



TITULO DEL TRABAJO: Derechos. Argumentos y experiencias para el acceso a la interrupción legal del embarazo.

AUTORAS: Lic. María Laura Marcone- Lic. Viviana De Palo. Trabajadoras Sociales del Centro de Salud Integral Dra. Cecilia Grierson. Ministerio de Salud de la CABA

EJE TEMATICO 4: Derechos Sexuales y (no) Reproductivos. Derecho al aborto.

PALABRAS CLAVES: Derechos- Salud- Interrupción

Consideramos imprescindible inscribir los derechos sexuales y (no) reproductivos en los derechos universales a la salud, porque contribuyen a la equidad de género, porque concebir el derecho a la salud sexual de la mujer posibilita un camino hacia su autonomía, poniendo el acento ya no en su capacidad reproductora sino en el libre uso sexual de su cuerpo.

La experiencia diaria durante el ejercicio de nuestra profesión como trabajadoras sociales del Hospital Grierson¹ como así también, nuestra inclusión en espacios de debates respecto de Consejerías Integrales de Salud Sexual y (no) Reproductivas, dan cuenta de los avances y cuestionamientos en los equipos para acceder a una política pública que acompañe y asista a las mujeres que así lo requieran.

En consonancia con ello, existen equipos interdisciplinarios que trabajan en la temática en la zona sur de la Ciudad, llevándose a cabo un proceso de encuentros en donde se

¹ El hospital está regido por la Ley Básica de Salud No 153 (16/2/99). Se encuentra en una zona de la Ciudad de Buenos Aires que presenta una realidad social contrastante. Por un lado se destaca la presencia de un centro comercial que contiene un hipermercado de gran magnitud, y por otro, zonas con conglomerados de familias viviendo en villas de emergencia, núcleos transitorios y viviendas humildes, como Villa 20, Villa Fátima, Barrio Los Pinos, Piletones, etc. La zona donde se encuentra emplazado el hospital y su posible área de influencia pertenecen a la Comuna 8 que agrupa los barrios de Villa Lugano, Villa Riachuelo y Villa Soldati. A su vez, esta Comuna presenta los índices más elevados de pobreza y de morbimortalidad.

La construcción del efector fue producto del impulso de diversas organizaciones y de la población del barrio, quienes desde 1986 reclamaron al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires la construcción de un Hospital. Recién en el año 2005 se aprueba la Ley No 1769, y en el mes de Junio de 2009 se inaugura el mismo.

comparten las acciones y las discusiones que se generan al interior de los mismos en torno al acceso legal de las mujeres que quieren interrumpir su embarazo. Esto da lugar a diversas estrategias que se implementan de manera colectiva.

En cuanto a otros niveles de atención, se visualizaron reiteradas y sistemáticas acciones que ponen en evidencia la vulneración de derechos a las que son expuestas las mujeres que solicitan la práctica en el marco de la legislación vigente, siendo por ello un eje central en la discusión la articulación permanente para poder garantizar el acceso.

En este trabajo pretendemos entonces compartir esos encuentros desde una mirada crítica que contribuya a analizar y revisar los posicionamientos y acciones que permiten continuar repensando las prácticas y luchando por ejercer el derecho al aborto legal, seguro y gratuito. La reflexión y el debate al interior de los equipos de salud sobre esta problemática nos permiten arribar a algunos consensos que se verán reflejados en la intervención cotidiana. El eje central está puesto en la interpelación permanente de nuestros propios marcos referenciales e ideológicos a fin de orientar nuestras prácticas desde la perspectiva de género, de derechos humanos, sexuales y (no) reproductivos. Indudablemente el camino hacia ese objetivo implica alejarse de posicionamientos dogmáticos y estar atentas/os a las demandas y situaciones cada vez más complejas que se nos presentan para acompañar adecuadamente a cada mujer en sus decisiones. Es en este sentido que resulta ineludible recurrir a estrategias y recursos para garantizar el derecho a la salud a través del dispositivo de Consejería Integral, como respuesta posible dentro del marco legal vigente. Las estrategias y recursos permiten hacer efectivo el derecho a la información, el derecho a la salud y contribuyen a dar una mejor respuesta a cada una de las situaciones que se nos plantean.

La participación en equipos de salud implica numerosas renuncias, siendo la primera de ellas el reconocer que el saber de cada uno/a es insuficiente en las intervenciones, siendo indispensable incluir y ponderar el saber popular. Por ello el saber que tienen las mujeres en cuanto a su percepción del cuerpo y de la maternidad es el eje central que debe considerarse en la práctica cotidiana entre los profesionales de la salud que acompañan a esas mujeres en la interrupción de su embarazo. Aquí surgen varios cuestionamientos al interior de esos equipos, ya que interpelan su saber médico hegemónico, y sus saberes disciplinarios académicos, ya que esta mirada incluye el uso del poder de la mujer contra la cultura patriarcal, habilitando la posibilidad de inventar una nueva forma de habitar su cuerpo y su genealogía. Se des- sujeta de las convenciones del ideal materno patriarcal, permitiendo crear otra significación para su vida (Rosenberg, 2013:106).

ESTRATEGIAS ORGANIZATIVAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD

En sintonía con el desarrollo antes mencionado, se considera necesario apelar al trabajo en red, ya que vincularse con otras/os, hacer acuerdos, influir y dejarse influir, dialogar y cooperar son acciones que requieren ser trabajadas en un proceso colectivo permanente. La red además, nos contiene, potencia, fortalece frente a realidades adversas que algunas/os profesionales tenemos que transitar para garantizar el acceso a los derechos de las mujeres con las cuales intervenimos.

Teniendo en cuenta el acceso a la interrupción legal del embarazo, el equipo interdisciplinario del Hospital Grierson que interviene en la temática está participando en diversos espacios de organización que conlleva un abordaje colectivo.

Uno de ellos es su inclusión en la red local, donde también están presentes otros referentes de los centros de salud de las zonas aledañas al Grierson, siendo éstos profesionales de distintas disciplinas, a saber: Trabajo Social- Psicología- Medicina General y Ginecología.

A su vez, existe la participación del espacio de interredes, donde participan profesionales de los centros de salud de la zona sur de la CABA. Y también hay una participación activa en la red nacional de profesionales por el derecho a decidir.

Se considera necesaria la presencia activa y constante para compartir las acciones que hacen a la efectivización de los derechos de las mujeres.

Esta red posibilita apoyo y articulación, logrando el intercambio e información científica y construcción de saberes y prácticas. Promueve el armado de guía de recursos del área programática y la selección de un instrumento consensuado de registro. Además, potencia un espacio de lucha para exigir el acceso a la medicación.

Todo esto es posible gracias a que el punto de encuentro entre las distintas disciplinas permite la construcción de un marco de referencia colectivo, donde cada saber específico contribuye al enriquecimiento de las estrategias de abordaje. Esto propicia un lugar de construcción en función del diálogo, interacción y reciprocidad simétrica, y posibilita una visión integral de la vida del sujeto/a y sus derechos situando al equipo profesional como acompañante y facilitador del acceso al derecho a la salud.

Otro de los ejes objetivos centrales que se propuso este espacio tuvo que ver con visibilizar la problemática de interrupción de embarazo en diversos ámbitos, como ser jornadas, reuniones, congresos, etc. Esto sentó las bases para poner en agenda los obstáculos que se encontraban (y encuentran) al momento de realizar una derivación por ILE en algunos efectores de salud al Hospital de referencia y las resistencias que aparecen al interior de los equipos.

Como red se decidió crear una estrategia que nos permitiera garantizar el derecho al ILE en el hospital de base, en el caso de los centros de salud que dependen de su área programática. Una de ellas fue el acuerdo de realizar las derivaciones de ILE acompañando a las mujeres, articulando con el área programática y el Programa de Salud Sexual del GCBA. Otra fue solicitar reuniones con el Servicio de Obstetricia, Jefatura del Área Programática y Programa de Salud Sexual de GCBA a fin de garantizar el acceso a los derechos de las mujeres. También se incluyó la participación del Servicio Social de uno de los Hospitales a la red para mejorar la articulación con el Hospital y seguimiento de las situaciones.

Actualmente, la red continúa repensando estrategias tendientes a continuar garantizando el acceso de las mujeres al aborto legal, seguro y gratuito.

SALUD INTEGRAL, DERECHOS INTEGRALES

Dentro del análisis de los dispositivos de abordaje en relación al acompañamiento y la asistencia de las mujeres, éstos también se vieron enmarcados en un proceso de revisión y discusión de las interpretaciones y reinterpretaciones del código penal² y del concepto de

² El artículo 86 del Código Penal de la Nación (CPN), que entró en vigencia en enero de 1922, determina los casos en los que el aborto se encuentra despenalizado, es decir, permitido. Según la segunda parte de este artículo: El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1. Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; 2. Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente.

“salud” en particular, que rige actualmente como marco normativo en la legislación vigente, así como también los Protocolos de intervención del Ministerio de Salud de la Nación y los confeccionados por cada efector.

En cuanto a la causal “salud”, existen varias acepciones que traen aparejadas miradas diferentes en cuanto al acceso legal de las interrupciones de embarazo de las mujeres. El mayor inconveniente que esto acarrea tiene que ver con los alcances de esta causal, situación que abre nuevamente el debate al interior de los equipos, fundamentalmente por aquellas/os profesionales que no conciben miradas integrales para la toma de decisiones según el encuadre planteado. Pensar integralmente significa reconsiderar también, entre otros, los determinantes sociales y psicológicos que junto con el embarazo ponen en riesgo la salud de la mujer, ya que además esta causal, en el código penal expresa que exista “*Peligro para la vida y para la salud de la mujer*”. Ahora bien, dicho “peligro” no exige la configuración de un daño, sino de su potencialidad (posibilidad de que ocurra).

Entonces, es importante considerar la salud como un concepto integral cuya protección implica, no sólo la protección de otros derechos, sino a su vez la adecuada implementación de una serie de elementos relacionados con los principios de los derechos humanos, con los criterios para su interpretación y con la ética.

El respeto de la autonomía de las mujeres debe ser el eje vertebral de su atención y un elemento crucial para proteger su salud y respetar sus derechos. Las mujeres son las únicas que pueden definir cuánto riesgo están dispuestas a correr como consecuencia de un embarazo que implica riesgo para su salud. El principio de autonomía conjuntamente con los principios de no maleficencia, de beneficencia y de justicia sobre los que nos apoyamos aportan un encuadre bioético a nuestras intervenciones.

Frecuentemente surge una aceptación casi unánime de los equipos de salud de acompañar un proceso de interrupción legal cuando se trata de una violación estereotipada, es decir, no ocurrida en el ámbito intrafamiliar. Esto implica un reconocimiento de que obligar a una mujer a llevar a término un embarazo que fue concebido a través de un acto violento es exponer ineludiblemente su salud integral. No obstante ello es dable destacar que aún persiste en la sociedad y en algunas/os profesionales de la salud en particular una concepción alejada de la realidad respecto de las situaciones de violación. Esto se evidencia cuando las violencias sexuales son producto de una relación de pareja estable y/o en el marco de una convivencia, en un intento de restarle gravedad a las mismas e invisibilizando la problemática de la violencia de género.

En algunos equipos existen algunas resistencias para considerar la causal salud con una mirada amplia e integral, en lo que respecta concretamente para la salud mental y social. Si bien se han realizado interrupciones legales del embarazo por causal de salud psicosocial, algunos equipos que tienen esta perspectiva integral, al momento de otorgar el derecho a la interrupción legal del embarazo se encuentran con obstáculos de índole institucional, básicamente, con jefaturas de servicios cuyas miradas resultan restrictivas al momento de garantizar derechos.

Cabe destacar que en el Protocolo de intervención del Ministerio de Salud de la Nación se mencionan diferentes formas de efectivizar la práctica, entre ellas la técnica medicamentosa (con misoprostol), la técnica del AMEU y el legrado uterino evacuador.

En cuanto a la medicación, si bien es provista por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de Ciudad a partir del año 2015, vale resaltar que la misma es insuficiente y escasa. En el caso particular del Hospital Grierson, y al igual que en todos los hospitales de CABA, la compra es en forma autogestiva.

En lo que respecta a la AMEU, éste aún no se encuentra facilitado para las situaciones que así lo requieren.

Si bien cada vez hay más equipos sensibilizados y trabajando sobre el acceso a ILE, algunos siguen encuadrándolo en el marco del paradigma de Reducción de Riesgos y Daños.

DERECHOS (NO) REPRODUCTIVOS

En este apartado nuestra intención es intentar incorporar una mirada despojada de la visión hegemónica de concebir a la mujer en su exclusiva capacidad reproductora.

La decisión de abortar viene a romper con los valores dominantes, permitiendo para las mujeres que se ven en la posibilidad de tomar una decisión de sus cuerpos, espacios posibles de nuevas posiciones subjetivas, inscribiéndola en otros registros de la vida social (Rosenberg, 2013: 104).

Lo que se pone en juego es el derecho al aborto por causas no atribuibles a causales biológicas y que expone la subjetividad de la mujer frente a un embarazo no buscado ni oportuno.

La experiencia en los espacios de reflexión de nuestras prácticas profesionales respecto de la temática tratada da cuenta que aún resulta controversial al interior de algunos equipos de salud dar curso a las interrupciones cuyas causales están directamente relacionadas a determinantes sociales, culturales, simbólicos, etc. Respecto de este punto la explicación, creemos, debería buscarse en el supuesto de que algunos profesionales incurren aún en fragmentar a la mujer de su subjetividad. Siguiendo el pensamiento de Saez Arellano (2015:39) ya no sólo se trata de concebir un cuerpo biológicamente y socialmente disponible para procrear sino que ese cuerpo es parte de una totalidad que la convierte en mujer sujeta. La mujer sujeta de derechos a su vez, no sólo puede ser reducida a su capacidad reproductora, ya que esta acepción la obliga a anularse como sujeta y reducirse a un cuerpo despojado de subjetividad. Ese anularse le impide proyectar su vida en consonancia con sus deseos, anulando su capacidad autónoma de toma de decisiones.

“La autonomía implica la capacidad de instituir proyectos propios y la producción de acciones deliberadas para lograrlos, es decir subjetivarse como sujetos de ciudadanía” en términos de Fernández (2004: 9).

Ahora bien, reflexionar sobre este punto conlleva a formularnos algunos preguntas: ¿las mujeres que llegan a los servicios de los hospitales públicos y centros de salud donde realizamos nuestras prácticas con la problemática abordada en este trabajo están en igualdad en cuanto a su condición de sujetas de derechos de aquellas otras mujeres que disponen de los recursos materiales y sociales para interrumpir su embarazo? ¿Cómo las aloja la sociedad en general y el estado en particular a esas mujeres que rompen con el estereotipo dominante de mujer reproductora? ¿Qué accesibilidad les proporciona el estado garante de esos derechos? ¿Los equipos de salud facilitan la accesibilidad a los derechos de su salud integral?. En estos y otros interrogantes debemos centrarnos para profundizar los debates sobre la interpretación de la causal salud en particular y al acceso a la interrupción del embarazo en general.

CONSIDERACIONES PARA SEGUIR REFLEXIONANDO

Sin lugar a dudas, apelar a las construcciones colectivas respecto de la temática nos posiciona como protagonistas en la lucha por hacer efectivo y garantizar los derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres. Colaborar en el empoderamiento de las mismas permitirá arribar a ciertos consensos de trabajo al interior de los equipos tendientes a incorporar una visión integral de salud. Seguir sosteniendo una mirada restrictiva de la causal salud trae aparejado vulneración de sus derechos. La integralidad en el abordaje y su concepción desde la salud mental, lo social, simbólico, cultural y político contribuyen a reposicionarlas en su condición de sujetas de derechos.

Es indudable que este posicionamiento conlleva un proceso reflexivo teórico, conceptual y práctico necesario para poder romper con el paradigma dominante patriarcal aún presente en la sociedad, reproduciéndose al interior de los equipos de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Fernández, Ana M. (2004). Adolescencias y embarazos. En *Hacia la ciudadanía de las niñas*, 3 (9), 9- 11.

Marcone María L. y De Palo Viviana C. (2012, Septiembre 1). El abordaje de la problemática del aborto por parte de un equipo interdisciplinario de un Centro de Salud. En *Margen*. 66, 6-12.

Rosenberg, Martha (2013). ¿Quiénes son esas mujeres? II. En *El aborto como derechos de las mujeres. Otra historia es posible*. (pp. 103- 110). Buenos Aires: Herramienta.

Sáez Arellano, Paula (2015) Recuperado de: <http://www.eldesconcerto.cl/pais-desconcertado/2015/07/06/aborto-y-subjetividades-femeninas/>