la Corte Suprema por primera vez en el país decide condenar a los/as médicos/as involucrados/as por los delitos de “lesiones culposas e incumplimiento de los deberes de funcionario público” sentando el precedente de que no practicar un aborto considerado en ese entonces como legal/no punible puede considerarse como un delito.

La ciudadanía tuvo un rol muy importante al salir a las calles y pedir justicia como así también por exigir que este tipo de situaciones no volvieran a suceder. Fueron días de marchas y de reclamos que incluso al día de hoy siguen llevándose a cabo en ciertas fechas como el aniversario de su muerte. En las marchas o encuentros por el aborto legal su imagen estuvo y estará siempre presente.<sup>33</sup>

El rol que los movimientos sociales o las agrupaciones colectivas tienen al momento de instalar en agenda pública una temática será abordado en el próximo subtítulo pero se puede

---

<sup>30</sup> Información recuperada de “Aborto legal. Argumentos, legislación y jurisprudencia.” del Centro de Estudios Legales y Sociales.

<sup>31</sup> Según el Art 86 del Código Penal existen 3 causales para la realización de un aborto no punible: riesgo de vida, violación o peligro de salud. Ana María Acevedo se podía ubicar en la primer causal debido a que de no realizarse el procedimiento de aborto legal tampoco podría someterse al tratamiento para su cáncer y por ende, su vida se encontraba en riesgo.

<sup>32</sup> Se alegaba desde el equipo médico que los medicamentos para el cáncer dañarían al feto. Solamente le administraron medicamentos para el dolor.

<sup>33</sup> Referencia: <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/10-12856-2008-03-24.html>



adelantar que este tipo de manifestaciones y acciones son muy importantes y que cuando un tema o problema aparece con fuerza en el espacio público es imposible no verlo.

### **Antecedentes jurídicos sobre la ILE/IVE y la OC**

La sanción del Código Penal en 1886 es un hito fundamental porque desde este momento se penaliza todo tipo de aborto. Más adelante, con la primera reforma del mismo en el año 1903 se establece una excepción en donde algunos casos de tentativa de aborto pueden ser considerados como: “no punibles” y, con la segunda reforma de este Código en 1921 se da un paso muy importante en el que pasan a considerarse no punibles aquellos abortos realizados con el fin de proteger la vida o la salud de la mujer: cuando el embarazo fuese fruto de una violación o cuando el embarazo resulte del atentado contra una mujer “idiotas o demente”. Es en este punto en donde queda establecido el ya mencionado “marco de causales”, según el cual existen tres situaciones que dan lugar a la realización de una Interrupción Legal del Embarazo (ILE).

Bergallo (2019) sostiene que el modelo de causales tenía puntos críticos, siendo uno de ellos la necesidad de intervención judicial en casi la totalidad de los casos y remarca la posibilidad de que el personal de salud que participara en procesos de ILE viera comprometida su seguridad o integridad profesional. Existía la posibilidad que se realizaran denuncias o escraches a los/as profesionales e incluso actualmente es posible ver como otros/as profesionales de la salud son denunciados/as públicamente por sólo cumplir con su trabajo y sus obligaciones.<sup>34</sup>

Retomando algo que ya fue mencionado en la introducción, el problema central del modelo en sus inicios era la interpretación judicial de las causales y, es por eso, que en el año 2012 la Corte Suprema de Justicia emitió el fallo F.A.L, en donde se ratifica la existencia de tres causales: riesgo de vida, peligro de salud y violación; en todos los casos, sin distinción. Para este apartado se retoma a Gebruers y Gherardi (2015) porque refieren a la importancia de este antecedente en la legislación vigente en ese momento y también en la que vendría a futuro.

---

<sup>34</sup> Resulta posible mencionar el caso “Belén”. Una mujer en la provincia de Tucumán llegó a un hospital con una molestia abdominal y luego de ser atendida le comunicaron que estaba cursando por un proceso de aborto espontáneo y luego de eso la acusaron de haberse realizado un aborto y es por eso que estuvo presa durante 2 años. Belén no sabía que estaba embarazada en ese momento y tampoco se sometió a ningún procedimiento para detener dicho embarazo.

La decisión del tribunal se da luego de la presentación a la Corte de un caso de la provincia de Chubut, en donde una joven de 15 años que había sido abusada quería realizarse un aborto pero, desde distintas instancias judiciales le negaron esta posibilidad por una interpretación que los jueces realizaban del art. 86 del Código Penal. Finalmente, intervino el Tribunal Superior de Justicia de esa Provincia y encuadró al mismo como parte de una causal, permitiendo la realización de este procedimiento. Es necesario aclarar que, al momento de la intervención de este organismo, la joven se encontraba transitando la semana 20 de gestación.

Desde la sanción del fallo F.A.L se establece la necesidad que cada provincia redacte sus protocolos y la OC es habilitada y reconocida en todo el territorio nacional. El Máximo Tribunal además, fijó ciertos estándares mínimos para que un/a profesional de la salud pueda ejercerla: se debe garantizar el acceso a información a aquellas personas que soliciten un aborto, se debe garantizar la confidencialidad de dichas personas y no tienen que existir dilaciones innecesarias que puedan demorar el proceso o incluso impedirlo. También es necesario que la posición del profesional de la salud como objetor de conciencia sea manifestada antes de la aparición de una situación que requiera su intervención. (Gebruers y Gherardi, 2015).

Otro antecedente es el protocolo para la atención de abortos no punibles del año 2007 que sería actualizado en los años 2010, 2015 y 2019. La modificación del 2015 agrega consideraciones en cuanto al concepto de salud, incorporando los aspectos físicos, psíquicos y sociales y aclara que el peligro de la salud puede ser potencial.

A su vez, es importante mencionar una herramienta provincial que ha existido desde el año 2010 y que fue muy discutida desde el momento en el que fue implementada: el registro público de objetores de conciencia de la Provincia de Santa Fe. Una instancia creada con el fin de tener un registro de aquellos/as profesionales de la salud objetores/as de conciencia. Dicha herramienta era pública y técnicamente toda la población podía acceder a ella, aunque resultaba algo difícil encontrarla y la adhesión de los/as profesionales era voluntaria, cuestión por la que no todas las personas objetoras figuraban en ella.<sup>35</sup> Al día de hoy sigue existiendo pero se encuentra desactualizada debido a las razones expuestas anteriormente.

---

<sup>35</sup> Información recogida durante las entrevistas.

Paralelamente a este recurso, existe una agrupación sin fines de lucro fundada por profesionales de la salud denominada “Red de Profesionales por el Derecho a Decidir” que desde hace más de seis años genera recursos y divulga información que permite acceder a un procedimiento ILE/IVE de manera segura, la misma funciona en todo el país, incluida la Provincia de Santa Fe. Se trata de una agrupación que genera diversos recursos como recursoros, y brindan además talleres y capacitaciones gratuitas, su accionar es muy interesante y resulta imposible no hacer un paralelismo entre este tipo de herramientas y las generadas a nivel provincial como el registro de objetores. Esto será abordado nuevamente en el capítulo 4.

Una vez expuestos todos estos antecedentes normativos, es necesario hablar de los proyectos de ley de interrupción del embarazo. Desde la restitución de la democracia se han presentado en Argentina más de 53 proyectos de ley para debatir sobre este tema, dichos proyectos han sido elaborados por integrantes de organizaciones civiles, profesionales comprometidos/as con los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar y han sido presentados a lo largo de todo este tiempo por diversos representantes de partidos políticos contemplando diferentes visiones y perspectivas con un mismo objetivo: reconocer derechos a las mujeres y personas gestantes, lograr un avance en materia de salud sexual y reproductiva y avanzar en pos de una posible legalización de la interrupción del embarazo.

En el año 2018 fue presentado el proyecto de Ley de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) y según Deza, hubo tres motivos que dieron lugar a la posibilidad de debatir este proyecto de ley en este momento y no en otro: A) La presencia en las calles de diferentes grupos y organizaciones y la puesta en agenda del tema, remarcando la acción de la Campaña por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito encargada de la redacción de dicho documento. B) La reproducción del tema del aborto por casi la totalidad de los medios de comunicación ya sea a favor o en contra, y C) La voluntad política o el aval del gobierno de turno.

Se trató de un momento crucial que evidenció la importancia de la movilización y del accionar de las agrupaciones sociales; la presencia en las calles de personas, grupos, organizaciones, y hasta partidos políticos hizo que el tema tome una gran presencia y que se vuelva mucho más visible.

Este proyecto de Ley no logró ser aprobado pero marcó un antes y un después, el aborto apareció con más fuerza que nunca en la sociedad Argentina y no pudo seguir pasando desapercibido. Dicho proyecto fue presentado en varias ocasiones desde el año 2006 y hasta el 2018 y fue elaborado por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito bajo la consigna de: “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”. El mismo fue aprobado con media sanción en el 2018 pero luego fue rechazado en la Cámara de Senadores.

Este antecedente fue muy importante porque contó con la participación de diferentes referentes y asambleas de mujeres y porque fue el primer proyecto en lograr pasar a la etapa de debate en las cámaras. En este momento, se puso al descubierto el accionar de organizaciones conservadoras muy vinculadas a las instituciones religiosas, denominadas por las organizaciones feministas como “anti derechos” que se autodefinen como defensoras de los derechos del niño por nacer o de “las dos vidas” y su principal objetivo era y continúa siendo impedir el acceso al aborto y en muchos casos también a los métodos de prevención anticonceptiva. Caher y otros (2020) afirman que, desde el debate por la despenalización se pudo visualizar un cambio en la forma en la que este tipo de organizaciones lograron instalarse en la agenda pública a través de noticias falsas, propaganda, teorías conspirativas e información errónea o malintencionada.

Si la presencia de sectores a favor del aborto pudo hacerse ver y pudo poner en agenda la temática, los sectores en contra del mismo también se hicieron oír y es necesario dar cuenta de ello. Desde este momento comienzan a instalarse fuertemente en los medios de comunicación y a hacer apariciones de índole más política que, han culminado en algunos casos con bancas en cargos parlamentarios. Es posible mencionar campañas en redes sociales como “con mis hijos no te metas” o el “#NoSeráLey”, como una forma de protesta y de lucha en contra de la posible despenalización o legalización de una práctica médica. Otra de las cuestiones que se ha establecido como bandera de los sectores anti derechos es la idea de una “ideología de género” como algo que es llevado a cabo por los sectores feministas o progresistas de la sociedad y como una cuestión eminentemente negativa que busca venir a romper con las tradiciones o los valores de la familia tradicional.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Información extraída de: <https://www.laizquierdadiario.com/Que-es-la-ideologia-de-genero>

En el año 2020, con la presentación de un nuevo proyecto de ley titulado Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) elaborado por profesionales de larga trayectoria en la temática y en la militancia por los derechos humanos y la salud sexual.<sup>37</sup> Este fue presentado por el poder ejecutivo y luego del debate parlamentario en ambas cámaras, fue aprobado.

Hoy el país cuenta con la Ley 27610 que regula la interrupción del embarazo de manera voluntaria de todas las personas que tengan capacidad de gestar. Como punto central de la ley, se entiende a la interrupción del embarazo como un tema de salud pública y de derechos humanos que debe ser garantizada por el Estado. Es importante entonces, que todas las personas gestantes puedan decidir sobre la interrupción de su embarazo, acceder a información y recibir atención posterior al procedimiento, se destaca la importancia de la educación sexual integral y el acceso a métodos anticonceptivos. El plazo para la realización de un procedimiento es hasta las 14 semanas pero, fuera del plazo, pueden exceptuarse los embarazos que resulten de una violación, en estas circunstancias sólo se requiere de una declaración jurada y, si la vida de la persona gestante estuviera en riesgo, la misma no sería necesaria. Se requiere para todos los casos contar con la firma de un consentimiento informado antes de la realización del procedimiento.<sup>38</sup>

Acorde a la Ley, el personal de salud debe brindar un trato digno, respetar y garantizar la privacidad de la persona y protegerla de injerencias por parte de terceros. Debe también garantizar la confidencialidad, respetar la autonomía de la voluntad y brindar información acerca de la práctica, se menciona además la importancia de un tratamiento de calidad entendido de la siguiente manera:

El personal de salud debe respetar y garantizar el tratamiento del aborto conforme los alcances y la definición de la OMS. La atención será brindada siguiendo los estándares de

---

<sup>37</sup> El mismo fue reelaborado por las y los profesionales de la Campaña por el Derecho al Aborto Legal Seguro y gratuito y también por la Red de Profesionales por el Derecho a decidir, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y la Red de Acceso al Aborto Seguro de Argentina (REDAAS)

<sup>38</sup> Se trata de un documento en el que la persona destinataria de una intervención deja constancia de haber acordado con la realización de la misma y, de haber recibido toda la información necesaria para conocer posibles consecuencias y/o riesgos.

calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada. (Ley 27610, 2020, 5).

En lo referido a la OC, se dispone que: para ser objetor/a de conciencia se debe participar de forma directa en un procedimiento de interrupción del embarazo y, de este punto se desprende la imposibilidad de alegar una objeción al momento de brindar información o atención previa al procedimiento o posterior al mismo. Las personas que objeten deberán mantener su decisión en todos los ámbitos, derivar al paciente de buena fe y cumplir con el resto de sus obligaciones, tanto profesionales como jurídicas. Si la vida de la persona estuviera en riesgo, no se puede alegar una OC sino que debe intervenir de manera inmediata y ante el incumplimiento de estas obligaciones el/la profesional se enfrentaría a sanciones de diversa índole.

Por último, se destaca la importancia de la capacitación debido a que se entiende a estos espacios como una parte esencial en la implementación de la ley y en su efectivo cumplimiento. Según el texto de la normativa, es necesaria la capacitación y la actualización en relación a la ley 27610 pero también en leyes y normativas complementarias ligadas a la temática y, también se destaca que los programas de capacitación deben ser elaborados por la nación o por cada provincia o municipio.

Es crucial que se parta de un enfoque integral de la salud de la persona y que se la acompañe durante todo el proceso, algo esencial es la importancia del enfoque de derechos mencionado anteriormente en este capítulo y la posibilidad de entender a la persona como titular de derechos, debiendo siempre resguardarlos y garantizarlos. Todo esto se debe tener en cuenta al momento de continuar la lectura debido a que es esta normativa que, actualmente, rige el accionar de cada uno de los efectores y, por ende, de los profesionales que desempeñan funciones en estos espacios.

## Capítulo Tres.

### Entre derechos y objeciones.

*“Por objeción de conciencia se entiende la negativa a cumplir un mandato de la autoridad o una norma jurídica, invocando la existencia, en el ámbito de la conciencia, de un imperativo filosófico-moral o religioso que prohíbe, impide o dificulta dicho cumplimiento. Es un acto de oposición de la ley de la conciencia a la ley oficial, de afirmación de la preeminencia de la ley moral sobre la ley jurídica establecida”.*  
*(Martínez, 2007, pp.216)*

El objetivo general de la presente investigación es: “Analizar la implementación de la OC en situaciones de IVE/ILE en el primer nivel de atención de salud en la ciudad de Santa Fe, entre los años 2021-2023” y es por eso que, a continuación, se realiza un recorrido por los conceptos teóricos que resultan relevantes para el campo de investigación y se retoman las posturas de diferentes autores/as para luego poder dialogar con ellas. Se considera a las categorías expuestas como ejes centrales para abordar la temática para luego avanzar en la lectura del proceso de análisis de las entrevistas en el capítulos 4.<sup>39</sup>

En primer lugar, se analizará todo lo referido a la OC como figura legal y como posicionamiento de los/as profesionales. En segundo lugar, se dará cuenta de las nociones centrales que caracterizan a la atención primaria en salud (APS). En tercer lugar, se las vinculará entre sí para poder dar cuenta de las tensiones que pueden presentarse entre el posicionamiento de los miembros de un equipo de salud en tanto objetores/as de conciencia y el acceso de las personas con capacidad de gestar al sistema de salud y, en particular a la atención en salud. Por último, se expondrá el rol de los sectores religioso, entendiéndolos como uno de los grupos con mayor presencia en torno a la oposición a derechos sexuales y reproductivos tales como la interrupción del embarazo y también como uno de los grandes defensores de la figura de la OC por parte de profesionales de la salud.

### **OC: Exploración de Definiciones Posibles**

La Real Academia Española (RAE) define a la objeción en términos generales como: el reparo o argumento que se opone a una opinión o a una proposición.<sup>40</sup> En esta misma línea, según el diccionario panhispánico del español jurídico la OC es, en primer lugar, el derecho a oponer excepciones al cumplimiento de deberes jurídicos cuando su cumplimiento implique una contravención de las convicciones personales ya sean religiosas, morales o filosóficas y, en segunda instancia, se trata de la negativa a someterse, por razones de conciencia, a un mandato

---

<sup>39</sup> Salud, OC, derechos, religión. No se encuentran explicitadas de manera evidente sino que se buscó realizar una exploración más amplia que contenga estas categorías para poder dar cuenta de ellas de una manera completa que contemple además los debates que existen en torno a las mismas.

<sup>40</sup> Referencia: <https://www.rae.es/dpd/objeci%C3%B3n>



jurídico que prescribe una conducta obligatoria y exigible, provenga el mandato de una norma legislativa, de un contrato, de una orden judicial o resolución administrativa.<sup>41</sup>

Además, Fernández Lerena (2017), afirma que la conciencia es el “marco de convicciones en materia ética, religiosa, moral o filosófica en que se inserta la persona humana” (pp. 1).

La objeción de conciencia sería entonces, el incumplimiento de ciertas disposiciones legales basado en que el acatamiento daría lugar a la existencia de contradicciones o conflictos morales, éticos, religiosos, etc. Fernández Lerena (2017) recoge la definición de OC de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN): “Derecho a no cumplir una norma u orden de la autoridad que violente las convicciones íntimas de una persona, siempre que dicho incumplimiento no afecte significativamente los derechos de terceros ni otros aspectos del bien común”.<sup>42</sup>

Por ende, la finalidad de un posicionamiento de este tipo sería el respeto a la convicción interna de cada uno/a y, desde la normativa que regula a esta cuestión, se presupone que la persona parte de la buena fe y que el fin no es obstruir una norma o impedir el cumplimiento de una ley. La necesidad de objetar en relación a la conciencia personal o individual responde a la creencia interior de que existe algo que atenta contra los valores morales o cuestiones éticas que, de ser transgredidas, generarían malestar en la persona y además irían al contrario de su individualidad. Siguiendo este planteo, se puede señalar que la OC por lo general se presenta como un tipo de acción directamente ligada al incumplimiento de una norma jurídica.

Para Muñoz Cordal (2020), la OC en el ámbito médico hace referencia a una negativa en torno a la prestación de bienes o servicios que forman parte de la tarea de los profesionales de la salud y, se trata de un posicionamiento que tiene sus bases en una cuestión personal que es inherente a la persona que se declara objetora. “El elemento principal de esta pretensión es apelar a la conciencia que incorpora valores morales fundamentales (religiosos o éticos) junto con el proceso activo de desvinculación moral, en oposición a la mera aplicación de principios y creencias”. (p.268) Este autor también explica que existen numerosos sistemas de salud que han

---

<sup>41</sup> Referencia: <https://dpej.rae.es/ema/objeci%C3%B3n-de-conciencia>

<sup>42</sup> Definición extraída de: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-objecion-de-conciencia>

avalado y regulado el uso de esta figura desde los inicios de la interrupción del embarazo en la agenda pública y en la construcción posterior de diversas políticas sociales.

De acuerdo a un documento elaborado por Escales et al. (2020), la OC en Argentina deriva del art. 19 de la Constitución Nacional<sup>43</sup> y, se la considera un derecho personal que tiene ciertos límites tales como: el acceso al derecho a la salud, la garantía del derecho a la vida y el derecho a la autonomía. Cuando los/as objetores/as traspasan estos límites es cuando la OC se convierte en una herramienta que atenta contra quienes buscan acceder al sistema público de salud y no pueden o se encuentran con obstáculos para hacerlo. Puede decirse que, en estos casos, el uso de la OC se convierte en un abuso debido a que, los profesionales de la salud son parte de lo que estos autores denominan como el “monopolio del arte de curar”.

Dicho esto, es menester aclarar que la OC no siempre fue entendida de la misma manera y que su origen no se encuentra ligado al campo de la medicina, este es uno de los aspectos en donde se centra el debate en relación a esta figura legal.

### **Orígenes e inscripción jurídica de la OC en Argentina**

Brock (2020) realiza un recorrido histórico que le permite ubicar a la OC como un posicionamiento que se instaló con fuerza en Europa luego de la Revolución Francesa de 1793 a causa de la conscripción<sup>44</sup>, proceso mediante el cual ciertas personas comienzan a ser llamadas a “servir” a sus países mediante tareas militares. Si bien se puede afirmar que previo a este suceso existían quienes se negaban a las guerras, al uso de las armas, y quienes pregonaban el pacifismo como forma de vida, es en este momento que la autora identifica un momento central para la OC porque, es en esta instancia en donde se convierte en un modo de resistencia a algo que, en ese momento, era impuesto a los ciudadanos y también porque los principales motivos para hacer uso de esta postura eran de índole religioso.

El reconocimiento de la objeción de conciencia como derecho fue adquiriendo una importancia cada vez mayor a partir de comienzos del siglo XX, aunque solo en unos

---

<sup>43</sup> “Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”. (CN. Art 19)

<sup>44</sup> Servicio militar de tipo obligatorio.

pocos Estados, principalmente en la Europa protestante. En Noruega, la protección del derecho a la objeción de conciencia fue reconocido por ley en 1900, en Dinamarca en 1917 y la ley de servicio militar obligatorio de 1916 del gobierno británico fue la primera en permitir la objeción de conciencia cuando se introdujo la conscripción. (2020)

Posteriormente, en los años 90 surgió un movimiento antimilitarista en Latinoamérica encabezado principalmente por aquellos países que se encontraban afectados por situaciones críticas como guerras o dictaduras. La Ley 4031 de Servicio Militar Obligatorio (SMO) fue sancionada en Argentina en el año 1901 y rigió hasta el año 1994, la misma establecía la obligatoriedad del servicio militar en el territorio argentino. En ese entonces, el uso de la OC aparecía como una negativa a llevar a cabo el cumplimiento del SMO por diferentes motivos, siendo el más frecuente aquel ligado a creencias religiosas.

Han existido diversos casos de “incumplimiento” al servicio militar y, quienes eran acusados de dicha infracción debían responder por su falta de participación y justificarla. La mayoría de las presentaciones referían a la imposibilidad de formar parte del SMO y de tomar ciertas acciones para defender la patria. Las mismas tenían como fundamento la existencia de una contradicción entre lo que la persona creía o sentía en su intimidad moral o personal y entre lo que se esperaba de ella. En el caso del SMO, la defensa solía alegar que el Estado esperaba que se transgredan las creencias personales para cumplir lo que en este momento era entendido como un “deber” para con la patria.

Un ejemplo de lo expuesto es el caso “Lopardo”, presentado en el año 1982 durante la dictadura cívico militar. La solicitud de excepción fue hecha en virtud de las funciones que Lopardo cumplía en el ámbito religioso: era ministro de culto y por este motivo presentaba una disconformidad entre lo que la religión a la que pertenecía pregonaba<sup>45</sup> y lo que se esperaba que él hiciera en servicio, cuestión prevista y avalada por la Ley de SMO N° 17531. La corte falló en contra haciendo mención al art. 21 de la CN que definía claramente la “obligación de todo ciudadano a armarse en defensa de la Patria”. Otro caso central es el de “Portillo”, quien fue denunciado por incumplimiento del SMO en el año

---

<sup>45</sup> El joven formaba parte de los Testigos de Jehová.

1989. El joven alegó haber enviado una carta al presidente por medio de su padre para pedir ser exceptuado de usar las armas para cumplir con el llamado. Esta solicitud estuvo basada en la incompatibilidad entre armarse en pos de la defensa de la Patria y la religión católica apostólica romana y el quinto mandamiento: “No matarás”. En el escrito presentado se hacía referencia a la posibilidad de servir a la patria de otras maneras no violentas o a través de otras tareas. La corte también falló en contra y lo condenó a prestar un año de servicios a la institución militar además de los años que debía prestar de manera obligatoria.<sup>46</sup>

Ante esto, se presentó un recurso extraordinario alegando la inconstitucionalidad de la ley de SMO afirmando que al imponer el servicio militar y establecerlo como algo de carácter obligatorio se estaría incurriendo en un avasallamiento a las libertades constitucionales vinculadas a la libertad de culto y las libertades de conciencia y de pensamiento presentes en el art. 14 de la Constitución Nacional Argentina (CNA). Se estima entonces, en la presentación de dicho recurso, que obligar a alguien a realizar una acción que no quiere realizar en contra de sus creencias o valores personales o morales implica la reducción de la libertad y la autonomía personal y además se lleva a cabo un menoscabo a la condición humana de la persona.

Es desde este momento que la figura de OC comienza a tener un respaldo mucho mayor en Argentina y se transforma en una figura legal amparada por el ordenamiento jurídico. Además, es a partir de este fallo que la figura empieza a tomar más forma y a ser entendida como algo íntimamente ligado a la libertad de culto y de conciencia y como una cuestión que debe por eso ser resguardada y garantizada.

Deza (2017) da cuenta de un cambio de perspectiva en relación a la OC como concepto debido a que el uso de la figura legal en el ámbito militar no es el mismo al del ámbito médico y tampoco son iguales las implicancias que dicho uso tiene en cada uno de estos espacios. Con esto la autora no pretende afirmar que la figura cambió, sino exponer que en el SMO la OC era una herramienta que aparecía muy pocas veces y que su objetivo era el de defender o resguardar a quienes no tenían ningún tipo de defensa contra un estado que

---

<sup>46</sup> Información recuperada de: <https://defensoria.org.ar/normativas-cdh/portillo-alfredo-s-infraccion-art-44-ley-17531/>

buscaba imponerles un comportamiento determinado. En este contexto, se estableció como una herramienta que buscaba proteger a sectores minoritarios que se encontraban en desventaja frente a una situación puntual y luego, al introducirse en el campo de la medicina fue transformándose en lo que la autora denomina como una “herramienta de mayorías”.

La diferencia más evidente que se puede señalar se encuentra en la obligatoriedad del SMO en el contexto ya mencionado y la libertad que existe en el campo de la medicina. Esto se explica porque son los/as profesionales quienes eligen serlo y quienes además eligen libremente sus especialidades y sus espacios de trabajo. Si se delimita el uso de la objeción en el ámbito de la salud y, en particular, en el ámbito de lo público es posible entender el planteo de Deza debido a que, para ella, este tipo de posicionamiento implica una resistencia ante ciertos actos o procedimientos por parte de los miembros de los equipos de salud. No solamente se objeta la participación en una práctica sino que, muchas veces, se usa a la OC como una excusa para no brindar información, para no atender a quienes hayan pasado por una práctica médica que requieran seguimiento, o simplemente para no derivar.<sup>47</sup> Es en este contexto que el uso de una figura que busca proteger la conciencia de los/as objetores/as puede traducirse en la obstaculización al momento de acceder al sistema de salud en general y al momento de acceder a una práctica médica en particular como la ILE/IVE y puede también restringir las libertades de las personas que buscan acceder a cierto procedimiento.

En este caso y siguiendo a la autora, se trata de una limitación directa sobre la libertad y la autonomía reproductiva de las personas con capacidad de gestar y podría, en términos de los conceptos utilizados en los objetivos específicos: traducirse en cuestiones dilemáticas en donde se ponen en juego diferentes intereses como la libertad de conciencia o la libertad de culto y el acceso al sistema público de salud, todo esto será retomado en el siguiente subtítulo.

Ahora bien, ¿Qué es lo que hace que la OC sea una herramienta de mayorías<sup>48</sup>? o ¿Por qué se habla de una mayoría que hace uso de esta figura? Para Deza, se trata de una herramienta de mayorías porque, al día de hoy, la comunidad que detenta este tipo de

---

<sup>47</sup> Ejemplo de lo mencionado: <https://www.pagina12.com.ar/177619-la-trama-urdida-para-dilatar-la-violacion-de-la-nina-tucuman>

<sup>48</sup> Categoría esbozada por Deza (2017)

posicionamiento<sup>49</sup> se encuentra en un lugar de superioridad con respecto a la otra parte que conforma la relación y porque además, la comunidad médica suele contar con el aval o el respaldo de diferentes sectores de la sociedad, cuestión que será abordada más adelante en este capítulo y también retomada en el capítulo 4. .

### **¿Derecho personal o desobediencia civil? Una breve aproximación al debate ético/filosófico**

Si se habla de OC, es necesario retomar un debate en relación a esta figura: ¿se trata de un derecho o se trata de un tipo de desobediencia civil? Martínez (2007) afirma que se puede entender a la OC como un tipo específico de lo que suele denominarse como desobediencia civil ya que, dicho posicionamiento implica la negativa por parte de profesionales de llevar a cabo o cumplir lo que alguna norma vigente establece. Además, para esta mirada, el hecho de que alguien sienta en su interior un desacuerdo respecto a una normativa no implica que ese tipo de posicionamiento sea justo o que el resto de la sociedad deba adecuarse al mismo. La autora además menciona la posibilidad de que los/as objetores/as oculten con su posicionamiento otras cuestiones o que usen esta figura legal para avalar ciertos comportamientos discriminatorios. Se puede dar también la intransigencia, en donde se pone la propia conciencia de quien objeta por sobre la conciencia del resto, muchas veces como un medio para conseguir otros fines. Para que la OC no se transforme en desobediencia civil sería necesario siempre que cumpla con condiciones de legalidad y legitimidad.

Por otro lado, Palomino Lozano (2009) toma la visión contraria que entiende a la OC como un posicionamiento válido en relación a ciertos estándares mínimos. Se trata de una prerrogativa que el derecho positivo vigente de un determinado país u ordenamiento jurídico le da a ciertas personas, para decidir formar parte o no de algunas prácticas o procedimientos. Se trataría entonces de un comportamiento de tipo individual frente a una norma y según esta lógica no existiría una desobediencia de ningún tipo.

Es interesante pensar, en la existencia o no de alguna tensión entre el uso de la OC por parte de profesionales de la salud y el acceso al sistema de salud de las personas al

---

<sup>49</sup> La comunidad médica.

momento de acceder a una prestación. Es Martínez (2007) quien afirma que, en ciertos casos, las diferentes convicciones de los/as profesionales de la salud pueden volverse incompatibles con algún tipo de tratamiento o servicio médico que dichos profesionales deberían brindar y/o garantizar. Esto, daría lugar a: “Conflictos de conciencia, es decir, a incumplimiento de una norma por motivos de conciencia”. (pp. 216) Para el autor, la OC en el campo médico tiene ciertas características: deja en evidencia el pluralismo ético y da lugar a una acción de gran dignidad ética cuando se toma por las razones adecuadas y cuando se aplica con seriedad, y es además un bien jurídico básico que se encuentra avalado por la ley porque es la manifestación del respeto civil en relación a la identidad moral de las personas.

Ahora bien; de presentarse conflictos de conciencia o conflictos ligados a la ética profesional de quienes conforman un equipo de salud de un efector público, ¿de qué manera se manifestarían? Martínez afirma que, cuando un/a profesional se opone a una práctica por razones morales no sólo está diciendo que, para él/ella, el acto es falta de ética; está sobre todo afirmando que su integridad moral está en juego.

En los diferentes ámbitos profesionales, existen Códigos de Ética, o también llamados Códigos Deontológicos que buscan orientar y guiar la práctica de quienes forman parte de cada campo profesional. Estos documentos se basan en diferentes visiones y conceptos que son considerados como esenciales para un correcto desempeño profesional. (Martínez León y Rabadán Jiménez, 2010) Se trata de herramientas que tienen una función muy relevante en las sociedades porque fijan directivas a seguir en presencia de dudas o de conflictos éticos relacionados con el rol de los/as profesionales.

En relación a lo vertido en el párrafo anterior, el Código de Ética Médica de la Confederación Médica de la República Argentina, establece en su Art. 203 que los/as profesionales del ámbito de la salud tienen derecho a “abstenerse” de participar en prácticas contrarias a su conciencia ética, aunque las mismas se encuentren avaladas o autorizadas por la ley vigente. Este artículo, a su vez, establece claramente y como consecuencia directa de este tipo de abstenciones la obligación de dichos profesionales de derivar a otro/a profesional que pueda garantizar el procedimiento.

El Código de Ética Para El Equipo de Salud elaborado por la Asociación Médica Argentina establece también algunos principios necesarios para actuar de forma ética, estos

son: el principio de autonomía, ligado a la autonomía de los/as pacientes y la necesidad de reafirmarla constantemente a través de las intervenciones; el principio de no maleficencia, vinculado a la necesidad constante de guiar las intervenciones hacia el logro de un beneficio para los/as pacientes; el principio de beneficencia, referido a la posibilidad de elegir siempre las acciones tendientes a garantizar el bienestar personal siempre dentro de los límites del Código y, por último; el principio de justicia, que tiene como fin la garantía de los derechos de los/as pacientes y la necesidad de guiar las acciones hacia el logro de la justicia. Se hace mención al concepto central de derechos humanos al momento de ejercer la profesión y se reafirma también la libertad profesional al momento de intervenir.

Irrázabal y otros (2019), analizan los riesgos que la OC puede conllevar cuando es usada en el campo de la medicina y, para ellas, el conflicto recae en la presencia de una “tensión” entre el derecho de quien/es objeto/n en lo referido a su moral y al resguardo de su conciencia y, por otro lado; el derecho que las personas (en este caso, hablaríamos de las personas con capacidad de gestar) de acceder a la atención de salud de manera completa, digna y sin discriminación o distinción alguna. Además, las autoras, para finalizar su escrito, retoman un argumento que quiénes se oponen a la OC como posicionamiento suelen esbozar y lo contraponen con una de las justificaciones que quiénes la defienden alegan:

Quiénes están en contra del derecho a la OC por parte de los profesionales, señalan que las obligaciones profesionales superan cualquier valor que la conciencia pueda tener, mientras que quienes defienden la OC, sostienen que este derecho debería protegerse (la mayoría trazando el límite en decisiones que pongan en riesgo la salud física o mental de los pacientes) (pp.735)

Para cerrar este apartado y, como esta tesina se enmarca en el cursado de la Licenciatura en Trabajo Social, se entiende que existe la necesidad de retomar, al menos brevemente, la importancia de este tipo de cuestiones en la profesión. El Código de Ética de Trabajo Social de Santa Fe y Rosario remarca la importancia de los lineamientos éticos para todas las profesionales, especialmente para aquellas que intervienen directamente sobre las relaciones sociales y que inciden en la vida de las personas. Si bien se deja en claro que lo



vertido en este tipo de Códigos refiere a reglas de conducta para los/as profesionales, también se destaca que el hecho de que alguien siga las reglas no hace que todo sea perfecto, como así tampoco implica que quienes no las sigan al 100% son personas amorales o poco éticas. Se trata de situaciones que deben ser analizadas en particular y que tendrán diferente grado de complejidad.

La Declaración de Principios Éticos del Trabajo Social elaborada por la Federación Argentina de la Asociación de Profesionales del Servicio Social establece algunos ejes a modo de principios rectores para el ejercicio profesional, algunos de estos son: respeto a la dignidad de la vida humana, promoción de los derechos humanos, ejercicio pleno del derecho de las personas, respeto a la intimidad y privacidad y la reivindicación de los derechos de toda la población y el consecuente fortalecimiento de las intervenciones profesionales basadas en la protección y promoción de los derechos.

Una vez expuesto el debate en torno a la definición y al uso de la OC como figura legal por parte de los profesionales del campo de la medicina, se procede a explicitar algunas definiciones sobre atención en salud y a caracterizar a la atención de los procedimientos de ILE/IVE en el primer nivel de atención.

### **Perspectivas sobre APS y acceso a la ILE/IVE en efectores del primer nivel**

Si se habla de primer nivel de salud hay que definir la Atención Primaria de la Salud (APS). La misma suele denominarse comúnmente como la “puerta de entrada” al sistema de salud y es clave en cualquier contexto médico. Zurro y Solá (2011) afirman que el tipo de atención que se puede encontrar en este nivel es de tipo integral, ya que se realiza un abordaje global desde una óptica biopsicosocial y no sólo biologicista de los problemas de salud/enfermedad y que, los profesionales deben actuar de forma activa para lograr identificar las problemáticas a través de acciones orientadas a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Debe ser accesible para todos los ciudadanos y debería además, tener un carácter comunitario y participativo que se centre en las necesidades personales de cada sujeto pero también en las necesidades colectivas de la comunidad.

Según Tobar (2017): “Se denomina atención (o asistencia) de la salud al conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población.” (1)

En las entrevistas, al ahondar en esta categoría teórica de APS se pudo visualizar la existencia MMH en la mayoría de los efectores pero con la presencia en algunos otros del modelo de clínica ampliada o un modelo más centrado en los sujetos. Cabe destacar que, incluso en los efectores con el MMH, las entrevistadas ubicaron ciertas prácticas más abiertas a la comunidad y que destacaron el rol de algunas de las personas del equipo de trabajo en pos de un cambio de paradigma.<sup>50</sup>

Al respecto, Menéndez (1988) define al MMH como el modelo dominante en el ámbito de atención en salud y lo caracteriza como: “Conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica”. (pp. 1) Este modelo suele estar centrado en la medicina clínica y en las cuestiones de índole biológica entendiendo a los síntomas de la enfermedad o la dolencia como eje y buscando actuar sobre ellos. Se trata de un enfoque que descuida otros factores de la vida de las personas y solo se centra en cuestiones biológicas, realizando a veces intervenciones sesgadas o que tienen ciertas limitaciones.

Es Wagner de Sousa Campos (1996/1997) quien refiere al modelo centrado en el sujeto o también conocido como: “modelo de clínica ampliada” y afirma que se trata de una perspectiva que entiende a la salud y a la enfermedad como parte de la vida de las personas, siendo estas últimas entendidas también como sujetos que atraviesan situaciones de salud/enfermedad y centrandolo en ellos todas las acciones ligadas a la atención salud y el acceso a la misma. La atención en salud de esta lógica se basa en una clínica reformada y con una mayor amplitud desde la cual se trata de incluir a la persona y a su contexto al momento de diseñar políticas públicas e intervenciones desde cada efector.

Para Belmartino (s/f), muchas veces se descuida la visión integral de la persona que se acerca a los espacios de atención y esto hace que no se tengan en consideración la totalidad de las características de los/as sujetos. Es por eso que resulta necesario hacer una breve mención de las modalidades de atención en las que se basan los efectores analizados y, si bien no es este la temática de la tesina, aparece como un dato relevante que puede ser

---

<sup>50</sup> No se busca desde esta investigación criticar a los efectores o exponerlos por adherir a un modelo de atención determinado, el MMH sigue siendo predominante en casi la totalidad de la medicina. Se hace mención a esto porque es un dato que se considera relevante y, si bien no es el eje de la tesina, parece un dato interesante a remarcar al menos de manera rápida al momento de hablar de los procesos de atención en salud.

referenciado brevemente.

Algo que también debe referenciarse es que, en el primer nivel coexisten diferentes profesiones y disciplinas y, es por eso que los centros de salud o CAPS son espacios privilegiados para poder intervenir de manera interdisciplinaria sobre los problemas de las personas. De igual manera, y como en todos los espacios, sigue habiendo discursos o prácticas dominantes que ya se encuentran instituidas en las organizaciones y que muchas veces no dan lugar a nuevas visiones o que sin quererlo pueden invisibilizar o incluso expulsar a algunos/as de los/as pacientes.<sup>51</sup>

En lo referido a la ILE/IVE, el protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la IVE realizado por el poder ejecutivo en el año 2021, establece que: los miembros de los equipos de salud son responsables de la garantía del acceso a este derecho y que además deben velar por su cumplimiento y por ende evitar todo lo que implique una obstrucción al momento de acceder al mismo. “Los equipos de salud son los principales responsables de garantizar el acceso a la ILE/IVE y de prevenir y/o evitar peligros y daños a la integridad física y psíquica de quien acude al sistema de salud”. (pp. 3) Se menciona también, la necesidad de que cada equipo implemente las medidas y cambios necesarios para poder lograr estos objetivos.

Una vez explicitadas las cuestiones más generales que hacen a la APS y al acceso a la atención que se brinda en estos espacios hay que centrar la atención en la temática de esta investigación.

Como ya se ha mencionado, el primer nivel es el nivel de menor complejidad en donde pueden resolverse las situaciones de ILE/IVE de manera no invasiva en aquellos embarazos de hasta 12 semanas<sup>52</sup> a través de la dispensa de Misoprostol en un entorno controlado y seguro con la obligación de continuar este proceso de interrupción con un posterior control médico.

---

<sup>51</sup> Al respecto, las entrevistadas manifestaron, por ejemplo, que en los efectores públicos de salud como regla general el rol de dirección estuvo durante muchos años en manos de profesionales de la salud en su mayoría hombres y que desde el año 2014 es que se pudo democratizar este rol y actualmente existen profesionales del trabajo social o de la salud mental a cargo de ciertos espacios, aunque dicho cargo continúa siendo ocupado mayoritariamente por hombres.

<sup>52</sup> Referencia: desgrabaciones de las entrevistas. “La mayoría llega al primer nivel y ahí se pueden resolver la mayor parte de casos dentro de las 12 semanas”. Entrevistada efector n° 4.

Si bien la idea no es comenzar a desglosar desde este apartado las cuestiones recogidas en el trabajo de campo, se hace uso de las palabras de las entrevistadas para dar cuenta del rol que debería cumplir el primer nivel de atención en los procedimientos de ILE/IVE, entendiendo las voces de las informantes como una visión privilegiada que da cuenta de primera mano del accionar del personal al interior de cada uno de los efectores.

En Santa Fe, la atención en salud está organizada en niveles, estos son 3 y deben trabajar de manera coordinada en caso de ser necesario. Entre las acciones que realiza el primer nivel se destacan: el proceso de recepción inicial de la persona interesada en una ILE/IVE, la escucha de la misma por parte de profesionales designados para este tipo de procesos y la posterior derivación correspondiente, de acuerdo a las particularidades del embarazo por ejemplo: cantidad de semanas de gestación, estado del embarazo, necesidad de ecografía como requerimiento para poder avanzar en la dispensa de Misoprostol, necesidad de intervención de otro nivel debido a la cantidad de semanas de gestación, etc.

*“Del primer nivel es fundamental trabajar en los derechos sexuales y reproductivos e intervenir en donde se pueda. Hay que generar estrategias y formar lazos. Somos la puerta de entrada de la gente y es un rol muy importante Segundo y tercer nivel tienen que acompañarnos y articular con nosotros para garantizar el derecho”. Entrevistada efector n°1.*

*“Desde acá se tendría que garantizar la información y después también garantizar la confidencialidad. El tema sigue siendo tabú y la gente si se entera lo ve mal y juzga a la persona. El rol para mí es garantizar que la persona llegue a la ILE/IVE y respetar ese proceso”. Entrevistada efector n°3.*

*“Como el 80% de las problemáticas, se puede resolver en el primer nivel. Si uno acompaña una práctica de este tipo se suele resolver acá.” Entrevistada efector n° 5*

Otra de las preguntas de la guía de entrevistas que hace referencia a la articulación entre los niveles de atención busca identificar las características de dicha articulación. Al respecto, algunas de las visiones son:

*“Nosotros tenemos que ocupar un rol de escucha, de contención y acompañamiento. Nos ha pasado de aplicar un tratamiento con Misoprostol y que falle y ahí tuvimos que*

*derivar al segundo nivel y fue difícil la comunicación. La recepción de los otros espacios por ahí tampoco es muy adecuada y tenemos que acompañar a la persona para que pueda acceder a su derecho.” Entrevistada efector n°2.*

*“Hoy la coordinación es más rápida. Hoy el tercer nivel acompaña, mientras que siempre fue objetor institucional”. Entrevistada efector n°6.*

Si bien varias entrevistadas dieron cuenta de los avances que se produjeron gracias a la ley N° 27610 y lo relativo a la coordinación, también se dejó en evidencia que a veces existen dificultades al momento de derivar.

Antes de pasar al otro subtítulo de este capítulo, se retoma una de las citas de las entrevistadas para finalizar este apartado:

*“Todos tenemos que estar preparados para atender. Objetores de conciencia somos todos, pero vos tenés que garantizar y prestar atención, hoy está mucho más aceptado el tema del aborto pero sigue habiendo cosas complejas. Para dar curso a la toma de Misoprostol necesitas una ecografía que hace el segundo nivel, nos ha pasado de mandar a las chicas y que no las atienden o el ecografista que está en ese momento le dice que vuelva después porque sabe que es para una ILE/IVE y no está de acuerdo con la práctica.” Entrevistada efector n° 7.*

### **¿Objeción de conciencia institucional?**

Una vez esbozadas las responsabilidades del primer nivel y las particularidades que pueden darse al momento coordinar con los otros 2 niveles, surge la necesidad de preguntarse sobre la OC institucional como una práctica que fue, durante años, utilizada por ciertos espacios públicos de salud como por ejemplo en el caso de Ana María Acevedo.

¿Qué significa que una OC sea “institucional”? Hablar de objeción de tipo “institucional” no quiere decir que las instituciones tengan una conciencia sino que, en algunos casos, el posicionamiento individual de los/as profesionales en un efector se traduce en la falta de atención total para cierto tipo de procedimiento y eso da lugar a lo que se conoce comúnmente como OC de tipo institucional. Arévalo y González Vélez (2016) afirman que, una OC de este tipo iría contra la naturaleza del derecho porque su reconocimiento como una postura válida atentaría contra el derecho individual de las

personas que desean o no objetar y, haría además que sus posturas deban adecuarse a las creencias de la institución de la que forman parte. Este tipo de reconocimiento también daría lugar a una situación discriminatoria en la cual, la institución puede negarse a brindar servicios y la persona con capacidad de gestar debe simplemente aceptarlo y ver a dónde se dirige a continuación.

Cuando una institución apela a la OC institucional instaure un régimen de negación de servicios que va en contra de los principios que reconocen y garantizan el derecho a la salud y vulnera el bienestar físico, mental y emocional de las mujeres que solicitan una IVE. (pp. 18)

Actualmente, la objeción de conciencia “institucional” no se encuentra autorizada por la Ley N° 27610 que regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y solamente pueden declararse como objetoras aquellas personas que cumplan con los requisitos ya mencionados en el capítulo anterior y debe haber en cada efector un/a profesional que pueda recibir a la persona y formar parte del procedimiento de interrupción del embarazo.

El uso de la OC por parte de los/as profesionales no los/as exime del cumplimiento de la ley. En el servicio militar, los objetores debían cumplir con otras tareas para subsanar la falta de cumplimiento de la tarea central mientras que, en el caso de los efectores de salud, los/as objetores/as de conciencia deberían poder recepcionar a la persona, darle información y garantizarle la atención; incluso si deberían derivarla con otro profesional que no sea objetor/a. El problema se presenta cuando, en efectores pequeños, como es el caso de los centros de salud, se cuenta con pocos profesionales de cada área y, el hecho de que esa/s persona/s sea objetor/a deja al efector sin la posibilidad de atender consultas de ILE/IVE en ese lugar.

Otra cuestión que se debe tener en cuenta si se habla de OC es el costo que la misma implica para el sistema de salud, esto se da porque, cuando este posicionamiento es usado de manera irresponsable puede ser necesaria la contratación de más personal y puede derivar incluso en la saturación de otros profesionales del mismo efector o, en la saturación de otros efectores. Esto se debe a que, si se entiende a la derivación como parte de una estrategia de

atención de ciertos efectores, esto implica que, otro/s profesional/es va a tener que hacerse cargo del caso como resultado de la postura del/la objetor/a de conciencia. Puede ser que esta situación se encuentre convenida al interior de cada efector, como se podrá ver en el análisis del capítulo 4 pero, también puede ser que no y que la postura de uno/a o varios/as profesionales genere que otro/s profesionales deban atender un número mucho más elevado de consultas que el que preveían y que eso aumente sus cargas laborales. Los efectores de primer nivel están pensados para atender a las comunidades de cada barrio en el que se ubican y, la derivación por fuera de ciertos efectores puede traducirse en una mayor carga para los/as profesionales y para el efector que deberá cubrir no sólo la demanda de los/as vecinos/as del barrio en el que se encuentran, y también de los/as pacientes derivados/as de otro espacio de primer nivel. Si se profundiza en este punto, existe también la posibilidad de que los/as ciudadanos de cada barrio se encuentren con demoras en su atención debido a esta saturación.

Otro de los costos que se puede mencionar está ligado al uso ilegítimo de la OC y, se puede visualizar al momento de judicialización en casos de negación de servicios en donde el sistema de salud y por ende, el estado, debería responder por las acciones de los/as profesionales que han tomado este tipo de posicionamiento y que han generado demoras en el acceso a la práctica o que incluso hayan imposibilitado el acceso a la misma. (Arévalo y Góonzales Vélez, 2016)

En el siguiente apartado se hará referencia a la presencia de sectores que se oponen a la ILE/IVE y que, por lo general, defienden el uso de la OC como una postura que se opone a la existencia de derechos sexuales y reproductivos, el foco estará puesto en los sectores religiosos por motivos que serán explicitados a continuación.

### **La oposición a la ILE/IVE y el uso de la OC**

Si se habla de oposición a la ILE/IVE, no se puede simplemente agrupar a todas las personas que se posicionan en contra de dicha práctica porque se trata de individuos y/o grupos que tienen diversas características y también diferentes motivaciones para posicionarse de la manera en que lo hacen. Ahora bien, es posible identificar que, dentro de las motivaciones principales para oponerse a la interrupción del embarazo o defender el uso de la OC como figura

legal, se encuentra la religión. Es posible respaldar esta afirmación desde numerosos autores que ya han sido mencionados, como por ejemplo: Deza (2014), quien afirma que:

En materia de derechos sexuales y reproductivos la OC es la pretensión de un miembro del equipo de salud que, invocando convicciones religiosas, es exteriorizada con el fin de evadir un cumplimiento de la obligación legal de brindar información o atención sanitaria. (pp. 230)

Además, puede darse cuenta de cuestiones claras que ubican a las creencias religiosas como un punto central para entender a la OC. Entre ellas podemos mencionar que el fundamento más importante en el que los ordenamientos jurídicos se basan para reconocer el derecho de los profesionales a objetar en torno a ciertas prácticas es el derecho a la libertad de culto. Esto último aparece en textos como la Constitución Nacional Argentina y las diversas normativas referidas a la ILE/IVE que se han ido mencionando en esta investigación.

Otro motivo para centrar la mirada en los sectores religiosos es la historia de la OC como figura reconocida por nuestro ordenamiento jurídico y es que, desde antecedentes que tienen una base en motivos religiosos, como el de Portillo y Lopardo, la figura toma relevancia y se establece como algo habilitado. Por último, no es un dato menor, identificar que, para las entrevistadas, los motivos religiosos también son el fundamento más importante por el que los/as profesionales de cada efector se posicionan como objetores/as y también entienden a los argumentos religiosos como la clave para entender las resistencias que pueden existir en sus territorios en relación a la ILE/IVE.

*“Para este tema son todos muy conservadores, hay muchos prejuicios que vienen desde la religión a veces y siempre se vuelve a las concepciones que predominan en la sociedad y te definen el rol de maternidad para la mujer por ejemplo. También desde los equipos de salud se tiene estos prejuicios y no hay interés por formarse en el tema desde otra visión”. Entrevistada efector n° 3.*

*“Hubo momentos en que a una persona de acá le costaba mucho por temas religiosos y no podíamos garantizar. Quienes se oponen lo hacen porque para ellos es un tema tabú, vivimos*



*en un barrio donde hay mucha presencia de Iglesias o Templos Evangélicos”. Entrevistada efector n° 5.*

Irrázabal y otros (2019) identifican una presencia mayoritaria de profesionales de la medicina adeptos al catolicismo en la Argentina y afirman que, la OC y la oposición a la interrupción del embarazo no son sólo una preocupación de la Iglesia Católica sino que, otros grupos religiosos que podrían ser entendidos como minoritarios por algunos sectores de la sociedad, también receptionan este tema como una preocupación y como algo a lo que deben oponerse. Este tipo de agrupaciones ha sido analizado en numerosos casos, y es que no sólo su accionar se limita al ámbito de los derechos sexuales y reproductivos sino que, es posible ubicar a los mismos como parte de un movimiento en contra de normativas ligadas a la diversidad, a la comunidad LGBTIQ+, a los movimientos feministas, o a temáticas como la educación sexual integral o a las modificaciones en los planes de estudio en las currículas escolares, entre otros.<sup>53</sup>

Para las autoras, estos grupos se suelen analizar como parte de un: “movimiento reaccionario contrario a la ampliación de derechos” y dicen, además que: “reclaman para sí el derecho a la autodeterminación y a la autonomía respecto de las regulaciones estatales basados en sus creencias religiosas, aunque en ese proceso perjudiquen derechos de terceros”.

Siguiendo esta línea de análisis, Vaggione (s/f) resalta que la Iglesia Católica es la que tiene en mayor medida el rol de oposición y afirma que estos sectores sostienen como argumento que, ciertos avances atentan contra el orden social establecido. Desde el interior del Vaticano, por ejemplo, se sostiene que la OC es una parte central de la libertad religiosa y se defiende su uso.<sup>54</sup>

Se ha constituido en una estrategia privilegiada por parte de distintos sectores religiosos para resistir los cambios legales logrados por los movimientos feministas y por la

---

<sup>53</sup> Ejemplo de lo mencionado: <https://www.lacapital.com.ar/informacion-general/campana-los-sectores-religiosos-contra-la-educacion-sexual-obligatoria-n1672563.html>

<sup>54</sup> Vaggione retoma un documento eclesástico denominado “Evangelium Vitae” de 1995 que afirma que la OC es una herramienta que puede usarse como una estrategia contra las diferentes legislaciones que resulten desfavorables para la Iglesia. Se habla en este documento de la “cultura de la vida” como una oposición a la “cultura de la muerte” pregonada por aquellos sectores que buscaban la liberalización en torno a derechos sexuales y reproductivos como el derecho al aborto o, en términos de Argentina: lo que se conoce como ILE/IVE.

diversidad sexual. El avance en la agenda de los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) ha generado una politización creciente de la OC como instituto de la democracia que garantiza el pluralismo de las sociedades contemporáneas. Así, la OC se despliega, desde distintos sectores, como una manera de proteger la libertad religiosa frente a legislaciones que buscan desmontar desigualdades anudadas a órdenes sexuales jerárquicos. (Vaggione, s/f)

Retomando por un momento lo que ya fue mencionado en relación al surgimiento de la OC en el ámbito militar, es clara la presencia de diferencias entre el uso de esta figura en el ámbito bélico y el ámbito médico.

La objeción de conciencia se inició en conexión al militarismo como ideología bélica, en la versión actual de la Iglesia Católica el enfrentamiento es de tipo cultural generada por lo que denomina como una ideología de género. (Vaggione, s/f)

En primer lugar, para este autor, se da un cambio respecto a la manera de entender a la OC porque inicialmente era entendida como una opción de carácter ético pero, al día de hoy y para estos sectores conservadores, aparece como una obligación moral ligada a ciertas creencias. Se convoca a las personas que formen parte de esa religión a hacer uso de esta figura y a desobedecer aquello que está impuesto en alguna normativa y con lo que la religión no acuerda. En segundo lugar, la OC se usaría para quitarle legitimidad a ciertas leyes o políticas adoptadas por ordenamientos democráticos que sean favorables a la agenda de género o de derechos de tipo sexuales y reproductivos. En este punto es sumamente interesante lo que plantea Vaggione porque destaca que, en el contexto del SMO, la Iglesia estaba a favor del uso de la OC pero como una opción y sostenía además, que aquellas personas exceptuadas debían igualmente servir a la patria de otras formas pero ahora, la negativa es total y se entiende a la OC como una herramienta que, en algunos casos, le resta validez a ciertos derechos.

La forma en que se construye el Instituto (de la OC) por parte de la jerarquía y los

documentos del Vaticano lo acercan a la desobediencia civil, aunque bajo el rótulo de objeción de conciencia. Mientras la objeción se caracteriza por ser personal y ética, la construcción propuesta por la Iglesia Católica es colectiva, de corte político y estratégico; mientras que la objeción busca defender un derecho individual la Iglesia busca visibilizar, confrontar y eventualmente reformar un orden legal que se considera injusto. (Vaggione, s/f)

Si bien el debate de OC como desobediencia civil ya fue expresado al comienzo del presente capítulo, es menester reivindicar esta idea de Vaggione y poder analizar la historia pasada y reciente en lo que respecta a la OC como figura legal.

A modo de cierre de este apartado, es necesario mencionar también la existencia de organizaciones religiosas que han abogado a favor del aborto legal y otros derechos sexuales y reproductivos, como es el caso de “Católicas por el derecho a decidir”. Es un movimiento conformado por personas con diferentes identidades de género, católicas y feministas que desde una perspectiva teológica cuestionan aquellos fundamentos religiosos que han sido naturalizados en la sociedad y buscan que se pueda acceder de manera libre e igualitaria a los derechos sexuales y reproductivos. Son además, uno de los miembros fundadores de la Campaña por el Aborto Legal en Argentina y han estado al frente de la lucha por este derecho en nuestro país.<sup>55</sup> Para complementar lo ya mencionado se retoma a Johnson, (2018) quien sostiene que, si bien la Iglesia Católica es uno de los sectores más importantes que se encuentra en contra de prácticas como la ILE/IVE, existen personas al interior de la institución y fieles que no acuerdan con estas visiones.

Es necesario visibilizar que existen diferentes maneras de vivir las creencias personales y religiosas y que cada persona tiene distintas percepciones, pero también distintas vivencias que hacen que cada opinión y que cada posicionamiento sea único. La autora menciona que la Iglesia suele hacer referencia a la “ley natural” para oponerse al avance en materia de derechos sexuales y reproductivos y que la “defensa a la vida” es uno de los pilares fundamentales de las religiones en general y de la religión católica en particular, pero

---

<sup>55</sup> Información disponible en: <https://catolicas.org.ar/>

sostiene que esta visión no es la única que existe al interior del catolicismo. Existe una pluralización en términos de “lo religioso” y eso también se encuentra ligado a diferentes formas de ver y entender el mundo y los fenómenos culturales que se dan en él, como así también corresponde a las cuestiones que cada persona vive y atraviesa diariamente como parte de su vida cotidiana. (2018)

Para la autora, con la asunción del Papa Francisco, se han logrado ciertos avances y la identidad cultural de la Iglesia Católica no es tan sesgada y no está tan arraigada al accionar o a la creencia de las personas que acuerdan con esta religión, sino que se trata de algo que puede ser denominado como una “nueva temporalidad”. (2018).

## Capítulo Cuatro

### Análisis de trabajo de campo

*“La objeción de conciencia es una postura personal. Por ahí lo que habría que lograr es que esta postura no impida el acceso a este derecho (interrupción del embarazo)”. Entrevistada efector 4.*

Para poder analizar de qué manera se presenta la OC en los efectores de salud del primer nivel y comprender la relación que esta figura tiene con el acceso a la salud de las personas con capacidad de gestar, es necesario identificar los procedimientos y prácticas de ILE/IVE en cada espacio institucional. Para poder desarrollar este capítulo se retoman los objetivos específicos propuestos como eje de la investigación a fin de refrescarlos para la lectura que sigue y hacer de la misma un proceso más ameno.

- Indagar en documentos legislativos y en la normativa a nivel nacional (Ley 27610 y sus antecedentes) las formas en que se tematiza la objeción de conciencia y se regula la interrupción del embarazo.
- Explorar los posicionamientos de diferentes profesionales sobre la OC en relación a la ILE/IVE en los efectores del primer nivel de salud de la ciudad de Santa Fe.
- Analizar los aspectos dilemáticos entre los posicionamientos profesionales sobre la OC y la garantía del derecho a la ILE/IVE en las instituciones del primer nivel de salud de Santa Fe.

### **Una aproximación a conceptos centrales y a la normativa vigente**

Como primer paso para el análisis se debe contextualizar a la interrupción del embarazo en los espacios analizados y es por eso que se afirma, a partir del relevamiento realizado en el trabajo de campo, que los efectores n°1, 2 y 3 se encuentran garantizando el acceso a la ILE/IVE desde el año 2007 a través de un compromiso basado en un acuerdo al interior de cada equipo de trabajo y centrado en la necesidad de dar respuesta a quienes se acercan a los CAPS. Por otro lado, el efector n° 5 se encuentra garantizando activamente el acceso a este tipo de prácticas desde antes del año 2014, pero la entrevistada no pudo precisar el año ya que ella ingresó en ese momento y da fe de su garantía desde aquel entonces. El efector n° 4 garantiza desde 2014 a partir de la contratación de personal no objetor de conciencia y de un acuerdo al interior del equipo de trabajo, el efector n° 6 garantiza desde 2017, también como consecuencia del ingreso de profesionales no objetores/as de conciencia y la gestión de una trabajadora social que vino a poner en debate esta temática. Por último, el efector n° 7 garantiza desde 2018 y el n° 8 no pudo precisar datos en este aspecto.

*“Cuando nosotras tres ingresamos, en los años 2015 y 2017 no se estaba garantizando este derecho y se articulaba directamente con otros efectores para que directamente las personas se acerquen a ellos, acá se hacía el pre y el post pero se derivaba el procedimiento a otro lado. Desde 2017 pudimos empezar a garantizar todo el proceso y también el antes y el después.” Entrevista efector n° 6.*

Las entrevistadas atribuyen la falta de garantía a diversas cuestiones, siendo una de ellas la postura de quiénes en ese momento estaban a cargo de la dirección de algunos efectores. Otra razón mencionada es que no se garantizaba la práctica debido a la falta de personal no objetor de conciencia, mientras que otras entrevistadas lo relacionan con la falta de formación profesional en la temática o al miedo que algunos/as profesionales tenían al momento de formar parte de una ILE debido a que podían ser denunciados/as o escrachados/as en el barrio. Muchas han hecho referencia a cambios ocurridos dentro del equipo de trabajo que dieron lugar a la garantía de este derecho: la llegada de personal no objetor o la inclusión de otras especialidades médicas como obstetricia o ginecología ha dado lugar a una mayor amplitud dentro de algunos espacios.<sup>56</sup>

*“Cuando yo ingresé uno de los pedidos era que se pudiera garantizar esto. Porque no había personal que lo hiciera, en ese entonces recién arrancaba a verse con fuerza estos temas en los centros de salud y no había mucho conocimiento. Todos estaban en contra en ese momento acá y había miedo con el tema legal también”. Entrevistada efector n° 4.*

Por otro lado, resulta relevante aclarar que, los efectores n° 1, 3 y 8 realizan derivaciones por fuera de sus centros de salud. Esto quiere decir que, las personas interesadas en este tipo de procedimientos son referenciadas a otros efectores cercanos debido a la decisión institucional de no atender ese tipo de consultas.<sup>57</sup>

Respecto a la frecuencia de las consultas por ILE/IVE: dos personas refirieron que no era un tema frecuente dentro de sus espacios; una de las entrevistadas afirmó que para ella no era algo “visible” debido a que no es un motivo usual de consulta en el barrio y tampoco el

---

<sup>56</sup> Fuente: desgrabaciones de las entrevistas.

<sup>57</sup> Es necesario aclarar que, no existe un registro donde consten las derivaciones o los motivos de las mismas. Debido a que se trata de un proceso que se acuerda dentro de ciertos efectores y que al día de hoy, no se encuentra avalado por la ley n° 27610.

procedimiento era algo que muchas personas solicitaran<sup>58</sup>, mientras la otra destacó la presencia de objetores a nivel general en ese efector y la consecuente derivación de quienes preguntaran por este tipo de prácticas.

Según el entendimiento general de las entrevistadas, cada uno de los efectores garantiza el acceso al derecho a la interrupción del embarazo ya sea por derivación o por brindar atención en ese espacio. En base a lo recabado, habría entonces dos modalidades de abordaje institucional: la de atención y la de derivación.

- **Atención.** Dentro de esta estrategia los centros de salud receptionan a la persona con capacidad de gestar y el primer paso es una instancia de escucha generalmente llevada a cabo por profesionales del trabajo social o las áreas de psicología. Dos de los Centros de Salud realizan este abordaje de manera grupal, en coordinación entre las áreas de trabajo social, salud mental y medicina general. Una vez realizada esta instancia en donde se releva información a fines de saber cuál es la solicitud de la persona y sus motivaciones<sup>59</sup> se le brinda información, se explican las opciones y esto da lugar a una decisión. En el caso de que elija acceder a una ILE/IVE se comienza con dicho proceso y se coordina con la persona encargada de este tipo de gestiones que es generalmente un/a profesional de ginecología o de medicina general.

Si los tiempos de gestación<sup>60</sup> permiten que la demanda se atienda en el primer nivel se programa un turno y se indica la toma de Misoprostol en un lugar seguro e higiénico y en todos los casos se pacta un posterior control para dar seguimiento al estado de salud de la persona y de ser necesario se pactan también espacios de consejería en los que se habla de métodos anticonceptivos, preocupaciones y dudas que puedan quedar pendientes. En este tipo de estrategias suele participar el espacio de trabajo social, salud mental (psicología o psiquiatría) y medicina general o ginecología.

---

<sup>58</sup> Los efectores cuentan, según el testimonio de las entrevistadas, con registros en un sistema electrónico de salud llamado CICAP en donde queda asentada cada una de las consultas y los motivos de la misma. A su vez, los/as profesionales cuentan con sus propias historias clínicas en las que consta el historial médico de cada paciente, sus motivos de consulta y los procedimientos a los que cada uno es sometido, si fuese el caso.

<sup>59</sup> Algunas entrevistadas destacaron estos espacios debido a que permiten saber por qué la persona quiere terminar con el embarazo, esto se debe a que, según afirman; algunas veces, las personas consultan por interrupciones a partir de presiones familiares o sociales. Este proceso permite dialogar y acercarse a quien consulta.

<sup>60</sup> Hasta las 12 semanas.



- Derivación. Este proceso tiene dos opciones; a) la derivación al interior del efector en donde los/as profesionales que son objetores/as acceden a derivar a la persona con capacidad de gestar con algún/a otro/a profesional que no sea objetor/a para dar curso a la práctica y b) la derivación a otro efector, generalmente resultado de la falta de algún/a profesional no objetor/a que obliga al efector a derivar a la persona con capacidad de gestar afuera del espacio físico del centro de salud. Algunos efectores que aplican esta estrategia ni siquiera brindan información, simplemente derivan a la persona a otro efector cercano cuando se hace presente la temática de la interrupción del embarazo.

Según lo establecido en la ley N° 27610, la OC permitida es la de tipo individual. La objeción de tipo institucional no sería posible y los efectores tendrían que garantizar el acceso a esta práctica y todo lo que la misma conlleva. No se trata solamente de permitir que las personas con capacidad de gestar puedan acceder a una ILE/IVE, sino que también puedan acceder a información, que el trato que se brinde sea digno e igualitario y que se haga un seguimiento post interrupción. Este tipo de prácticas requiere de un abordaje integral y multidisciplinario que no se agota en el momento de acceso concreto a aquello que se está solicitando.

Las entrevistadas ubican a esta ley como un gran avance en relación a la temática de ILE/IVE y también afirman que, gracias a ella, se pudo abrir un debate al interior de sus espacios de trabajo y que fue un hecho positivo para lograr avanzar en la garantía de las interrupciones del embarazo. Pese a esto, las informantes siguen destacando la falta de compromiso por parte de los/as profesionales, la necesidad de un registro actualizado en donde conste la posición de los objetores, la necesidad de otras estrategias paralelas a la ley IVE, etc. Todo esto será abordado más adelante para poder analizar las cuestiones dilemáticas que se presentan en los efectores de primer nivel en lo referido a la ILE/IVE y el uso de la OC por parte de quienes conforman equipos de trabajo en el sector público de salud.

*“Como toda ley necesita instituirse en la práctica. Tienen miedo algunos profesionales de participar en estos procesos y la gente tiene miedo también de acercarse, porque no sabe quién es objetor o no”. Entrevistada efector n° 5.*

*“Muchas personas vienen referenciadas acá desde otros efectores que las rechazan y no hay sanciones, referencian a otro equipo y ya. No está garantizada la ley, pero vemos un avance*

*y hoy por lo menos se referencia desde los efectores que son objetores a los que no lo somos.”  
Entrevistada efector n° 6.*

*“Hoy la ley te da la espalda para que esto sea algo real y que vos puedas garantizar sin consecuencias. Falta mucho para que la ley se implemente, no todos los efectores cuentan con profesionales que garanticen y esto se debe a la falta de un registro. Vos no sabés quien es objetor y quién no”. Entrevistada efector n° 7.*

Entonces, acorde a la normativa vigente, no debería ser posible que ningún efector cuente con una cartilla de profesionales que sean en su totalidad objetores. Pero, acorde a las palabras de las entrevistadas, se puede afirmar que, al día de hoy, esto sucede. La pregunta que cabe hacerse es: ¿Implica esto una transgresión a la Ley 27610?

En el sistema público de salud, esta ley establece que existe la obligación de derivar pero no aclara si esa derivación debería ser al interior de los efectores o por fuera de ellos. Al momento de abordar esta cuestión en efectores pertenecientes al sector privado o al de obras sociales se establece que, debe haber siempre algún/a profesional que garantice el procedimiento y por ende no todo el servicio puede manifestarse como objetor. La idea de la derivación por ende, aparece como una alternativa ante la OC pero, resulta un tanto confuso el alcance que esta tiene debido a que los centros de salud se caracterizan por contar con muy poco personal y, esto hace que los efectores queden fácilmente sin la posibilidad de brindar atención en lo referido a ILE/IVE.

*“En la conformación de los equipos hay que pensar muy bien, porque si tenes un equipo donde son todos objetores terminas obstruyendo el acceso a un derecho. Hay que tener en cuenta las objeciones individuales al momento de conformar los equipos porque sino no tenes un profesional que te garantice la práctica”. Entrevistada efector n°3.*

*“El Estado no ha logrado garantizar que cada efector tenga a alguien no objetor de conciencia en el área de medicina. Son muchos los objetores y casi nadie está registrado como tal. Debería haber una diferencia entre OC individual e institucional pero eso no pasa y termina siendo institucional cuando nadie garantiza la práctica”. Entrevistada efector n° 5.*

Desde la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir y la Campaña por el Aborto Legal exigen que en cada efector de salud haya al menos una persona que garantice el acceso a

una interrupción del embarazo y entienden que el Estado debe velar por la garantía de este derecho y debe garantizar el acceso al mismo a toda la ciudadanía. Desde estos sectores, afirman que la inexistencia de profesionales no objetores implica la expulsión del sistema de salud de las personas con capacidad de gestar y resulta en barreras al acceso a este derecho y dilaciones en torno al mismo.

La derivación a otro efector implica diversas cuestiones como un gasto de transporte para la persona, la posibilidad que en ese otro efector tampoco haya profesionales que garanticen la práctica, el paso del tiempo que puede implicar que la intervención tenga una mayor complejidad, entre otras cuestiones, que terminan perjudicando a quienes se acercan al centro de salud y quienes se encuentran en una situación de poder asimétrica, como lo es la relación médico-paciente.

Si se habla de todo esto, surge claramente un interrogante central que quienes están leyendo esta investigación probablemente se estén haciendo: ¿Existen sanciones para quienes no cumplan con la ley? o ¿Los efectores pueden decidir hacer lo que deseen independientemente de lo establecido en la normativa? Lo cierto es que existe una instancia de denuncias, en donde las personas que se acercan al efector pueden denunciar irregularidades o incumplimientos como así también pueden hacerlo quienes forman parte del equipo de cada efector o cualquier persona interesada.

A nivel nacional existe un número gratuito y anónimo para realizar consultas y realizar reclamos o denuncias en caso de irregularidades en torno a los derechos sexuales y reproductivos: 0800-222-3444. La línea está disponible para diversas cuestiones, siendo una de ellas la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y con los datos adquiridos realizan relevamientos públicos con el fin de dar a conocer las principales problemáticas e interrogantes de la población.

El reporte de los meses de noviembre/diciembre del año 2022 da cuenta de que la problemática de interrupción del embarazo ocupa el 89,7 % de las consultas. El 86 % de las personas solamente realizaron un llamado, mientras que el 11% llamó dos veces y sólo el 3% llamó tres veces o más.

Las entrevistadas hicieron referencia a esta línea y dijeron que, es posible denunciar de forma anónima a los/as profesionales que incumplan la ley como así también a las instituciones. Pero, en la mayoría de las respuestas se pudo ver una tendencia hacia la no denuncia por parte de las personas ni del equipo de trabajo. Lo cierto es que, denunciar toma tiempo e implica tener un conocimiento previo acerca de este tipo de instancias. No todas las personas del barrio conocen de esta línea o conocen sus derechos e incluso si lo hacen, no debería ser responsabilidad de la persona que está ya en una situación delicada o angustiada, tener que hacer valer sus derechos o hacerse responsable de tomar acciones en torno a un incumplimiento.

Algunas entrevistadas han expresado que incluso con la existencia de denuncias o reclamos sigue siendo muy difícil que se apliquen sanciones y que en caso de hacerlo, las mismas no recaen sobre un/a profesional determinado, sino quizá sobre todo el efector o todo el equipo de trabajo de cada lugar y esto puede generar mayor tensión e incomodidad dificultando mucho más el trabajo en condiciones tan escasas en cuanto a recurso humano calificado no objetor de conciencia. También se ha expresado en las entrevistas, el rol fundamental que el estado tendría en la garantía de la OC individual:

*“Debería haber profesionales de diferentes áreas que garanticen en todos los efectores. Desde el Estado debería hacerse algo y ver donde falta alguien que garantice y poder armar un equipo acorde en cada espacio.” Entrevistada efector n° 4.*

*“Lamentablemente el estado no asegura la OC individual, si hay un solo médico en un centro de salud y es objetor ya se deriva. Pasa a ser institucional la postura, se quiera o no, porque la institución no te recibe”. Entrevistada efector n° 5.*

### **La opinión de los/as profesionales en relación a la ILE/IVE y la OC**

Una vez expuestas las cuestiones más generales ligadas a la regulación de la interrupción del embarazo y las dinámicas de atención que se generan a partir de la normativa en cada efector, resulta necesario centrarnos en el segundo objetivo específico y dar cuenta de las visiones que existen en estos espacios acerca de la ILE/IVE y el uso de la OC por parte del equipo de trabajo de cada efector.

#### **1. Opiniones acerca de la interrupción del embarazo. (ILE/IVE)**

La totalidad de las entrevistadas ubica a la interrupción del embarazo como un derecho y como una práctica a garantizar en sus espacios de trabajo. Las mismas han hecho mención a la Ley 27610 y la han identificado como un hito central en la garantía de este derecho y, si bien identifican resistencias en el barrio y en sus efectores, consideran que la normativa vigente ha sido un gran avance. Al indagar respecto a las posturas que existen en cada efector las respuestas han sido variadas, se ve una clara presencia de objetores al interior de cada uno de los espacios, pero no hay una uniformidad al respecto. En algunos efectores la totalidad del equipo que se encarga de ILE/IVE es objetor, por lo que deben derivar, mientras que en otros solamente 2 o 3 profesionales son objetores y han generado mecanismos internos basados en acuerdos mutuos y diálogo al interior de cada equipo de trabajo.

*“Se entiende que hay una ley y hay que respetarla, pero hay un abismo muy grande entre lo legal y lo legítimo. Se entiende que es legal pero no se legitima, se entiende que es legal pero acá nadie toma medidas para garantizarlo”. Entrevistada efector n°1*

*“Fuimos haciendo acuerdos. Hay acá dos médicas generalistas pero ambas son objetoras de conciencia, entonces tuvimos que generar acuerdos para hacer derivaciones. Es un tema que cuesta mucho y lo tuvimos que hablar acá a fuerza de la demanda que había de este tipo de situaciones. No se da la atención que se debería dar y no está bueno que dependa de la buena voluntad de quien te atiende y de sí hay o no un acuerdo en cada centro de salud”. Entrevistada efector n° 3.*

*“Este centro de salud cuenta con profesionales que son objetores pero no obstaculiza el acceso a la práctica. Se atiende a la paciente, se la escucha y se hace el contacto para derivarla a otro lado de ser necesario”. Entrevistada efector n° 8.*

Tres de las entrevistadas además, describieron a la ILE/IVE como un derecho y aseguraron que el Estado debería velar en pos de su garantía. Resulta interesante destacar que, algunas de las entrevistadas se auto perciben como personal estatal y que este argumento es utilizado durante las entrevistas como un elemento que afianza su compromiso y que les permite posicionarse de una determinada manera.

*“Es un derecho sexual y reproductivo que tenemos todos, nadie puede decidir por el paciente.” Entrevistada efector n° 1.*

*“Nosotros como efector público que debe velar por los derechos y la salud de las mujeres lo entendemos como un derecho que tienen las mujeres dentro de los períodos permitidos para decidir sobre su cuerpo. Se entiende como un derecho para decidir sobre su cuerpo y sobre este embarazo”. Entrevistada n° 6.*

## 2. Opiniones acerca de la objeción de conciencia.

En lo que atañe a la figura de OC, existen varias posturas que han podido relevarse a partir de los encuentros realizados. Más allá del posicionamiento personal de cada informante, se pudo identificar que entienden de manera general a esta figura legal como un posicionamiento por parte de ciertos profesionales basado en creencias personales, la ubican como una postura de índole ética o religiosa.

*“Me parece que cada uno tiene derecho a ser coherente con lo que cree y piensa”. Entrevistada efector n° 3.*

*“La OC tiene que existir porque hay gente que no está de acuerdo y siempre va a tirar para el otro lado. La ley dice que se puede objetar pero hay que informar a la persona y acompañarla, eso no pasa en todos lados. Hay muchos objetores”. Entrevistada efector n° 4.*

*“Todo el mundo tiene derecho a objetar pero no se puede obstaculizar.” Entrevistada efector n° 8.*

Gran parte de las informantes están en contra de la OC como postura y su funcionamiento al día de hoy. Esto se debe a que entienden que falta regulación al respecto y que creen que en algunos casos se usa de manera irresponsable y se deja a la persona con capacidad de gestar sin atención frente a procedimientos como la ILE/IVE.

*“A mí me parece que no debería existir. Somos empleados del estado y tenemos que regirnos por las leyes vigentes y garantizar la ley. En la diaria vos no podes imponer la subjetividad porque sino solo atendemos a los que van en la línea de tu ideología o religión”. Entrevistada efector n 7.*

*“En este equipo nadie se declaró objetor, nosotros tenemos un armado en donde somos 3 profesionales y el área de enfermería pudiendo coordinar con la paciente y dar respuesta en estos casos. La médica clínica no acuerda por ejemplo y directamente no la tomamos en*

*cuenta. En comparación con otros centros de salud que conozco te puedo decir que acá se garantiza el derecho, se garantiza la atención del paciente”. Entrevistada efector n°2.*

Resulta interesante analizar la comparación que se percibe en citas como la vertida en el párrafo anterior. Desde el mismo efector se establece la posición de garantes de ILE/IVE a través de la atención y no a través de la derivación y se entiende esto como algo necesario de destacar. Es un dato trascendental que permite leer en la práctica la presencia de varias estrategias y también de tensiones que puede haber entre efectores debido a esto.

*“Todo el equipo de objetor de conciencia. Si bien están al tanto de que (la postura) tiene limitaciones, todo el equipo piensa así. No están de acuerdo (...) Son todos objetores pero se garantiza y no se presentan obstáculos para la derivación. Veo una diferencia entre lo legal y lo legítimo, falta mucho todavía”: Entrevistada efector n°1.*

Esto se puede vincular con la vigencia de la normativa actual como es el caso de la Ley 27610 abordada anteriormente. Las entrevistadas ubican a la ley como un avance y como un momento crucial en la regulación de la práctica de interrupción del embarazo pero, también dan cuenta de la falta de garantía de este tipo de derechos por entender que la ley no se encuentra aplicada al 100% y no se garantiza el acceso a una ILE/IVE de manera universal en todo el sistema de salud. Se menciona, en varias de las entrevistas, la presencia de acuerdos dentro de los equipos en pos de lograr una garantía del derecho de la manera en la que se pueda, teniendo como base las particularidades de cada efector:

*“Tenemos una posición disciplinar: saber que quienes objetan tienen el deber de asistir a la paciente y derivarla con nosotras para que acceda a la práctica. Quienes se oponen fervientemente al día de hoy no obstaculizan, al menos en este efector. Mediaban muchos prejuicios y cuestiones personales que funcionaban como barrera y eso se pudo trabajar a partir de la ley IVE.” Entrevistada efector n° 6.*

*“Acá se deriva (a otro efector de primer nivel cercano), hay que buscar el apoyo de otras personas en el equipo de trabajo de este espacio y de otros y que la mujer tenga una respuesta.” Entrevistada efector n° 8.*

Cabe preguntarse, entonces: ¿Qué pasaría si cada equipo no tuviera una metodología de abordaje en donde se decide garantizar la ILE/IVE, al menos a partir de una derivación a otro efector de primer nivel? Al respecto, las mismas entrevistadas responden:

*“Me parece por lo que veo yo, que está todo muy ligado al ejercicio individual de cada efector. No hay regulación concreta en ese aspecto (La OC). Si otra persona estaría acá y sería objetora yo no sé si se garantizaría el derecho, creo que depende al día de hoy de cada institución ”. Entrevistada efector n°1.*

Algo que ya se ha mencionado varias veces pero que puede retomarse una vez más, es la idea del rol que los/as empleados/as del sector público deberían cumplir. Para algunas entrevistadas esto es central porque, ubican su rol como empleadas del estado como un eje central para posicionarse en contra de la OC o para, al menos, cuestionar su uso:

*“Desde el momento que uno trabaja para el estado, sabés que respondes a una patronal que tiene lineamientos y leyes para regular ciertas cuestiones, vos sabés quien es tu jefe y sabes que tenes que acatar ciertas normas y responder ante ciertas acciones. Sabes que la salud es pública y lo que eso implica. Más allá del derecho individual, me hace un poco de reunido porque muchas veces los objetores ocupan lugares estratégicos y pueden obstaculizar el acceso a ciertas prácticas. Muchos llegan al estado y les cuesta responder frente a algunas exigencias, tenemos obligaciones como profesionales pero también como trabajadores del estado. Nadie obliga a nadie a estar acá”. Entrevistada efector n° 3.*

Para finalizar con este apartado se hará referencia a las herramientas mediante las que se lleva a cabo un recuento los/as profesionales objetores y los no objetores a nivel provincial.

En la línea oficial, existe el registro de objetores creado por las autoridades de la Provincia en el año 2010 (ver capítulo 2) en donde deberían figurar las tomas de posición de quienes son objetores/as de conciencia. Pero, según lo expresan las entrevistadas, dicha herramienta no está actualizada y tampoco resulta sencillo acceder a este registro debido a que, pese a ser un registro que en teoría debería ser de fácil acceso, no es fácil dar con esta herramienta.<sup>61</sup>

---

<sup>61</sup> Esto se puede corroborar mediante una búsqueda en internet o en la página de la Provincia de Santa Fe. También es algo que aparece en las desgrabaciones de las entrevistas.



*“Los objetores no firman el documento y, si lo hacen, no aclaran a qué se oponen. Me parecería interesante que sea más accesible y que el que sea objetor lo sea pero no obstaculice”.*  
*Entrevistada efector n° 4.*

*“Es una herramienta que no está actualizada y no es de fácil acceso. Creo que es un falacia, yo no lo utilizo”.* Entrevistada efector n° 5.

*“Eran muy pocos quienes estaban inscriptos de manera formal y hay que seguir insistiendo para que la OC sea registrada y no sea solamente algo verbal”.* Entrevistada efector n° 6.

Hay un problema claro con el registro provincial y es que el mismo no está actualizado porque no es obligación de las/os profesionales declarar su posicionamiento como objetores. Al ser algo voluntario y opcional, no se sabe cuál es el número total de objetores y eso hace que sea imposible saber con qué recurso humano se cuenta en cada efector.

En la línea extraoficial existe un recursero creado por la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, en donde la persona interesada en acceder a una ILE/IVE puede ubicar los efectores a los que puede acudir.<sup>62</sup> La particularidad de esta última es que se trata de un registro de tipo positivo: en el listado no figuran los/as objetores/as de conciencia, sino los/as profesionales con los/as que se puede hablar para acceder a una interrupción. Es fundamental referenciar que, de los efectores indagados en esta investigación, solamente 4 figuran en el listado realizado por la Red de Profesionales y que, la información vertida en dicho recurso proviene de la experiencia de personas en esos espacios y de contactos de personas que forman parte de la red con alguno de los/as profesionales de los centros de salud.

De acuerdo a los datos recogidos en las entrevistas, puede decirse que ambos recursos han sido de utilidad, muchas ubican a la no oficial como la más útil porque permite a la persona saber con quién puede contactarse y además daría lugar a que las autoridades llevaran a cabo un recuento del personal y también de los efectores que se encuentran garantizando la ILE/IVE.<sup>63</sup>

*“Si tuvieron que hacer un elemento paralelo, te das cuenta de que el oficial falló”.*  
*Entrevistada efector n° 5.*

---

<sup>62</sup> Recurso disponible en: <https://redsaluddecidir.org/mapa2/>

<sup>63</sup> Si quisieran hacerlo.

*“Me parece mucho más eficaz, está actualizado y yo tengo varias situaciones que nos han llegado a partir de esta herramienta”. Entrevistada efector n° 3.*

*“La ginecóloga que tenemos acá está en contra y nunca entró en el padrón de los objetores. Ella no pertenece a ese padrón pero su accionar es en contra del aborto y de todos los derechos sexuales y reproductivos, tampoco ha querido capacitarse o expedir anticonceptivos, poner implantes, dar información sobre estos temas a la población. Estos temas yo los tenía que coordinar con otro efector cercano para que directamente las mujeres no vengan acá porque directamente había una negativa total y rotunda. En el 2018 por la gestión provincial tuve la posibilidad de que me manden otra médica generalista con la que hoy trabajamos estos temas y es por eso que desde esa fecha te digo que podemos garantizar ILE/IVE y otras cuestiones de salud sexual. La ginecóloga hoy sigue estando y no participa ni recibe a nadie con estas problemáticas, tenemos que trabajar al margen de ella.” Entrevistada efector n° 7.*

### **¿Qué aspectos dilemáticos fue posible identificar?**

Ha quedado expuesta la presencia de tensiones ante el uso de la OC por parte de los/as profesionales de la salud y el acceso a una intervención como la ILE/IVE. Esto ha sido retomado a través de bibliografía a lo largo de esta tesina pero además, se ha podido complementar con la opinión de las entrevistadas. Independientemente de si se acuerda o no con la OC como postura, las entrevistadas la ubican como algo frecuente en sus espacios de trabajo e identifican ciertas problemáticas que la misma conlleva tales como: la necesidad de derivación a otros profesionales dentro de un mismo efector, la necesidad de derivar a otro efector cercano, la sobrecarga de esos últimos efectores que deben atender a sus poblaciones y a otras personas por fuera de las mismas debido a la derivación del primer efector al que concurren, la falta de declaración profesional de la posición que cada uno/a toma como objetor de conciencia, etc.

Ya se ha hecho mención a la postura de algunas entrevistadas que han criticado la estrategia de derivar porque la entienden como algo que no puede hacerse y como un accionar que debería implicar sanciones debido a establecerse como un claro incumplimiento a la ley vigente. Otra cuestión que surgió en las entrevistas como algo sobre lo que falta trabajar fue la coordinación entre niveles: al tratarse del primer nivel de atención en salud, suele aparecer la necesidad de coordinar con los otros dos niveles frente a situaciones que así lo requieran. Se hace alusión a prácticas como la realización de una ecografía, la evaluación sobre el estado avanzado

del embarazo que demande una intervención más invasiva, etc. Las entrevistadas coinciden al manifestar que en los últimos años se observan avances en cuanto a la coordinación, pero sigue habiendo casos particulares en los que la misma sigue siendo ineficaz o insuficiente. Entre las razones destacan: las demoras para acceder a un turno de ecografía, la negativa de algunos profesionales a realizarlas, etc.

Otro elemento que se ubica como un obstáculo al momento de abordar situaciones ILE/IVE son las resistencias en relación a la temática, ya sea al interior de los equipo de trabajo o en los barrios en donde cada efector se encuentra ubicado. Los motivos de estas resistencias son<sup>64</sup>:

- Desinformación. Ligada, justamente, a la falta de información sobre la práctica ILE/IVE y a la presencia de estereotipos y nociones pre formuladas desde las cuales se entiende al aborto como algo negativo, como un pecado o como un tema tabú en los equipos de trabajo y en los barrios. También se hizo mención a la falta de conocimiento sobre los límites de la OC como figura legal, ya sea por parte de algunos/as profesionales como también por parte de quienes buscan acceder a una ILE/IVE y muchas veces desconocen que la postura de objeción tiene ciertas fronteras.
- Vacancias o debilidades en la formación profesional. En referencia también a la ILE/IVE y las características que esta tiene, se hizo mención a la falta de formación de los/as profesionales de medicina de temáticas ligadas a cuestiones de género y a una educación sexual integral bastante limitada en los barrios, lo cual puede traducirse en desconocimiento no sólo de métodos anticonceptivos o prevención de enfermedades, sino también en las opciones con las que las personas con capacidad de gestar cuentan y los derechos que tienen en relación a esto.
- Miedo. En muy pocas entrevistas se habló del miedo de los profesionales a participar de procesos de ILE/IVE porque temen las represalias. Durante muchos años ha habido escraches y acciones en contra del aborto en algunos espacios y ciertos profesionales podrían por eso no querer participar o siquiera hablar del tema. Además, se mencionó el carácter conservador de algunos barrios y el miedo que generaría para algunas personas

---

<sup>64</sup> Acorde a las palabras de las entrevistadas.

pasar por una interrupción del embarazo o consultar sobre la misma y que esto se haga público.

### **Estrategias necesarias para garantizar el derecho a la ILE/IVE**

Una vez expuestas los puntos críticos en relación a la ILE/IVE y el uso de la OC es necesario dedicar un apartado a posibles estrategias que las mismas entrevistadas han mencionado como un paso importante para lograr un “equilibrio” entre el uso de la OC y el acceso a la salud. Todas coinciden en que, las diferentes reglamentaciones que se han ido sucediendo a lo largo del tiempo, han sido muy significativas y que permiten que la Argentina se ubique al día de hoy en un lugar mucho más seguro en términos de acceso a derechos sexuales y reproductivos. Más allá de eso, entienden que todavía queda un largo camino por recorrer porque, la normativa está escrita y sancionada pero no se encuentra institucionalizada<sup>65</sup> al 100% en cada uno de los territorios. Las respuestas vertidas en esta instancia dan cuenta de la necesidad de seguir trabajando en relación a la temática y dejan a entrever la existencia de situaciones irregulares que siguen existiendo al interior de los efectores, incluso con la sanción de la Ley IVE N° 27610.

*“La ley fue un avance, vino a igualar un poco las condiciones en todo el territorio nacional. A poner nombre a algo que existía y que se daba pero que desde ese momento pasa a entenderse como un derecho. Antes de la ley IVE no había mucha seguridad para intervenir, no se lo entendía al 100% como un derecho (...) Creo que falta mucho todavía, porque siempre hay una brecha entre lo escrito y lo que se materializa”. Entrevistada efector n° 6.*

Las estrategias que las entrevistadas proponen en sus respuestas son variadas pero, suelen coincidir en algunos puntos comunes ya que, entienden que es clave la educación en lo referido a ILE/IVE y también en relación a la OC, mencionan además la necesidad de espacios de debate o de capacitación a donde todo el personal deba asistir. El total de las entrevistadas estuvo de acuerdo con la necesidad de crear instancias de carácter obligatorio para todo el personal del estado que participe.

*“La formación es clave, los profesionales tenemos que empezar a poder pensar otras cosas. Espacios de capacitación, de encuentro, de debate. Para conocer la ley y saber sus alcances. Me parece que deberían ser obligatorios los espacios de capacitación, porque siempre*

---

<sup>65</sup> Terminología utilizada por las mismas entrevistadas.

*somos los mismos los que vamos. Además, hay personas que pueden no enterarse y que por desconocimiento no asisten”. Entrevistada efector n° 2.*

*“La capacitación debería ser obligatoria porque sino solo participan quienes ya vienen garantizando la temática”. Entrevistada efector n° 7.*

La ausencia del enfoque de género en los planes de estudio de carreras ligadas al campo de la medicina fue otra de las cuestiones mencionadas en las entrevistas y, también lo fue la ausencia del enfoque de derechos en dichos planes de estudio. Se argumentó a favor de una reforma acompañada de capacitaciones integrales que permita incluir estos temas al momento de intervenir en situaciones de ILE/IVE.

*“Falta perspectiva de género, no hay formación de derecho ni de género en todos los niveles y cuesta poder entender que son funcionarios públicos que deben garantizar derechos, terminamos trabajando con quienes sabemos que podemos trabajar y queda todo en una cuestión de voluntad.” Entrevistada efector n° 6.*

*“La perspectiva de género tiene que estar en todos los niveles y todas las carreras, porque no todos los profesionales saben qué es y por eso no saben abordar ciertas situaciones. La inclusión de estos enfoques tiene que ser real, desde el plan de estudio. Desde las bases”. Entrevistada efector n° 7.*

Para complementar lo vertido en las citas, según el Ministerio de Salud de la República Argentina: “Comprender a las personas como sujetos con derechos implica también reconocer que están insertas en un contexto cultural y social que genera desigualdades en la posibilidad de ejercer dichos derechos”, y agrega además que:

Se llama enfoque de género al abordaje que tiene en cuenta que las relaciones entre los géneros son asimétricas y que esta asimetría afecta de manera desigual la vida de las personas. Esto quiere decir que las desigualdades de género ponen en situación de mayor

vulnerabilidad a las mujeres, personas trans, personas intersex, personas gays, lesbianas y bisexuales, etc.<sup>66</sup>

Es por eso que también resulta necesario retomar el enfoque de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en referencia a la perspectiva o enfoque de género y su importancia.

“La integración de la perspectiva de género implica evaluar el modo en que el género determina las medidas planificadas, incluidas la legislación, las políticas y los programas, en todos los ámbitos y a todos los niveles. La incorporación de la perspectiva de género también puede contribuir al empoderamiento de las mujeres y la igualdad de participación en todos los niveles del personal sanitario.”<sup>67</sup>

Otra de las estrategias propuestas por siete de las entrevistadas fue la de realizar un registro de objetores actualizado en donde se pueda saber concretamente quién es objetor ya que, así también se podría tener un recuento de los no objetores y saber efectivamente con qué profesionales el estado cuenta para garantizar un derecho.

*“Hay que revisar la conformación de los equipos, abrir el listado o el registro para saber con quiénes contamos. Porque si no están inscriptos en ningún lado como objetores vos nunca sabes con quien contas. Debe blanquearse la situación y a partir de eso armar equipos de forma equilibrada. Capaz hoy hay efectores donde todos los profesionales son efectores pero no lo sabés, porque no hay registro.” Entrevistada efector n° 4.*

*“En todos los efectores debería asegurarse la práctica, debería haber un grupo de profesionales de diferentes áreas que acompañe y pueda dar respuesta. El estado debería ocuparse y ver dónde falta algún profesional y poder armar un equipo para que siempre haya al menos una persona que pueda intervenir”. Entrevistada efector n° 4.*

---

<sup>66</sup> Información disponible en la página de presidencia de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/info-equipos-salud/enfoque-generov>

<sup>67</sup> Información disponible en la página de la OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender#:~:text=El%20g%C3%A9nero%20influye%20en%20la,salud%20en%20funci%C3%B3n%20del%20g%C3%A9nero.>

Es posible mencionar, como un antecedente, al “Consortio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales” (CONDERS) creado luego de la sanción de la ley n° 25673 de procreación responsable en el año 2002. Dicha organización tenía como objetivo velar por la garantía de los derechos sexuales y reproductivos y el efectivo cumplimiento de las leyes vigentes y su implementación. En su sitio web<sup>68</sup> figura que este organismo está: “Compuesto por todas aquellas organizaciones y personas que desean monitorear las acciones que prevé la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, sancionada en octubre de 2002 defendiendo la garantía de los derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género.” Los objetivos eran llevar a cabo actividades de control que puedan garantizar el acceso a este tipo de políticas a nivel nacional y regional, impulsar un “monitoreo social”<sup>69</sup> sobre el estado y dar lugar al involucramiento de más personas en este tipo de tareas. Si bien al día de hoy no sigue en funcionamiento es muy interesante traerlo a colación porque se trata de una herramienta que pretendía garantizar el cumplimiento de la ley y en consiguiente, el acceso de la ciudadanía a sus derechos a través de la acción social y colectiva. Cada persona podía elegir si unirse o no y desde todo el País los miembros realizaban un relevamiento que servía para la posterior realización de informes o estrategias que podían ser la base para mejoras que logran garantizar una correcta aplicación de la ley.

La necesidad de sanciones fue otra cuestión central, se ha dado cuenta en este capítulo de la existencia de efectores que cuentan con una totalidad de objetores/as en su cartilla y de un número de efectores que al día de hoy siguen derivando a pacientes a otros centros de salud cuando la ley solamente da lugar a la OC individual.

*“Siguen faltando sanciones oportunas y pertinentes para cuando algo no sucede como debería suceder. Hay un gris en el que muchos se aprovechan para obrar como obstáculo: el ser objetor pero no estar inscripto como tal en ningún lado”. Entrevistada efector n° 6.*

Algunas entrevistadas, afirmaron que el trabajo social cumple un rol central en los efectores y en este tipo de cuestiones dilemáticas. Se trata de un rol de mediación al momento de establecer diálogos y consensos en cada centro de salud. Una de las preguntas de la guía refiere

---

<sup>68</sup> Referencia: <http://feim.org.ar/conders/quienes.php>

<sup>69</sup> Es una actividad que ejercen personas e instituciones para vigilar el correcto cumplimiento de programas y políticas públicas. Controla que sus objetivos y actividades garanticen el respeto de los derechos y necesidades de ciudadanos y ciudadanas.

directamente a la opinión que las entrevistadas tienen en relación al rol que los/as profesionales del TS en el primer nivel y, en particular en situaciones de ILE/IVE.

*“En este centro de salud todos son objetores. Lo que yo hago (como TS) es garantizar el procedimiento. Se recibe a la paciente, se la escucha, se la conoce, se pregunta y se garantiza la articulación con quién pueda garantizar este procedimiento. Es la recepción, el acompañamiento y la garantía de que al menos en otro espacio el proceso se realice en los tiempos adecuados”. Entrevistada efector n° 4.*

*“Trabajamos desde el TS el antes, durante y el después también. El rol es a la par de la parte médica y psicológica. La ILE/IVE es una práctica de salud y hay que abordarla integralmente”. Entrevistada efector n° 5.*

*“Es un rol sumamente importante porque nosotros tenemos cercanía con la comunidad y somos la puerta de entrada hacia muchas problemáticas. Yo creo que el TS tiene esa habilidad de con poco o nada poder generar una intervención y garantizar derechos y la posibilidad de hacer un trabajo “hormiga” en el equipo de trabajo que capaz nadie quiere hacer”. Entrevistada efector n° 7.*

Esto puede vincularse con algo que aparece en el Código de Ética de Trabajo Social de Santa Fe y Rosario: en el punto D.2) El documento establece que el profesional de trabajo social debe velar por cambios en las diferentes políticas y legislaciones para mejorar y promover la justicia social. Se debería además, contribuir a la instauración de políticas que velen por el bienestar humano para poder lograr valores sociales como la justicia y evitar o disminuir el sufrimiento en la sociedad, teniendo como eje de las intervenciones siempre a los sectores vulnerables o desventajados socialmente.

Cabe destacar nuevamente, que las entrevistadas le asignan un rol central al Estado Provincial y Nacional al momento de relevar las posturas de los objetores/as de conciencia, armar los equipos de trabajo de manera que se garantice en cada efector el acceso a una ILE/IVE y en la aplicación de sanciones pertinentes, si es necesario.

*“El estado no asegura la OC individual. Si hoy tenés un médico en el centro de salud y ese médico es objetor, ya se deriva. Porque no lo podés obligar y es lo único que tenés para*



*trabajar esas cuestiones. La OC entonces pasa a ser institucional, porque la institución no te recibe.” Entrevistada efector n° 5.*

Se entiende que es clave pensar respuestas en clave social y desde lo colectivo para que se pueda mejorar la realidad de los/as ciudadanos/as. Las organizaciones de la sociedad civil tienen una presencia importante en los efectores, ya sea desde una posición contraria a la interrupción del embarazo o desde una perspectiva a favor de la misma. Se ha mencionado la presencia de acciones coordinadas con diferentes grupos de socorristas<sup>70</sup>, a través de los cuales las personas con capacidad de gestar llegan a un determinado efector, también se pudo relevar una conexión con espacios provinciales gubernamentales y con organizaciones de sociedad civil como la Red de Profesionales ya mencionada en esta tesina, que cuenta con un recursoro en donde figuran los efectores y los contactos de personas que pueden permitir a la población acceder a una ILE/IVE. Por el otro lado, se referenció la presencia de grupos que están en contra de la ILE/IVE y que se han acercado a algunos efectores a fin de plantear su descontento y pedir que no se siga brindando este servicio como así también la consulta de este tipo de grupos por personas en específico que se sabe buscaron información o accedieron a un procedimiento de interrupción del embarazo. Algo que surgió de la respuesta de una de las entrevistadas es el rol político del director del efector en donde ella trabaja, debido a su adhesión a un partido político evangélico conservador auto denominado como: “pro vida” y que públicamente se manifiesta como en contra del aborto y es también objetor de conciencia.

*“Nosotros tuvimos contacto por ejemplo con chicas de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir y con espacios provinciales como la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Pudimos colaborar y hablar también de algunas cuestiones”. Entrevistada efector n° 1.*

*“Hemos tenido casos donde las chicas se acercan por una ILE/IVE por un contacto con grupos de socorristas”. Entrevistada efector n° 2.*

---

<sup>70</sup> Existen varios grupos de socorristas, sus acciones se basan en el acceso al derecho a una ILE/IVE por parte de las personas con capacidad de gestar. Más información disponible en sitios de los grupos tales como: <https://socorristasenred.org/>

*“Hay organizaciones de la sociedad civil o personas que están en contra de esto y han venido a hablar con nosotros por casos particulares, reclamándonos o exigiendo que no intervengamos.” Entrevistada efector n° 8.*

Se trata de grupos que generan acciones y que tienen impacto en la gente de cada barrio, esto es un dato fundamental debido a que esta identificación por parte de las entrevistadas permite marcar una tendencia clara hacia la intervención de grupos sociales y colectivos en la temática de ILE/IVE. Se puede visualizar un accionar muy fuerte y que genera consecuencias directas en la población y en el acceso o no a una práctica de salud.

### **Reflexiones finales**

La presente investigación se ha centrado en el uso de la OC en situaciones de ILE/IVE en el primer nivel de atención en salud de Santa Fe. Los efectores analizados fueron seleccionados en base a ciertos criterios que ya han sido expuestos y con la palabra de las entrevistadas se ha dado cuenta de la realidad que se vive actualmente en cada uno de los espacios. La delimitación temporal responde al momento en el que el proyecto de tesina comenzó a ser realizado pero también coincidió con la sanción de la Ley 27610, cuestión sumamente importante que ha enriquecido este escrito y ha permitido situar los hallazgos de una manera particular ya que el contexto post Ley IVE se ha erigido como un momento central y ha dado lugar a una investigación que hasta este momento no había sido realizada, al menos en el contexto provincial santafesino y en el primer nivel de atención en salud.

La pretensión de esta tesina ha sido dar cuenta de la existencia de una tensión entre el derecho de los profesionales a ser objetores de conciencia (basado en cuestiones como la libertad de culto y la libertad de conciencia) y, el derecho de las personas con capacidad de gestar de acceder al sistema público de salud y a la práctica de ILE/IVE. Se ha podido exponer que, incluso con la sanción de la Ley 27610 y su reciente aplicación, al interior del primer nivel de salud en el contexto ya mencionado, siguen dándose situaciones que vulneran los derechos de las personas con capacidad de gestar y que, en algunos casos, van por los márgenes de lo que la ley establece.

En el primer capítulo se ha dado cuenta de las decisiones metodológicas tomadas para alcanzar los objetivos propuestos y se ha explicitado desde que posición teórica se parte al

momento de hacer uso de cada concepto. En el segundo capítulo se ha realizado un recorrido por la reglamentación que ha regulado a la ILE/IVE y sus antecedentes, partiendo de la lucha colectiva como movilizador para lograr estos avances.

El tercer capítulo se centró en la OC, porque es importante entender los orígenes de la figura de objeción de conciencia, sus primeras apariciones en el marco legal y la manera en la que esta fue luego recepcionada por los sectores que harían de ella una bandera y que la llevarían a ser lo que es actualmente. En el cuarto y último capítulo se ha recurrido a la voz de las entrevistadas para dar cuenta de sus vivencias y sus experiencias para poder analizar lo que había sido expuesto con anterioridad en estas páginas.

La OC en Argentina ha recorrido un largo camino, desde ser una herramienta usada por jóvenes que no querían participar del SMO hasta convertirse en una herramienta utilizada por muchos/as profesionales de la salud para no formar parte de ciertas prácticas, no brindar atención o hasta incluso no brindar información.

Como ya ha sido mencionado en esta tesina, es imposible negar que existe una tensión entre el uso de la OC por parte de profesionales de la salud y el acceso a un derecho sexual y reproductivo como la ILE/IVE, independientemente de si se acuerda o no con la figura legal y con lo que ella implica. Ahora bien, la pregunta sería clara: ¿Qué postura prevalece?

Según el trabajo de campo es posible afirmar y concluir que, incluso con la reglamentación vigente y con los avances que la misma implica al día de hoy, quienes permanecen en una posición de desventaja son aquellas personas que se encuentran en el lado más “débil” de la relación médico-paciente: las personas con capacidad de gestar. Estas personas siguen encontrándose en un nivel de vulnerabilidad en el que parece importar más la conciencia de profesionales objetores que su propia salud e inclusive su propia vida. Se ha podido develar el accionar de ciertos efectores que directamente “expulsan” a quienes se acercan por una ILE/IVE y que este accionar es posible, además, porque no existen herramientas que reúnan la información pertinente respecto al número de los/as profesionales objetores o de los/as que no lo son.

Resulta necesario poder contar con algún documento de línea oficial que se encuentre actualizado y que cuente con la declaración de todos/as los profesionales que desempeñan

funciones en efectores públicos de salud de los tres niveles para que las autoridades puedan saber de forma clara y definitiva con qué personas cuenta al momento de garantizar derechos y, si esto no es así, que pueda además decidir y legislar en torno a ello para mejorar el acceso de las personas al derecho a la salud y a una práctica que actualmente se entiende como algo avalado por la ley y como un tema de salud pública.

Si bien la OC institucional no se encuentra avalada por la normativa vigente, parece que sigue siendo una práctica recurrente en algunos espacios de atención en salud y esto implica muchísimas complicaciones para las personas que deben movilizarse a otro efector, en busca de una respuesta positiva o, resignarse a la falta de atención y también para el personal de otros efectores de primer nivel que puede verse sobrepasado ante las demandas.

Si bien existen canales de denuncia y existen además sanciones preestablecidas que deberían evitar que lo mencionado en el párrafo anterior suceda pero, según se ha podido relevar, las mismas no se aplican o no se aplican a tiempo. Como cierre de esta investigación se puede identificar que, de acuerdo a las entrevistadas, esto se debe a la falta de registro de objetores y a la falta de límites en algunos centros de salud. Las denuncias no se hacen o no llegan las respuestas a las mismas.

A casi tres años de la sanción de la Ley 27610, si bien la sanción de la normativa representa avances en términos de la retórica y reconocimiento simbólico de derechos, se presentan diferentes desafíos en cuanto a los modos en que se codifica en las prácticas concretas el derecho a la salud sexual y reproductiva. Es posible reconocer, incluso con un escenario que debería ser más favorable y con una ley que regula en profundidad la IVE, no es suficiente para garantizar la vigencia de la misma y que las instituciones del Estado no se amoldan de manera automática a las palabras de una normativa, sino que se necesita de un trabajo constante de formación y de un compromiso por parte de las autoridades y del personal de cada uno de los efectores de salud.

Al respecto, es interesante retomar rápidamente la visión de Bourdieu ya que esboza el concepto de “campo” y nos explica que el mismo hace referencia un sistema de relaciones sociales y posiciones en relación a esas relaciones en el interior de un área de la vida de las personas. En este caso podríamos ubicarnos en el campo médico y afirmar que, todo aquello que se encuentra funcionando de una determinada manera, en términos de habitus, no puede

modificarse tan fácilmente y que, las nociones y pre conceptos ya arraigados seguirán vigentes durante algún tiempo.<sup>71</sup> Se trata de conceptos muy complejos y esta mención no les hace justicia, pero resulta relevante poder hacer referencia a ellos debido a su relevancia con el argumento expuesto con anterioridad.<sup>72</sup>

El camino para lograr un avance parece ser el compromiso y la lucha constante de quienes trabajan en territorio, la divulgación de información, la implementación de educación sexual integral en todos los niveles, y la capacitación permanente desde la perspectiva de género y de derechos humanos.<sup>73</sup>

Esta tesina no pretende ser una crítica a los efectores públicos de salud o al sistema de salud santafesino, sino que busca dar visibilidad a una realidad que existe actualmente y es por eso que resulta necesario destacar que la mayoría de los efectores analizados se encuentran garantizando este derecho desde antes de la sanción de la Ley IVE. Esto se debe en gran medida a los/as profesionales comprometidos/as con la lucha por los derechos y su garantía en cuanto tales y, si bien es posible decir que falta aún mucho camino por recorrer, es necesario ponderar a quienes han luchado por instalar esta temática en sus espacios de trabajo y quienes han incluso puesto en juego sus carreras para eso.

Algunas entrevistadas han dado cuenta de su rol como empleadas estatales y han hecho eco de la misma para posicionarse de la manera en la que lo hacen. Esto se debe a que, para muchas de ellas, el trabajar en un efector público de primer nivel implica una responsabilidad clara y un compromiso ético necesario en el que las personas son entendidas como sujetos de derecho que deben estar por encima de las posiciones individuales de los/as profesionales. Esto puede complementarse con una frase del Dr. René Favaloro:

---

<sup>71</sup> Esta aproximación conceptual fue extraída del artículo de Cerón Martínez (2019) disponible en: <https://socorristasenred.org/>

<sup>72</sup> Lo vertido en este párrafo se puede encontrar en la siguiente cita del ya mencionado autor: “Sin lugar a duda, una de las mejores analogías para la aprehensión de la noción de “campo” está relacionada con la de un sistema de relaciones entre posiciones diferentes, diferenciadas y diferenciantes, donde los agentes están posicionados o distribuidos en función directa a sus haberes sociales, es decir, sus capitales.” (Cerón Martínez, 2019, pp.5)

<sup>73</sup> Por ejemplo con la implantación de la ley 27499, “Ley Micaela”.

Los ricos defienden el aborto ilegal para mantenerlo en secreto y no pasar vergüenza. Estoy harto de que se nos mueran chicas pobres para que las ricas aborten en secreto. Se nos mueren nenas en las villas y en los sanatorios hacen fortunas sacándoles del vientre la vergüenza a las que tienen plata. Con el divorcio decían que era el fin de la familia y sólo fue el fin de la vergüenza para los separados ilegales. Con el aborto legal no habrá más ni menos abortos, habrá menos madres muertas. El resto es educar, no legislar. (1997)<sup>74</sup>

Claramente, existe una desigualdad en relación a la falta de acceso al sistema de salud o a una práctica médica en particular como lo es la ILE/IVE en los espacios analizados en esta investigación. Las personas que se acercan al sector público de salud suelen ser las más vulnerables y suelen tener un acceso limitado a servicios de esa índole y, es por eso que además, se vuelve tan importante poder garantizar el acceso equitativo a este tipo de derechos.

Todavía queda mucho camino por recorrer y aún hay numerosos desafíos que atravesar para poder llegar al escenario pretendido por quienes militan activamente por la reglamentación de este derecho y por lo que imaginaron quiénes redactaron o colaboraron en el proceso de escritura de la ley. Sería muy enriquecedor para este campo de investigación que futuras investigaciones se centren en él y que puedan dar cuenta de los avances que pudieran existir en relación a la implementación de la ley 27610 con el paso de los años, los pasos a seguir que pudieran darse en torno a una herramienta que releve la postura de los profesionales y las estrategias que podrían tomarse para seguir avanzando en la garantía de la ley ILE/IVE.

---

<sup>74</sup> Entrevista al Dr. René Favalaro en Diario La Gaceta Tucumán, realizada por el periodista Federico TÜRPE, en Santiago del Estero, el 7 de Junio 1997.

## Bibliografía

- Alegre, M. (2015). ¿Opresión a conciencia? La objeción de conciencia en la esfera de la salud sexual y reproductiva. Versión ampliada y con réplicas a críticas. nyu. [https://www.academia.edu/19420709/\\_Opresi%C3%B3n\\_a\\_conciencia\\_La\\_objeci%C3%B3n\\_de\\_conciencia\\_en\\_la\\_esfera\\_de\\_la\\_salud\\_sexual\\_y\\_reproductiva\\_Versi%C3%B3n\\_ampliada\\_y\\_con\\_r%C3%A9plicas\\_a\\_cr%C3%ADticas](https://www.academia.edu/19420709/_Opresi%C3%B3n_a_conciencia_La_objeci%C3%B3n_de_conciencia_en_la_esfera_de_la_salud_sexual_y_reproductiva_Versi%C3%B3n_ampliada_y_con_r%C3%A9plicas_a_cr%C3%ADticas)
- Arlettaz, F. (2012) Libertad religiosa y objeción de conciencia en el derecho constitucional argentino. Estudios constitucionales, año 10, no 1. 339-372. Centro de Estudios Constitucionales de Chile, Universidad de Talca.
- Ariza Navarrete y Ramón Michel Objeción de Conciencia en la Provincia de Santa Fe. (s/f). Org.Ar. Recuperado el 5 de mayo de 2023, de [https://www.redaas.org.ar/oc\\_ile/index.html](https://www.redaas.org.ar/oc_ile/index.html)
- Ariza Navarrete, S y Ramón Michel, A. (2018) Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia. Una propuesta regulatoria a partir de las practicas del aborto legal en Argentina. CEDES e IPAS, Buenos Aires. <https://www.ipas.org/resource/una-vuelta-de-tuerca-a-la-objecion-de-conciencia/>
- Ariza Navarrete, S. (2012) Resistencias al acceso al aborto (no punible): la objeción de conciencia. [http://www.saij.gob.ar/doctrina/dacfl20189-ariza\\_navarrete-resistencias\\_al\\_acceso\\_al.htm](http://www.saij.gob.ar/doctrina/dacfl20189-ariza_navarrete-resistencias_al_acceso_al.htm)
- Aparizi Miralles, A. y López Guzmán, J (2006) El derecho a la objeción de conciencia en el supuesto del aborto. De la fundamentación filosófica-jurídica a su reconocimiento legal. Revista n° 1 (26) P y B, Volumen 10. pp. 35-61. ISSN 0123-3122.
- Arlettaz, F (2012) Libertad religiosa y objeción de conciencia en el derecho constitucional argentino. Estudios Constitucionales, año 10 n° 1. pp. 339-372. Centro de estudios constitucionales de Chile, Universidad de Talca.
- Bergallo, P. (2011). Aborto y justicia reproductiva. Editorial Del Puerto, Buenos Aires.
- Bergallo, P., Sierra, I. C. J., & Vaggione, J. M. (2019). El aborto en América Latina: Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras. Siglo XXI Editores.
- Bellucci, M (2018) Historia de una desobediencia. Aborto y Feminismo.
- Brichetti (2021) El derecho a la salud en el protocolo nacional para la atención integral de las personas con derecho a interrupción legal del embarazo en la República Argentina.. Un estudio desde el derecho internacional de los Derechos Humanos. Revista de la Facultad de Derecho n° 50, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. eISSN 2301-0665.
- Brussino (2024) El caso de Ana María Acevedo. Red bioética, UNESCO. Disponible en: <https://redbioetica.com.ar/ana-maria-acevedo/>

- Cabrera, M y Batthyany, K. (2011) Metodología de la investigación en ciencias sociales. Apuntes para un curso inicial. Universidad de Uruguay, Montevideo. ISBN 9789974007697.
- Cordal, G. (2020) ¿Es defendible la objeción de conciencia institucional en el caso de aborto? Revista Ius Et Praxis, año 26 n° 3. pp.267-287. Universidad de Talca, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.
- Colegio de trabajadores sociales de la Provincia de Santa Fe. (2017) Colección ética en debate. Objeción de conciencia, ejercicio profesional y derechos humanos. Pp.2 a 10. Edición impresa.
- Código de Ética del Colegio de Asistentes Sociales de Santa Fe, 1ª Circunscripción.
- Código de Ética Para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina (AMA) 2ª Ed. Corregida y aumentada.
- Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA)
- Declaración Federal de Principios Éticos de Trabajo Social de la Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social. 2ª Ed.
- Deza, S. y otros (2014) Jaque a la Reina. Salud, autonomía y Libertad Sexual en Tucumán. Editorial Cienflores. Buenos Aires, Argentina.
- Deza, S. (2019) Cruces y objeciones. El rito de impugnar la autonomía sexual en Género y Derecho de González, Miranda y otros. Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires, Argentina.
- Deza, S., (2017). Objeción de conciencia y aborto: creencias propias, violencias ajenas. Revista de Bioética y Derecho, (39),23-52.[fecha de Consulta 3 de Noviembre de 2022]. ISSN: . Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78349731003>
- Deza, S. (2021). Parir el derecho a abortar. Repo CLACAI Principal. <https://www.clacaidigital.info/handle/123456789/1530>
- Escales, V. y otros (2018) Aborto legal. Argumentos, legislación y jurisprudencia. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) Argentina.
- Flick (2015) Introducción a la investigación cualitativa. Segunda edición. Morata editorial.
- Floreal Ferrara (s/f) Conceptualización del campo de la salud.
- Funes, M. J., Bielli, L., & Irrazabal, M. G. (2019). Derecho a la salud versus objeción de conciencia en la Argentina. Revista Bioética, 27(4), 728-738. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274356>
- Gebruers, C y Gherardi N (2015) El aborto legal en Argentina: la justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso F.A.L. Serie de documentos REDAAS, n° 2 abril de 2015. ISSN 2451-6929.
- González Vélez, A y Arévalo, C (2016) Memorias ¿Objeción de conciencia institucional? Impacto en la prestación de servicios de interrupción voluntaria del embarazo. Segundo Seminario Regional Latinoamericano.
- Hernández, Sampieri (1996) Metodología de la investigación. McGraw-Hill, México. ISBN 9684229313.
- Johnson, C (2018) Ni la pareja, ni la familia, ni la Iglesia Católica deciden por mí. La experiencia del aborto en mujeres católicas. Revista Latinoamericana de Sexualidad, Salud y Sociedad n°28. ISSN 1984-6487.



- Irrazabal, G, Belli, L y Funes M. (2019) Derecho a la salud versus objeción de conciencia en la Argentina. Revista bioética, volumen 27. Brasilia.
- Ley 27610 Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) 2021
- Martín de Agar, J (1955) SCRIPTA THEOLOGICA n° 27. Febrero de 1995 ISSN 519-543.
- Martínez León, M y Rabadán Jiménez, J (2010) La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en la Ética y deontología. Cuadernos de Bioética. XXI, 2010. 2ª Ed.
- Martínez. K (2007) Medicina y objeción de conciencia. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30 (2), 215-223.
- Palomino Lozano, R (2009) Objeción de conciencia y religión. Anuario de derechos humanos no 10, 435-476.
- Peñas Defagó, M. (2013) El derecho al acceso a los abortos no punibles en Argentina desde un enfoque de derechos humanos. Herramienta editorial, Buenos Aires. Argentina. Disponible en:  
[https://www.conicet.gov.ar/new\\_scp/detalle.php?keywords=&id=43374&capitulos=yes&detalles=yes&capit\\_id=1900420](https://www.conicet.gov.ar/new_scp/detalle.php?keywords=&id=43374&capitulos=yes&detalles=yes&capit_id=1900420)
- Ponte Mittelbrunn, C. (s/f) Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente.
- Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Resumen ejecutivo. (2021)
- Ranieri de Cechini, D y Calderone, S (2022) La objeción de conciencia de los profesionales de la salud y el aborto legal en Argentina. Revista perspectivas de las ciencias económicas y jurídicas. Vol. 12, n° 1. Santa Rosa. pp. 81.102 ISSN 2445-8566.
- Ramón Michel y otros. (2021) Objeción de conciencia en la Ley sobre Interrupción del Embarazo de Argentina. Serie documentos REDAAS, edición n° 15. Buenos Aires.
- Rodriguez Gomez, G (1999) Metodología de la investigación cualitativa.
- Romero, M y Moises, S (2021) El aborto en cifras. Serie de documentos de REDAAS. Redaas. Buenos Aires.
- Sautú, R (2003) Manual de Metodología.
- Sautú, R (2005) Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación. Ediciones LUIERE, Buenos Aires.
- Scribano (2008) El proceso de investigación social cualitativo.
- Vaggione, J. (2017) La Iglesia Católica Frente a la Política sexual: la configuración de una ciudadanía religiosa. DOSSIÊ CONSERVADORISMO, DIREITOS, MORALIDADES E VIOLÊNCIA Scielo.
- Vaggione, J. (S/F) La política del camuflaje. La objeción de conciencia como estrategia de la Iglesia Católica. Universidad Nacional de Córdoba. Conicet. Recuperado de:  
<https://hemisphericinstitute.org/es/emisferica-13-1-states-of-devotion/13-1-dossier/la-politica-del-camuflaje-la-objecion-de-conciencia-como-estrategia-de-la-iglesia-catolica.html>
- Verd, J.M y Lozares, C (2016) Introducción a la investigación cualitativa. Frases, métodos y técnicas. Capítulo 6: el método de entrevista. Pp. 147 a 181 de la versión impresa. Madrid. Síntesis.

- Veinticinque, V (2020) Las conquistas de nuestros cuerpos: transformando la salud de las mujeres en el nuevo milenio. Revista panameña de ciencias sociales, n° 4 pp. 67-78. ISSN 2710-7531.
- Zurbriggen, R y Anzorena, C (2013) El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible. 1ª Edición, Herramienta Ediciones. Buenos Aires. ISBN 978-987-1505-32-6.
- Zurro, A.M y Jodar Solá, G. (2011) Atención primaria en salud y atención familiar y comunitaria. Elsevier, España.

## **ANEXO.**

### Guía de entrevista:

#### *Preguntas introductorias:*

1. Antes que nada me gustaría que me digas en qué Centro de Salud/ Efector trabajas y hace cuanto tiempo.
2. ¿Qué funciones desempeñas dentro de dicho espacio?
3. ¿El tema de la interrupción del embarazo es un tema frecuente en el efector donde trabajás? Independientemente de la respuesta: ¿Por qué crees eso?
4. ¿Cómo se entiende hoy a la interrupción del embarazo (ILE/IVE) desde el efector?
5. Tanto en el barrio como en el centro de salud, ¿te parece que existen resistencias en torno a esta temática? Independientemente de la respuesta: ¿por qué?
6. ¿Cuál te parece que debería ser el rol de los tres niveles de atención en relación a esta práctica? Y en particular ¿cuál crees que es el rol del primer nivel?
7. En relación a la reglamentación vigente ¿te parece que hoy esta práctica se encuentra garantizada?
8. ¿Cuál te parece que es el rol del trabajo social en relación a esta cuestión?

#### *Preguntas referidas a la objeción de conciencia:*

1. ¿Qué opinión tenés acerca de la objeción de conciencia como posicionamiento por parte de los profesionales? ¿Tienen alguna postura tomada desde el efector en relación a esta figura legal?

2. ¿En este efector, el número de objetores es superior o inferior al número de personas que se encuentran a favor del aborto? ¿Cómo se organizaron en relación a esto desde el equipo de trabajo?

3. ¿Estás al tanto de la existencia del registro provincial de objetores? En caso de responder afirmativamente? ¿qué opinión tenés acerca de esta herramienta?

4. En relación a la pregunta n° 4, existe un recursero creado por la red de profesionales por el derecho a decidir en donde figuran los efectores “amigables” con la temática ¿estás al tanto de su existencia? ¿te parece una herramienta útil? ¿por qué? ¿considerás que existen diferencias entre ambas herramientas?

5. ¿Considerás que existe una diferencia entre la objeción de tipo individual y la institucional? independientemente de la respuesta: ¿considerás que esto es algo positivo o negativo?

6. ¿Crees que hoy existe un “equilibrio entre el uso de esta figura y el acceso a la interrupción del embarazo? En caso de responder negativamente: ¿Cuál te parece que sería la solución para poder lograr un equilibrio?

7. La Ley IVE 27610 hoy vigente establece que no se permite la OC institucional pero sí la individual, este tema ha abierto debate porque surge la idea de que en ciertos efectores pueden todos los profesionales decir que son objetores y se transformaría en una especie de objeción institucional. ¿Qué opinión tenés al respecto?

8. ¿El espacio de consejería, está presente en este efector? ¿a cargo de qué profesional se encuentra? (trabajo social/medicina/etc)

*A modo de cierre.*

- 1) ¿Tienen desde el efector contacto con organizaciones de la sociedad civil preocupadas por el tema del aborto? ¿cuáles? y ¿de qué manera se realiza la vinculación con los mismos en caso de haberla?
- 2) ¿Qué opinión tenés acerca del contexto actual en lo referido a esta práctica?
- 3) ¿Estás al tanto de las diferentes reglamentaciones que se han ido sucedido en los últimos años y las políticas públicas? ¿te parecen suficientes? en caso de responder que no: ¿Qué te parece que sería positivo para poder avanzar en torno a esta cuestión?
- 5) Según tu percepción y tus conocimientos, ¿cómo ves hoy la coordinación y el trabajo “en red” que se da entre los tres niveles de atención?
- 6) ¿Qué opinas acerca de los espacios de capacitación?
- 7) ¿Querrías agregar algo más?