

Estado y autonomía: dilemas y tensiones entre profesionales de la salud en el acompañamiento de abortos

Mesa 39: Acceso al aborto seguro: prácticas de acompañamiento, autogestión y autonomía

Ezenga, Milena (UNC) mile.ezenga@gmail.com

Moyano, Julieta (UNC)

julietamoyano8@gmail.com

Resumen

- **Problema:** ¿Qué dilemas y tensiones se producen entre la garantización del derecho al aborto y la autonomía de las personas en los acompañamientos de profesionales de la salud del Espacio de Salud Guillermo Lucena Gallo (ESGLG)?

- **Objetivo:** Problematizar los dilemas y tensiones que se producen entre los profesionales de la salud del ESGLG en los acompañamientos de abortos.

- **Enfoque, Método y Fuentes de Información:** Durante una experiencia de prácticas pre-profesionales de psicología en el ESGLG, surge como demanda la apertura de espacios de problematización de los dilemas y tensiones que se producen entre los profesionales durante los acompañamientos de abortos. El marco común entre las/os integrantes del equipo es la perspectiva de derechos humanos. Entendimos, entonces, que se perciben a sí mismas/os como responsables de garantizarlos. El desafío consistió en habilitar espacios que sostuvieran la circulación de la palabra en lo que respecta al acompañamiento de personas abortantes. Ello no sería posible sin el reconocimiento y recuperación de las trayectorias del ESGLG en general y de cada una/o de sus integrantes en singular. A partir de la información construida a través de la realización de entrevistas, observaciones en consulta, reuniones y talleres, se identificó una relación problemática entre Estado y autonomía de las personas, la cual es interpretada por las/os profesionales de diferentes maneras. Esto se traduce en diversos modos de acompañar.

Palabras claves: aborto - acompañamientos - sistema de salud

1. Introducción

Las reflexiones presentadas en el siguiente trabajo surgen de una experiencia de sistematización de prácticas realizada en la ciudad de Córdoba durante el año 2019. La intervención estuvo dirigida a profesionales de la salud del Espacio de Salud Guillermo Lucena Gallo (ESGLG), —dependiente del Servicio de Medicina Familiar del Hospital Nacional de Clínicas— que garantizaban y acompañaban Interrupciones Legales de Embarazo (ILEs). En este sentido, el trabajo realizado en aquel momento tuvo como propósito generar espacios para identificar y problematizar los procesos legales, institucionales y subjetivos que influían en estos acompañamientos. Para ello, se realizaron entrevistas, análisis de documentos y dos encuentros estructurados a manera de taller.

El contexto legal y sanitario en que se produjo la intervención aquí recuperada es diferente al que nos plantea la actualidad. Sin embargo, entendemos que los dilemas y tensiones expresados por quienes participaron en la intervención nos permite reflexionar sobre las tensiones todavía presentes en el acompañamiento de abortos, aún contando con una ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

Por lo anterior, nos planteamos como objetivo para el presente trabajo recuperar y problematizar los dilemas y tensiones que se producen entre los profesionales de la salud del ESGLG en los acompañamientos de abortos.

2. Desarrollo

La demanda por la legalización del aborto implica recurrir al sentido de la *autonomía corporal*. Aún en su carácter paradójico, esta es parte de las aspiraciones de cualquier movimiento que lucha por maximizar la protección y las libertades de las minorías sexuales y de género. El cuerpo, entendido como aquello que es dado al mundo de las/os otras/os y que posteriormente se reclama como propio, es ese lugar en que «el hacer» y «el ser hecho» se tornan equívocos. Tiene invariablemente una dimensión pública. Y es por eso que implica tanto vulnerabilidad como agencia (Butler, 2006).

Acompañar la experiencia del aborto es también un acto corporal. Por consistir en un encuentro con la alteridad, implica el desafío de reconsiderar las presuposiciones del mundo, su contingencia y maleabilidad (Butler, 2006). Estudiar los modos en que profesionales de la salud asumen esta tarea, entraña el riesgo de reproducir la centralidad de la figura médica en las trayectorias reproductivas femeninas y la medicalización de los eventos que la conforman. A pesar de ello, el personal de la salud también puede constituirse como un aliado importante para la búsqueda y la lucha por la garantía de los derechos sexuales y reproductivos (Drovetta, 2015).

Por un lado, es sabido que la medicina se constituye como un saber/poder que se aplica a la vez sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos, con efectos disciplinarios y regularizadores (Foucault, 2001[1976]). Sin embargo, si bien es cierta la generalización de la vigilancia a través de sus procedimientos técnicos y minúsculos, al mismo tiempo pueden advertirse formas populares y cotidianas que juegan con los mecanismos de la disciplina para cambiarlos. Resulta interesante, entonces, exhumar aquellos procedimientos creativos y artesanales que los sujetos encuentran entre las mismas redes de vigilancia. Estas "maneras de hacer" son las que forman la contrapartida de los procedimientos que organizan el orden sociopolítico (De Certeau, 2000).

Al respecto, Drovetta (2015) describe las diversas posiciones que asumen profesionales de la salud en lo relativo a la cuestión del aborto y las organiza en tres grupos. Uno de ellos estaría conformado por aquellas/os profesionales contrarias/os al aborto, quienes niegan el acceso a la información, aunque aún no hayan expresado adherir a la objeción de conciencia. En su mayoría desconocen el Protocolo, y refieren haber manifestado erróneamente el riesgo de la medicación, fomentando la búsqueda de otras opciones que eviten la realización del aborto.

Un segundo grupo estaría dado por médicas/os desinformadas/os, pero comprensivas/os. Si bien tienen conocimiento sobre la utilidad del misoprostol, la información que ofrecen no coincide con la referida por el marco legal. Manifiestan no prescribir el medicamento por el riesgo a ser estigmatizadas/os y por presentar dudas en cuanto a su efectividad (Drovetta, 2015).

Por último, un tercer grupo concentra a la menor parte de las/os profesionales, quienes

son reconocidas/os como “amigables”. Muestran coincidencias con lo propuesto por el Protocolo y afirman la seguridad del proceso durante el primer trimestre. Si bien están informadas/os y prescriben la medicación, hay quienes ocultan la práctica por miedo a ser objeto de persecución o juzgadas/os por sus pares. Realizan consejerías pre y post aborto, reconocen tener contacto con organizaciones feministas y redes de trabajo con la intención de otorgar un mayor abanico de opciones (Drovetta, 2015).

Del lado de las personas que acuden al sistema de salud por un embarazo no deseado, se expresa frecuentemente una resistencia a hablar con las/os profesionales sobre la intención de realizar un aborto. Entra en juego allí un factor de desigualdad notable que responde a la relación inequitativa entre prestadores de salud y usuarias/os. El temor a ser sancionada/os les impide pedir información para abortar, ya que expresan el sentimiento de haber “fallado” a la expectativa médica. El embarazo no deseado, por lo tanto, es percibido como una doble falla: la de no haber utilizado de manera “efectiva” un método anticonceptivo del cual se las responsabilizó, y posteriormente, la de recurrir a la interrupción del embarazo (Drovetta, 2015).

De esta manera, la decisión de abortar responde tanto a una decisión personal, como a una responsabilidad profesional (Drovetta, 2015). Las prácticas del aborto son parte de prácticas con otras/os. Se ubica en la tensión entre la esfera de lo público y lo privado. Privado, porque es una decisión de la persona gestante, que ocurre en el ámbito íntimo y personal. Público, porque al solicitarse que sea tratado como política pública, se avanza en el reconocimiento de la legitimidad y legalidad de la práctica. De esta manera, el hablar y realizar la práctica en espacios públicos y con otras/os es un modo de quitarle el lugar de oculto e invisibilizado para ubicarse como una práctica de salud y colectiva. (Dominguez, 2018).

El ESGLG particularmente, se basa en un enfoque de derechos en que el Estado es asumido como responsable de garantizarlos. Sin embargo, esto es interpretado por las/os integrantes de diferentes maneras, lo que se expresa en una relación problemática entre Estado y autonomía de las personas.

Durante las intervenciones, quienes participaron sostuvieron que el lugar de la/del médica/o como responsable en la garantía del derecho a la ILE, por más de que se orienta a partir de un marco legal, es asumido desde la subjetividad. El equipo reconoció la relación de poder que implica el criterio del médico en la interpretación del marco legal.

Por lo tanto, éste puede resultar tanto facilitador como obstaculizador en la garantía del derecho. “Se puede transformar en una herramienta o en un arma”, sostuvo una de las referentes del ESGLG. Respecto de esto último, se identificó como ejemplo la violencia ecográfica (expresión utilizada por la jefa de residentes). Ésta fue entendida como aquella que se ejerce cuando al momento de realizar una ecografía la/el profesional de la salud expone a la persona gestante a la imagen o los sonidos sin su consentimiento.

La referencia a situaciones de maltrato y violencia hacia las personas abortantes en el sistema de salud implicó referirse al Estado como aquel que “no es el único responsable, aunque sí tiene la responsabilidad absoluta de garantizarlo. Y como profesional, corre la misma responsabilidad independientemente de la institución. Por eso todos los profesionales deben saber dónde referenciar”, expresó al respecto una trabajadora social del ESGLG. En este sentido, si se considera al aborto desde una perspectiva de derechos humanos, el Estado es responsable de garantizarlo, más allá del lugar en que se realice la práctica.

En este punto cabe recuperar la noción de biopolítica de Foucault (2001[1976]) y cómo el Estado “hace vivir y deja morir”, administrando y regulando los procesos referidos a la vida y la reproducción de las personas. Del mismo modo, abortar se constituye como una resistencia al biopoder que hace del cuerpo femenino aquello que está al servicio de la reproducción (Tajer, 2012). En este sentido, el Estado puede asumirse desde un lugar paternalista y reproducir ese biopoder, o bien, favorecer la autonomía corporal de las/os sujetas/os. En consonancia con esto, una referente del ESGLG sostuvo que “el objetivo siempre es la mayor autonomía”.

La autonomía corporal es un concepto problemático y paradójico, tal como lo sostiene Judith Butler (2006). El cuerpo es un lugar donde el “hacer” y el “ser hecho” se tornan equívocos. Los mismos cuerpos por los que se lucha nunca son del todo propios: tienen una dimensión pública. “Mi cuerpo es y no es mío” es dado al mundo de las/os otras/os y posteriormente es algo que se reclama como propio. La autonomía en este sentido, no debe basarse en la negación de las condiciones sociales y políticas de existencia. El reclamo por la autonomía corporal implica que sea pensada en una vida que invariablemente se da en comunidad y bajo la impronta de la otredad.

El carácter problemático de la autonomía corporal también se expresó en el ESGLG durante las intervenciones, y especialmente en las discusiones en torno del concepto de

“autocuidado”. El cuidado ¿es un acto individual, aislado o requiere de otras/os?. Afirmar las decisiones que implican el ejercicio de la sexualidad desde el derecho a la privacidad remite a una idea en que lo “privado” implica la “privación” de otras/os impedidos de afectarnos. Es decir, “convertidos en los demás” (Klein, 2018). Ser un cuerpo es, entonces, estar entregado a otras/os, aunque también el cuerpo sea aquello sobre lo cual se reclaman derechos y autonomía (Butler, 2006).

Otra categoría problematizada durante la intervención fue la noción de “amigable”. Una estudiante de medicina sostuvo que en el ESGLG se destaca la “naturalidad con que se acompaña”. En este sentido, se consideró que lo “verdaderamente amigable” implica no sólo garantizar una ILE, sino una perspectiva de trabajo que supere el paternalismo. Aún reconociendo que entre la/el profesional y la persona abortante hay una relación de asimetría, lo amigable requiere del sostenimiento de la integralidad en salud y la autonomía de quien solicita una ILE.

La categoría de “amigable” es una manera de referirse a quienes se comprometen en el acompañamiento de personas abortantes. Zurbriggen y Grosso (2016) sostienen que se trata de una categoría controvertida, teniendo en cuenta que toda atención médica debería basarse en el respeto irrestricto por los derechos de las personas. Sin embargo, la formación académica en el campo de la salud está atravesada por un paradigma hegemónico y jerarquizado. De esta manera, “amigable” es una adjetivación que debe ubicarse en un contexto y época particular. No es universalizable, sólo situada adquiere su sentido. Por lo tanto, tal como lo sostienen las autoras, lo “amigable” incluye no sólo garantizar el derecho, sino habilitar otros modos de hacer en la atención médica, teniendo en cuenta que sobre las prácticas del aborto pesa una carga de criminalidad, prejuicios y mandatos (Zurbriggen y Grosso, 2016).

Esto último también da cuenta de las razones o circunstancias en la decisión de abortar que “lleva en muchos casos a interrumpir con miedo y culpa”, tal como sostuvo un referente. En este sentido, identificó que en las situaciones planteadas, la falta de acompañamiento y “las dinámicas de las parejas” abrieron el debate sobre “la moralidad y la culpa” vinculadas, por ejemplo, a la “infidelidad”. Al respecto, se agregó que la situación de pareja hace a la decisión de la persona abortante. Recuperó algunas experiencias de acompañamiento en que se le expresó, por ejemplo, “me gustaría ser madre, pero no sola”. Hay situaciones en que la presión de la familia o la pareja en la

decisión es más clara. Por lo tanto, acompañar implica registrar esas “ambivalencias” y una escucha atenta en que el deseo sea lo que oriente la decisión de la persona. “Ese es nuestro rol, fomentar la autonomía”, agregó una referente.

El acompañamiento así se plantea como un desafío. La “amigabilidad” en el acompañamiento se traduce en un amplio abanico de manifestaciones (Zurbriggen y Grosso, 2016), requiere de una escucha atenta y desprejuiciada que propicie, cada vez, la expresión de las decisiones de las personas abortantes. Si acompañar es también entendido como un acto corporal, no sólo está comprometida la escucha, sino la conmoción mutua de los cuerpos (Zurbriggen et al, 2018). Implica emotividad: “la integralidad como perspectiva de trabajo, además, favorece en el equipo la circulación de saberes, reconociendo la afectividad como parte de la misma.”

La construcción de un marco referencial común en el equipo de salud como garante de derechos, por lo tanto, implica el sostenimiento de estas tensiones y desafíos. Con el propósito de transmitir los acuerdos básicos que fundamentan el posicionamiento del ESGLG en relación con el aborto, la escritura de un texto colectivo permitió dar cuenta que éstos no se dan sin el reconocimiento de los dilemas que atraviesan la práctica. En su irresolubilidad es que se fundamenta el ejercicio constante de la reflexión sobre las propias prácticas y la responsabilidad de garantizar derechos.

3. Conclusiones/reflexiones finales

La experiencia de acompañar abortos implica responder a la singularidad inherente al encuentro con la alteridad. El desafío consiste en sostener una praxis orientada a la problematización de las relaciones de poder que se juegan en ella. La cuestión ética, por lo tanto, no se ubica antes del encuentro y de la intervención, sino que se constituye como su referente esencial (Galende, 2006).

Acompañar, por lo tanto, no es una experiencia sin contradicciones. Al ESGLG acuden para acceder a una ILE mujeres jóvenes, adultas, con hijas/os o sin ellas/os, acompañadas de sus parejas, con amigas, solas. Las circunstancias en y por las cuales lo hacen, también son diversas. Algunas expresan ambivalencia, otras acuden con una decisión ya tomada luego de haber valorado diferentes posibilidades, hay quienes cambian de decisión durante el acompañamiento. Es imposible anticipar o prever la manera en que ha de transitarse un aborto. Que acompañar sea entendido como un acto corporal implica lo contingente del

encuentro. Y ello requiere de soportar la incertidumbre a que éste nos libra. Se trata de hacer posible la expresión de lo singular de cada experiencia. Disponerse a ello no resulta tarea sencilla, pero entraña la novedad del encuentro con otras/os.

4. Bibliografía

Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.

De Certeau, M. (2000). *La invención de lo cotidiano. Artes de Hacer*. México D.F., México: Instituto Tecnológico y de estudios Superiores de Occidente.

Dominguez, A. (2018). ¿La práctica del aborto con misoprostol se instala como una política pública en los servicios de atención primaria de salud de Córdoba? 5° Congreso Género y Sociedad "Desarticular entramados de exclusión y violencias, Tramar emancipaciones.colectivas". Conferencia llevada a cabo en el área Feminismos, Género y Sexualidades centro de investigaciones María Saleme de Burnichon, UNC, Córdoba.

Drovetta, R. (2015). Uso de Misoprostol para el Aborto Medicamentoso. Una opción para los prestadores de salud de la Ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 20(44), 177-195.

Foucault, M. (2001[1976]). *Defender la sociedad. Curso en el Collage de France (1975-1976)*.

Buenos Aires, Argentina: FCE. Recuperado de <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/>

Galende, E. (2006). Para una ética en salud mental. En E. Galende y A. J. Kraut (Ed.), *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos* (pp. 99-102). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Klein, L. (2018). *Entre el crimen y el derecho. El problema del aborto*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Booket.

Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En D. Tajer, *Género y Salud. Las políticas en Acción* (pp. 27-39) Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Zurbriggen, R. y Grosso, B. (2016). *Coaliciones y alianzas entre activistas feministas y el sistema de salud: Relato de una experiencia situada en pos del derecho a abortar*.

Recuperado de <http://www.redaas.org.ar/>.

Zurbriggen, R., Vacarezza, N., Alonso, G., Grosso, B. y Trpin, M. (2018). El aborto con medicamentos en el segundo Trimestre de Embarazo. Una investigación Socorrista Feminista. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ediciones La Parte Maldita.