

ABORTANDO PRÁCTICAS PUNITIVAS, CONSTRUYENDO ESTRATEGIAS EMANCIPATORIAS

RESUMEN

Este trabajo tiene por objetivo dar cuenta del acceso desigual al aborto seguro que se expresa en las diferentes prácticas interventivas según la clase social de las mujeres que deciden realizarlo, lo que tiene como consecuencia un gran porcentaje de muerte de las mujeres de los sectores más vulnerados de la sociedad.

Con este fin, se tomará la experiencia de intervención del Trabajo Social en una Consejería de Salud Sexual Integral en el Centro de Salud n°44 de Berisso durante el año 2016.

Mediante un enfoque cualitativo de investigación, se realizará una entrevista a profesionales de la Consejería donde se indagará en algunos ejes pertinentes al análisis: si existe promoción de este espacio en el territorio o si quienes desean realizarse la práctica acuden por cuenta propia, la situación socioeconómica y lugar de residencia quienes concurren, como se trabaja en relación a la práctica, como se expresan las tensiones entre lo interdisciplinario y lo legal, los límites al momento de intervenir, desde que perspectiva se posicionan, que piensan que aporta el trabajo social en clave de nuevas estrategias.

Considerando que este acceso desigual está condicionado por determinantes estructurales, nos parece importante reflexionar(nos) sobre este problema de salud colectiva, desde una perspectiva de totalidad que aporte a entendernos a las mujeres en nuestra integralidad.

En este sentido, creemos que es necesario desarrollar estrategias de intervención que tengan en cuenta el derecho a decidir sobre nuestros cuerpos.

Palabras clave:

Aborto seguro – Clase social - Género - Accesibilidad – Salud colectiva - Trabajo Social

Integrantes

Brizuela, Belén. Brisu_22@hotmail.com

Garay, Micaela Belén. mbgaray@hotmail.com

Mansilla, Carla. Carlaamansilla@gmail.com

Zacca, María Agustina. Agus.zacca@hotmail.com

Fecha: 01 de Noviembre de 2016

Presentación del tema

El presente trabajo tiene por objetivo dar cuenta del acceso desigual al aborto seguro que se expresa en diferentes prácticas interventivas según la clase social de las mujeres que deciden realizarlo.

Teniendo en cuenta ello, nos parece pertinente tomar la experiencia de intervención del Trabajo Social en una Consejería de Salud Sexual Integral en un Centro de Salud n°44 de Berisso durante el año 2016.

Esta funciona desde hace tres años en el marco de la Residencia del PRIM (Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias) de Berisso conformada por Trabajo Social, Medicina General y Psicología.

Las Consejerías de Salud Sexual Integral refieren a un dispositivo de salud que apunta a brindar un espacio de escucha, contención y asesoramiento a la mujer en situación de embarazo no planificado, orientado a la prevención de riesgos y daños por la práctica de abortos inseguros y al cuidado de la salud integral de la mujer.

Nos parece relevante abordar esta problemática por varias razones: porque somos mujeres de clase trabajadora; porque entendemos que las mujeres que acceden a un aborto seguro no son las de la clase trabajadora sino quienes tienen la posibilidad de pagar una práctica privada, generando que las que no pueden recurran a prácticas clandestinas donde la mayoría muere, son juzgadas y/ o encarceladas; y porque es una problemática sobre la cual el trabajo social puede aportar otra mirada y estrategias de intervención.

Realizaremos el análisis a partir de las siguientes categorías teóricas: aborto seguro, clase social, género, accesibilidad, salud colectiva y Trabajo Social y basándonos en una entrevista a integrantes de la Consejería haciendo hincapié en si existe promoción de este espacio en el territorio o si quienes desean realizarse la práctica acuden por cuenta propia, la situación socioeconómica y donde residen quienes concurren, como se trabaja en relación a la pre y post práctica, como se expresan las tensiones entre lo interdisciplinario y lo legal, los límites al momento de intervenir, desde que perspectiva se posicionan, que piensan que aporta el trabajo social en clave de nuevas estrategias.

Desarrollo

Nos parece importante señalar que la temática que atraviesa el trabajo la entendemos como un problema de salud colectiva, la cual reconoce que los procesos de salud- enfermedad están en relación con las formas de organización social. Esta perspectiva de salud colectiva hace referencia a la determinación social de la salud como procesos sociales complejos que se expresan en relaciones de explotación y exclusión múltiple (clase social, género, etnia), manifestándose en determinantes sociales de la salud de manera particular y concreta. (López Arellano, 2013).

El acceso desigual al aborto seguro es una problemática de salud colectiva ya que está relacionado a las condiciones materiales de existencia generadas por las relaciones de explotación y exclusión. Sin embargo, aunque el determinante económico/social sea de mayor relevancia, consideramos que existe otro determinante social que atraviesa al aborto que refiere a la construcción social y representaciones sociales sobre el mismo expresadas en el Código Penal Argentino en el Título I, Capítulo I, denominado "Delitos Contra La Vida". Este menciona que la interrupción voluntaria del embarazo o aborto inducido, es un delito, y establece como no punible el que se practicare a fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer (aborto terapéutico); o el que interrumpiere un embarazo fruto de una violación o de un atentado contra el pudor cometido sobre una mujer idiota o demente.¹ Creemos que esto es un determinante ya que refiere a principios y valores construidos históricamente, con la iglesia y sectores conservadores como principales constructores de los roles asignados a la mujer y al hombre. Esta construcción social incide directamente en la toma o no de la decisión de las mujeres sobre esta práctica.

En relación a ello, nos parece pertinente destacar que entendemos por acceso. Tomamos lo planteado por Comes (2006) quien denomina a la accesibilidad como "una relación entre los servicios y los sujetos, en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse (...) un vínculo que se construye entre sujetos y servicios". Es decir, el acceso no ocurre por la mera existencia de instituciones acordes a la problemática, sino que allí se interrelacionan factores de diversa índole. Un alcance amplio, en palabras de Ballesteros y Freidin (2009), debe tener en cuenta al menos tres factores: los factores demográficos, los de la estructura social y los de información; los que dan cuenta de medios disponibles para obtener atención de salud a nivel comunitario e individual; y las condiciones de salud percibidas por las personas. "Hay equidad en el acceso (...) cuando su utilización se explica por factores demográficos y de necesidades de salud (...), hay inequidad, cuando se explica por la estructura social, información, creencias

¹ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm#15>

y concepciones de salud o distintos recursos, cuando alguno de estos determina quien recibe el cuidado" (Ballesteros y Freidin, 2009:525).

Por su parte, la desigualdad la entendemos como una desigualdad por clase social. En la sociedad capitalista existen dos clases sociales, que desde su origen se encuentran en lucha, ya que sus intereses son antagónicos. Nacen como clases enfrentadas ya que una es explotada por la otra, la clase burguesa (quien cuenta con los medios de producción) explotadora de la clase trabajadora (quien tiene su fuerza de trabajo para vender a cambio de un salario). "*¿De dónde salieron las colosales sumas de recursos que permitieron a un puñado de monopolistas acumular miles de millones de dólares? Sencillamente, de la explotación del trabajo humano. Millones de hombres, obligados a trabajar por un salario de subsistencia, produjeron con su esfuerzo los gigantescos capitales de los monopolios. Los trabajadores acumularon las fortunas de las clases privilegiadas, cada vez más ricas, cada vez más poderosas*" decía el pueblo cubano a los pueblos de América y del mundo (Segunda Declaración de la Habana, 1962)

Es fundamental entender nuestra profesión en relación a la desigualdad por clase social, ya que el objetivo de nuestro trabajo refiere a dar cuenta de esa desigualdad para acceder a un aborto seguro expresada en diferentes prácticas interventivas. Nuestra profesión nace, se crea, es demandada, en el plano de la lucha de clases.

"Queda claro que los servicios sociales surgen como resultado de un período de intensas luchas y reclamos. Es decir, la clave está en entender que no es por el pedido de limosna ni por las acciones de caridad que surge el Trabajo Social, sino que se relaciona con los reclamos de las organizaciones de trabajadores, es decir, no fueron demandas individuales sino demandas colectivas" (Oliva, 2008:56)

En lo que refiere al aborto lo concebimos como la interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.

Para que se desarrolle un aborto seguro, esa interrupción del embarazo debe ser llevada a cabo por un profesional de la salud capacitado, con los medios necesarios y en un ámbito médico adecuado. Entendemos que, este tipo de prácticas debería ser parte de la garantía del Estado permitiendo un acceso igualitario a todas las mujeres que quieran realizarlas.

De esta manera es importante que exista una política nacional de aborto seguro, que considere el aborto como una problemática de salud colectiva y que su objetivo fundamental sea crear las condiciones que aseguren la buena salud para todas las mujeres.

En este sentido, nos parece destacar la mención que hacen las trabajadoras sociales que entrevistamos respecto a *que los responsables que deberían hacerse cargo para garantizar el acceso a un aborto seguro no garantizan la implementación de los protocolos que ellos mismos diseñan y promocionan. Esto se manifiesta en la inexistencia de una real promoción de las Consejerías, ya que por ejemplo, muchas mujeres llegan a estas derivadas de las Socorristas, o porque conocen a alguna mujer que ya pasó por allí, o derivada de profesionales que están en el tema.*

Al respecto nos parece importante retomar el Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo² que en sus primeros artículos menciona que *"toda mujer tiene derecho a decidir la interrupción voluntaria de su embarazo durante las primeras doce semanas del proceso gestacional"* (art 1). De este modo, *"toda mujer tiene derecho a acceder a la realización de la práctica del aborto en los servicios del sistema de salud, en las condiciones que determina la presente ley"* (art 2). Por esto, partimos de pensar que el aborto debería ser pensado como un derecho hacia las mujeres; para que esto suceda es necesario transformar las miradas que apuntan al control, penalización, criminalización, etc.

Por eso, es fundamental seguir aportando a la legalización del mismo, como menciona el Proyecto de Ley anteriormente mencionado: *"la legalización del aborto significa modificar leyes, pero sobre todo diseñar y ejecutar políticas públicas para que el aborto sea realizado en hospitales públicos y obras sociales de manera segura y gratuita para quienes no tienen otra cobertura de salud, como parte de las diversas prestaciones que deben asegurar el derecho a la salud integral de las mujeres"*. Retomando a Navarro(2008), entendemos que esta política debe incluir, en primer lugar, los determinantes políticos, económicos, sociales y culturales de la salud que son los más importantes en cualquier país para explicar su nivel de salud; en segundo lugar los estilos de vida para la promoción de la salud, y por último la socialización y el empoderamiento del sujeto y de la población que refieren a las intervenciones individuales y colectivas.

Entendemos que este tipo de políticas debe contar con servicios para un aborto sin riesgos accesibles y disponibles fácilmente teniendo como base estas cuestiones anteriormente mencionadas.

Sin embargo, en la realidad esto se ve obstaculizado, generando una desigualdad en el acceso a un aborto seguro que se expresa, por un lado, en que los sectores medios y altos accedan a abortos clandestinos realizados por médicos en consultorios o clínicas privadas, contándose con todos los medios necesarios para garantizar la seguridad de la mujer tales

²Proyecto de ley que ha tenido diversas propuestas, sin obtener un resultado favorable hasta la fecha.

como ecografía, quirófano, material descartable, anestesista, etc; y por otro lado, que las mujeres de sectores pobres recurran con frecuencia a prácticas riesgosas por parte de personas no idóneas o a la ingesta/aplicación de diferentes sustancias.

En relación a esto, coincidimos con la mirada de Zamberlin (2007), quien plantea:

"Esto (...)afecta especialmente a las mujeres pobres y provoca una discriminación por condición social, ya que las mujeres de mayores recursos pueden acceder a un aborto seguro en clínicas privadas o pueden asumir el costo de recurrir a la justicia. Por todo esto, la negativa del personal médico a practicar abortos no punibles vulnera los derechos más fundamentales de las mujeres, como el derecho a la vida, a la salud, a la integridad, a la autonomía personal y a no sufrir discriminación" (Zamberlin, 2007:4).

En esta dinámica contradictoria, en la que el aborto se enmarca, el Trabajo Social, en tanto profesión que se constituye al interior de la misma, consideramos que ocupa un lugar fundamental en la posibilidad de empoderamiento de la clase trabajadora; en este caso, de quienes deciden realizar esta práctica.

Partimos de entender al mismo desde una perspectiva histórico-crítica. Tomamos a lamamoto (1992) quien desarrolla como el Trabajador Social participa en la reproducción de las relaciones de clase y en la contradictoria relación entre ellas, es decir, está polarizada por los intereses de la clase trabajadora y la capitalista, reproduce en la misma actividad intereses contrapuestos respondiendo tanto a demandas del capital como del trabajo.

En relación a la intervención del Trabajo Social en la Consejería de Salud Sexual Integral en el Centro de salud n° 44, nos parece importante retomar algunas reflexiones de las trabajadoras sociales del equipo a quienes les realizamos una entrevista. *En primer lugar, su intervencióense enmarca dentro del protocolo de ILE (Interrupción Legal del Embarazo) y en los Programas de Salud Sexual y Procreación Responsable Nacional y Provincial con sus respectivos decretos reglamentarios, el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, el documento de trabajo de las Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva, el artículo 86 del Código Penal como así también otras guías, protocolos oficiales y normativas internacionales y nacionales.*

Por otra parte, en relación a la práctica cotidiana en dicha Consejería *se establecen al menos tres entrevistas con las mujeres para acompañar todo el proceso en el que deciden interrumpir su embarazo, y también se dialoga sobre métodos anticonceptivos, como así también sobre violencias, accesibilidad al sistema de salud, derechos que tenemos como mujeres, etc.*

Destacamos la perspectiva ético política que direcciona la intervención profesional que parte de entender a todas las situaciones con las que se trabaja como ILE, es decir, *que nadie debería legislar sobre nuestras vidas, cuerpos y elecciones, ni el Estado, ni la iglesia, sólo nosotras deberíamos decidirlo y las instituciones respetar y viabilizar que esto sea realizado en tiempo y forma.* En dicha intervención podemos mencionar algunos límites u obstáculos que la condicionan. *Existe una mirada biologizante, exclusivamente médica, que muchas veces lleva a cuestionamientos de los criterios de quienes intervienen, lo cual impera sobre todo el sistema de salud, teñido de valores morales y religiosos en donde las decisiones de las mujeres quedan en un segundo plano y quienes detentan el poder sobre sus cuerpos son otros; otros que convierten al proceso de gestar, parir y maternar en obligatorio al no respetar el derecho a la interrupción de un embarazo que no se desea.*

En este sentido, nos parece importante hacer referencia a la categoría género, entendiendo que el acceso desigual a un aborto seguro en una sociedad de clases antagónicas, está estrechamente relacionado a la desigualdad entre géneros que dicha sociedad genera por su propia dinámica. De acuerdo a Lagarde(1996), el género es una construcción simbólica y contiene el conjunto de atributos asignados a las personas a partir del sexo; refiere a características biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, jurídicas, políticas y culturales.

En términos de Borrell y Artazcoz (2008) es un constructo social basado en cuestiones culturales, actitudes y relaciones entre hombres y mujeres, siendo dinámica, produciéndose y reproduciéndose en dichas relaciones a lo largo de la historia.

Estas relaciones a las cuales nos referimos se desarrollan en el marco de una sociedad capitalista y patriarcal, en la cual se construyen representaciones sobre el género femenino y masculino. Respecto al género femenino, se entiende a la mujer en el rol de madre, quien debe encargarse de cuidar a la familia y garantizar así su reproducción para el orden social. La construcción de este rol creemos que está relacionado a lo anteriormente mencionado sobre los valores y principios que se generan en las relaciones sociales desiguales de esta sociedad.

De esta manera, nos parece necesario mencionar que adherimos a una perspectiva de género, que, en términos de Lagarde(1996), permite analizar a las mujeres y a los hombres no como seres dados, eternos e inmutables, sino como sujetos históricos, construidos socialmente, productos de la conformación de la sociedad en la que se constituyen. Esta da cuenta de las relaciones de producción y de reproducción social como espacios de construcción de género permitiendo analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias.

Estas cuestiones no son ajenas al ámbito de la salud, donde también se expresan estas distinciones. "(..) la sistemática subordinación de las mujeres (patriarcado) requiere, entre otras cosas, la demostración de la fortaleza física y la exposición a riesgos para la salud por parte de los hombres. Ellos deben mostrarse fuertes y saludables y no evidenciar debilidades, lo cual está implícito en la construcción del género masculino (masculinidad)" (Borrell y Artazcoz, 2008: p.245-246).

Reflexiones finales

A partir del análisis realizado a lo largo del trabajo, apostamos a que el acceso al aborto seguro sea un derecho para todas sin distinción de clases y que no se reduzca a una cuestión de privilegio.

Como futuras trabajadoras sociales, consideramos que el Trabajo Social puede, desde la Consejería como en Hospitales u otros entes estatales, construir estrategias que tengan en cuenta el derecho a decidir de las mujeres sobre su cuerpo orientando su mirada al acompañamiento de la toma de decisión teniendo en cuenta los diferentes contextos que atraviesan. Esto aportaría a la construcción de autonomía de las mismas y superar la mirada de control social que históricamente se ha ejercido sobre las mujeres desde el campo de la salud, siendo ubicadas como objeto de intervención desde la lógica de normalización y moralización.

De este modo, desde la profesión se puede aportar a la conquista de derechos civiles, políticos, sociales y económicos, teniendo en cuenta que existe un límite al estar inmersos en el orden capitalista de producción. En este sentido, nos posicionamos desde una perspectiva histórica crítica teniendo como desafío relacionarnos con otras disciplinas, instituciones y organizaciones, en pos de la transformación del orden social existente, es decir la superación de la sociedad patriarcal y capitalista.

Nos parece importante al respecto fortalecer la dimensión política apostando a la organización de las mujeres, acompañar las luchas en distintos ámbitos, para exigir el acceso al aborto seguro, legal y gratuito.

Para finalizar, reflexionamos a partir de los siguientes interrogantes:

- ¿por qué basamos nuestras intervenciones para que las mujeres accedan a un aborto seguro legal y gratuito mediante un código punitivo y no desde marcos normativos que entiendan a este como un derecho?
- ¿qué otras estrategias podemos implementar en un marco de avances y retrocesos en torno al aborto seguro, legal y gratuito?

Bibliografía

Ballesteros, M. y Freidin, B. (2015) "Sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la encuesta Nacional de la salud de factores de riesgo 2009". En: Salud Colectiva 11(4) : 523-535.

Borrell, C. y Artazcoz, L. (2008) "Desigualdades de género en salud: retos para el futuro", En: Revista Española de Salud Pública. 82(3) :245-249

Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Seguro, Legal y Gratuito. (Marzo 26, 2010). Proyecto de Ley de legalización/despenalización del aborto en Argentina. Octubre 30, 2016, de Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Seguro, Legal y Gratuito Sitio web: <http://www.abortolegal.com.ar/?p=600>

Comes, Y. y col. (2006) "El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios". En: Anuario de Investigaciones Volumen XIV: 201-209 Facultad de Psicología. UBA Buenos Aires

Iamamoto, M.(2008) Servicio social en tempo de capital fetiche. Capital financiero, trabalho e questao social. San pablo, editorial Cortez. Capitulo II: capital fetiche, questao social e Servicio social. Punto 3(3.1, 3.2)

Lagarde, M. (1996) "El género", fragmento literal: 'La perspectiva de género', en Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia, Ed. horas y HORAS, España, pp. 13-38.

López Arellano, Oliva (2013) Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles. En: Divulgacaoemsaude para debate. N° 49:150-156 Rio de Janeiro. Brasil

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de La Nación. (1984). Código Penal de La Nación Argentina. Octubre 30, 2016, de Infoleg Sitio web: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>

Navarro, V. (2008) ¿Qué es una política nacional de salud? En <http://www.vnavarro.org/wp-content/uploads/2008/07/que-es-una-politica-nacional-de-salud-rev.pdf>

Oliva, A. (2008) "INTERVENCIÓN Y ESPACIO OCUPACIONAL EN LOS ORÍGENES DEL TRABAJO SOCIAL" en *Revista de Trabajo Social – FCH – UNCPBA* Año I – N° I – Diciembre de 2008. Revista de Trabajo Social PLAZA PÚBLICA

Segunda declaración de La Habana, 4 de febrero de 1962. Del pueblo de Cuba a los pueblos de América Latina y del mundo.

Zamberlin, N.. (2007). El aborto en la Argentina. Octubre 30, 2016, de
Despenalizacion.org.ar Sitio web:
http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/hojas_informativas/03_zamberlin.pdf

