

“Nos preguntamos por qué nos llamamos Maternidad”:
estrategias de atención del aborto no punible en el
contexto de la Marea Verde en Buenos Aires

En Argentina hemos atravesado treinta años de avances en términos de derechos sexuales y (no) reproductivos, y aún el aborto es ilegal, siendo una de las principales deudas de la democracia. La deuda tiene tal magnitud, que en cada presentación del proyecto de Ley de la Interrupción Voluntaria del Embarazo¹ de los últimos tres años, las calles de Buenos Aires que rodean al Congreso de la Nación se tiñen de color verde, y transforman a las masas en – lo que nos gusta llamar como- una Marea Verde.

Si bien Argentina cuenta con una amplia trayectoria histórica feminista de lucha por el aborto legal, que podríamos puntualizar su comienzo en los años 70' con ciertas reivindicaciones de la Unión Feminista Argentina (UFA), los debates públicos por el derecho al aborto no recorrieron la misma trayectoria hasta la discusión parlamentaria del proyecto de Ley en el Congreso de la Nación en el 2018, que simbolizó el epicentro de la expansión de los debates. El proyecto de Ley estuvo acompañado por el debate televisado de académico/as y artistas con posturas a favor y en contra del aborto. Entre los discursos relacionados a la defensa del aborto, hubo narrativas de experiencias personales en las que la elección de no continuar un embarazo por razones, por ejemplo laborales, fueron significadas como el derecho a la salud integral. Narrativas

¹ Desde el 2006 la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito presentó ocho veces consecutivas el Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). En 2018, luego de obtener media sanción en la Cámara de Diputados, fue rechazado el 8 de agosto por el Senado de la Nación. En el presente año, el cual es electoral en Argentina, se volvió a presentar el 28 de mayo.

como ésta, y su efectiva atención en el sistema de salud, se enmarca actualmente en la llamada “casual salud” del “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” (2015-MINSAL), que contempla el riesgo a la salud en términos integrales, es decir, en términos físico, emocional- mental y social. En un escenario nacional en el que el aborto está penalizado, a partir de 2012 con el fallo F.A.L. se clarificaron y ampliaron las causales a partir de las cuales el aborto es legal y debe ser atendido en servicios de salud públicos². Aunque son dos las causales, me enfocaré en la que hace referencia a la salud, es decir, el aborto es legal si el embarazo pone en riesgo la salud física, mental-emocional y/o social de la persona con posibilidad de gestar. La incorporación de la “causal salud” en el Protocolo que guía la atención, que habilita la práctica de la Interrupción Legal del Embarazo, tuvo un impacto fundamental en el sistema de salud y en la/os trabajadora/es en tanto amplió las posibilidades del significante “salud”, antes del Protocolo entendido sólo en términos “de riesgo de vida biológica”, y habilitó nuevos motivos por los cuales una persona puede solicitar un aborto.

Ahora bien, habiendo repasado el derrotero de los sucesos que masificaron y ampliaron el lenguaje del aborto legal, es menester señalar que existe un impacto en la demanda de la Interrupción Legal del Embarazo en las instituciones públicas de salud de Buenos Aires, en las que, por ejemplo, en la institución analizada para esta presentación, se practicaron 550 ILE en todo el año 2015, y 1500 ILE en sólo la primera mitad del año del 2019. Haciendo eco

² El fallo F.A.L. aclara la interpretación del artículo 86 del Código Penal acerca de la no punibilidad de los abortos, a través de dos causales: en todo tipo de violación y si está en riesgo la vida o la salud de la persona gestante. A partir de este hecho del 2012, el Ministerio de Salud de la Nación (hoy en día, rebajada a Secretaría de Salud) estableció un Protocolo de atención de ILE según estas causales en los centros de salud.

del aumento de demanda, nos preguntamos qué nuevos obstáculos aparecen en este escenario, y qué estrategias políticas se entretujan para ampliar el margen de atención de la ILE.

La pregunta por las estrategias políticas de los trabajadores de una “Maternidad” del Gran Buenos Aires fue desplegándose entre los mojonos que fui encarnando al atravesar el trabajo de campo y la militancia feminista, es decir, al compartir el escenario de su trabajo, atravesado por las presiones de un sistema de salud público desabastecido, pero resaltando la situacionalidad de su producción de conocimiento. Así, durante estos años de revoltijo de Marea Verde, hubo una experiencia de campo³, específicamente un fragmento de una charla informal con una obstétrica que generó nuevas preguntas en mi investigación sobre el impacto de los debates en relación al aborto:

“Hoy en día nos preguntamos por qué nos llamamos ‘Maternidad’, cuando en realidad hacemos tareas que se vinculan específicamente con la salud sexual y reproductiva... capaz en algún momento podamos modificar nuestro nombre para que quede acorde a las tareas que hacemos y dejar de hacer énfasis en la maternidad que no es lo único que trabajamos. Además, así parecería que proponemos la maternidad como destino, y no es así” (Gran Buenos Aires, 2017)

Como, en tantas oportunidades, el trabajo de campo nos habilita nuevas escuchas. La trabajadora, en su reflexión, problematizaba el nombre de la institución “Maternidad”⁴ y, en relación con esto, un aspecto fundamental de las

³ En mi investigación doctoral desarrollo un enfoque cualitativo basado en el trabajo de campo intensivo, como modo de producción de conocimiento que privilegia la experiencia, la situacionalidad y el conocimiento encarnado, proveyendo una vía de acceso a las narrativas y prácticas de los sujetos de estudio, haciendo de la reflexividad el camino hacia la conceptualización social.

⁴ La creación de Hospitales y Maternidades a comienzos del siglo XX en América Latina, fue crucial para la creación de los nuevos Estados- Nación en su incipiente relación con la Medicina académica. Las mujeres vistas como “víctimas de descontrol hormonal” debían hospitalizarse y así sus maternidades comenzar a ser controladas. Este proceso incluyó la apertura de las primeras Salas de Maternidad en los Hospitales de Argentina (como en el Hospital Fernández en 1912).

políticas públicas en Argentina, la cuestión de que los programas de salud sexual y procreación responsable enfatizan sólo el aspecto reproductivo de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, ubicando a las mujeres cis-heterosexuales en edad reproductiva como las únicas destinatarias de esas políticas, invisibilizando a otras identidades sexo- genéricas y a otros aspectos de la salud, como la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Y no sólo eso, su reflexión me permitió “escuchar” las tensiones que comenzaron a aparecer en este contexto institucional, a colación de los debates públicos por la legalidad del aborto, y analizar las estrategias políticas puestas en juego para hacer efectiva la atención de los abortos no punibles.

De obstáculos de atención: La postura intermedia sobre la ILE

Uno de los principales obstáculos que atraviesan las instituciones de salud en Argentina en relación con la Interrupción Legal del Embarazo es la objeción de conciencia, que, aunque en términos normativos puede ser sólo asumida en términos individuales⁵, sucede que se practica en “bloqueo” de un servicio, imposibilitando y/o dilatando la trayectoria de persona que ha solicitado una ILE, y/o directamente se asume como una postura institucional. No obstante, en un marco de Marea Verde, la objeción de conciencia en cierta/os trabajadora/es, toma ciertos matices que se encarnan como una postura “intermedia” en relación al aborto, definida como “no estar ni en contra ni a favor del aborto”. La representación simbólica de la postura “intermedia” sería como un punto en el

⁵ Si esto sucediera, la objeción de conciencia debe notificarse a las autoridades del establecimiento, para que la atención sea garantizada por otra/as profesionales en el momento de consulta sin dilaciones, retardos o impedimentos para el acceso a esta práctica médica.

centro de una figura lineal que ubica en un extremo a la postura de objeción de conciencia, y en el otro extremo a la postura a favor del aborto, un punto que puede “moverse” de acuerdo al contexto. Sin embargo, ¿qué significa específicamente esta postura “intermedia” en la práctica de atención de la ILE? Una enfermera de la institución analizada, definía su postura “intermedia” en relación al aborto de la siguiente forma:

“(...) prefiero no saber los motivos de quien viene a buscar un aborto... porque no, no quiero emitir juicios en donde no sé cuál es su vida. Es que no es lo mismo tratar una paciente que viene por malformaciones del feto, que una chica que quiere seguir bailando los fines de semana y que no quiere tenerlo. No es lo mismo para una mujer que es madre como yo. Ehm, pero bueno, cada uno sabe lo que hace.”(Gran Buenos Aires, 2018)

La postura “intermedia” sobre ILE de la/os trabajadores de salud implica decidir cuándo hacer efectiva la atención de una usuaria de acuerdo a los motivos por los cuales se solicita el servicio, que si bien no deberían aparecer en la historia clínica, pueden filtrarse en una charla informal entre trabajadora/es y/o en las conversaciones que se entablan entre quien solicita la ILE y la/el trabajador de salud. Encontramos que existe una discriminación entre situaciones sociales más factibles moralmente para llevar a cabo una ILE, específicamente una justificación de salud física- biológica como la malformación del feto, y otras menos factibles moralmente para hacerlo, como justificaciones de salud emocional-mental y social como cuando la persona gestante decide priorizar su desarrollo laboral. Esta división moral entre justificaciones posibles para que un sujeto realice una ILE, refleja una visión cartesiana del sujeto, dividido entre mente y cuerpo, entre aspectos biológicos y aspectos psico-

sociales, que además de asentar una falsa dicotomía, expresan una jerarquía de valores. En la atención de la ILE, las justificaciones de la usuaria relacionadas al peso de su salud en términos biológicos (entendidos como si fueran sedimentos materiales inmutables a la práctica social), tiene mayor aceptación moral entre cierta/os trabajadora/es para llevar a cabo la práctica de atención; es decir, este aspecto de la salud está jerárquicamente más valorado y aceptado como fundamento para practicar y atender una ILE que otras justificaciones de índole emocional-mental y social, las cuales además –no debemos olvidar- están contempladas en el “Protocolo” que guía la atención de ILE ya mencionado.

En términos de atención en salud, la postura “intermedia” sobre la ILE implica estar a favor del aborto y atender usuarias que lo requieren solo en las situaciones en las que se acuerda con la razón por la cual se lo solicita. Efectivamente, para la trabajadora entrevistada, en el servicio de enfermería, es una de las únicas que articula con el Equipo de Interrupción Legal del Embarazo de la institución, y atiende usuarias cuando el resto de enfermería se autodefine como objetor de conciencia. Es la ambivalencia de su postura “intermedia” sobre ILE la que –a su vez- le permite negar la atención de ILE cuando desacuerda con la razón por la cual se lo solicita, conformando un “bloqueo” de objeción de conciencia con el resto del equipo de enfermería.

Entretejer estrategias políticas entre la/os trabajadora/es de salud

¿Cómo es posible trazar estrategias políticas que inauguren una “causal salud” en donde se recupere la materialidad del cuerpo, en su integralidad?
¿Cómo diseñar estrategias de atención en salud en las que el motivo por el cual

se busca una ILE se entienda como “hecho carne”, y no como motivos separados bajo una lógica dicotómica “causas biológicas/ causas sociales”?

A mediados del 2017 el Equipo Interdisciplinario de Interrupción Legal del Embarazo de la institución analizada comenzó a capacitar a un administrativo de la Admisión para incorporarlo al Equipo. La admisión de cualquier institución, sea ésta de índole educativa, de salud, administrativa estatal, se ubica en la entrada y es el primer escenario por el cual debe atravesar cualquier persona ingresante. La postura “intermedia” sobre el aborto, recién desarrollada, funciona como el primer obstáculo en la recepción en la Admisión de las usuarias de ILE. La/os administrativa/os de la Admisión no solo son la/os primera/os trabajadora/es con quienes se encuentran las usuarias, que –a su vez- representan el inicio de la trayectoria de atención de la ILE, sino que son quienes deben escuchar “entre líneas” a las usuarias e identificar cuál es el motivo de consulta –muchas veces distorsionado por la situación de ilegalidad-, en un escenario institucional de distintos servicios de salud sexual y reproductiva. El motivo de consulta, el requerimiento de una ILE, expuesto en esta instancia por la usuaria, implica el comienzo de la trayectoria por la institución. Si la postura “intermedia” es generalizada entre la/os trabajadores de la Admisión en esta primer “escucha”, la expulsión de la usuaria será en este momento, o puede suceder que se comparta entre trabajadora/es objetores de conciencia. La estrategia política del Equipo Interdisciplinario de ILE, en este caso, fue incorporar dos administrativa/os (la segunda en el 2018) al Equipo que pudieran trabajar a partir del concepto de salud integral, promoviendo una dinámica de atención que evite la “postura intermedia”.

En sintonía con dicha estrategia, a principios del 2018 junto al Equipo de ILE

acompañé la realización de una jornada de capacitación en bioética y feminismos a todo el personal de la institución, donde se discutió sobre la objeción de conciencia y el concepto de la “causal salud” desde un enfoque de integralidad, basado en una perspectiva antropológica y del nuevo feminismo materialista. Para seguir abriendo el debate, propongo pensar a las políticas públicas en torno a género y a sexualidad en Argentina como áreas grises donde es la actitud y el interés del personal profesional y/o la voluntad activista la que hace efectiva la implementación de las políticas y quienes impulsan los cambios en la práctica de atención de salud cotidiana. Como vengo analizando en otros artículos, es el impulso de la/os trabajadora/es, pero específicamente el activismo feminista y transfeminista de alguna/os de ella/os, el que problematiza “el aspecto reproductivo” de la atención en salud, el que promueve una mirada integral y materialista de la “casual salud” y a través del cual se proponen estrategias que mejoren la práctica de atención de la ILE.

-