

Socorriendo a la interrupción legal del embarazo

Una experiencia de un hospital de Río Negro

Luciano Lozano¹

A.J.E y a Sol

Resumen

A continuación, problematizaré la causal salud a partir de la situación de J.E, una joven de 17 años que solicita una ILE, por afectación de su salud integral. Esta solicitud, pese a enmarcarse en los parámetros del protocolo nacional² y de la ley provincial³, tuvo obstáculos en el interior del hospital, resolviéndose por el accionar de las Socorristas.

Palabras claves

Trabajo social, interrupción legal del embarazo (ILE), socorristas, feminismo.

Desarrollo

La interrupción del embarazo o aborto, como práctica, no es algo nuevo para las mujeres pero si es novedoso su abordaje reglamentado desde las agencias del Estado. Y, como afirma Dosso (2017), en esta coyuntura histórica, para que las mujeres accedan a un aborto seguro, es necesaria la mediación profesional

¹ Licenciado en Trabajo Social, recibido en la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Profesionalmente me desempeñé nueve años en Florencio Varela y ocho años en el “Comité contra la tortura de la Comisión Provincial de la Memoria”. Actualmente me desempeño laboralmente en el Servicio Social de un hospital de la provincia de Río Negro - lucianolozano2004@yahoo.com.ar

² “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” del Ministerio de Salud de la Nación.

³ El 1 de noviembre de 2012 fue promulgada la Ley Provincial N° 4796 que tiene por objeto la regulación y el control de la Atención Sanitaria en casos de abortos no punibles en la Provincia de Río Negro y en el año 2016 se aprobó la reglamentación de la misma.

⁴ante los datos alarmantes de mujeres afectadas por abortos clandestinos⁵.

En el Hospital, desde octubre de 2015 hasta mayo de 2018, según registros del Servicio Social, se han realizado aproximadamente 120 interrupciones legales del embarazo encuadradas en la causal de “afectación de la salud integral”.

Aquí, los criterios de los profesionales de los servicios de salud mental y servicio social son determinantes en la evaluación de dicha afectación para la posterior intervención médica que posibilite concretar la interrupción.

Los antecedentes normativos que dieron lugar a esta posibilidad tienen su origen en el código penal de 1921, con los permisos establecidos. La causal salud es uno de los supuestos de legalidad para el acceso a la interrupción del embarazo. En el caso argentino, este permiso se encuentra contemplado en el inciso I del artículo 86 del Código Penal. Sin embargo, como se desprende de la bibliografía, existen y han existido numerosos obstáculos para su efectiva implementación desde las agencias del Estado.

En nuestro país, en 2007, el Ministerio de Salud elaboró la “*Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*”, buscando “definir medidas para reducir y eliminar las barreras para el acceso al aborto permitido por la ley”. Ésta fue actualizada en 2010 y en 2015, donde se considera la interrupción legal de un embarazo como un derecho de las mujeres y se incorpora por primera vez la salud mental, como causal para solicitar un aborto no punible. Esto se considera al tomar la salud como un concepto integral, de acuerdo a la definición de la OMS, que tiene tres dimensiones: **física, mental-emocional y social**.

En consonancia con lo dictado por la Corte Suprema de Justicia en el “caso F.A.L s/medida autosatisfactiva” donde se realizaron exhortaciones al gobierno nacional y a los gobiernos provinciales, en materia de protocolos, asistencia a las víctimas de violencia sexual, capacitaciones a funcionarios públicos respecto de los alcances del fallo y campañas de difusión. En la provincia de Río Negro, el 1 de noviembre de 2012 fue promulgada la Ley Provincial N° 4796 que tiene por objeto la regulación y el control de la **Atención Sanitaria** en casos de abortos no punibles en la Provincia de Río Negro y en el año 2016 se aprobó la reglamentación de la misma. Un artículo destacado es el 4° de esta ley “se entiende por riesgo para la salud integral, la sola posibilidad de afectación de la salud, en cualquiera de sus esferas: física, mental o social. No será necesaria la acreditación de una enfermedad, ni que el peligro sea de una intensidad determinada, bastando para determinar su encuadre como causal de no punibilidad para el aborto, la potencialidad de afectación de la salud integral de la mujer, conforme diagnósticos e informes de los profesionales tratantes.”

En el hospital local la concreción de esta posibilidad se plasmó en interven-

⁴ Esta afirmación podría ser objeto de debate si se considera a los grupos de mujeres organizadas que han facilitado y acompañado a mujeres que solicitan aborto, realizándolo de manera cuidada, segura y por fuera de las agencias del Estado.

⁵ Según datos de estadísticas hospitalarias del Ministerio de Salud de la Nación sobre el sistema público de salud, en 2011 se registraron 47.879 egresos hospitalarios por aborto en el país, de los cuales el 19% correspondió a mujeres menores de 20 años. En 2012 murieron en nuestro país 33 mujeres a causa de embarazos terminados en aborto. Dos de ellas eran adolescentes menores de 20 años y 7, jóvenes de entre 20 y 24 años (DEIS, 2013). En 2013, el 50% de las muertes por embarazo terminado en aborto correspondió a mujeres de 15 a 29 años, entre ellas nueve de adolescentes de 15 a 19 años (DEIS, 2014).

ciones de diferentes profesionales, servicios, capacitaciones y situaciones complejas. Se estableció un protocolo de actuación y un grupo denominado “grupo ILE” con reuniones mensuales y comunicación por whatsapp para coordinar la atención de personas y debatir futuras acciones. Desde resguardarse legalmente ante eventuales sucesos hasta cómo mejorar la práctica en sí. Dos situaciones influyeron fuertemente en este grupo y en el hospital en general, por un lado la condena a una médica residente por una intervención en una ILE en El Maitén y por otro lado la situación de J.E que solicitó una ILE promediando las 20 semanas en el hospital. Ambas situaciones se encuadraban en el tópico de afectación de la salud integral y los criterios psicosociales se vieron en el centro de la escena a la hora de justificar la posibilidad de la intervención.

La situación de J. E era de una clara vulnerabilidad social. En efecto, J. E de 17 años, cordobesa de nacimiento, pero criada en Mendoza. De adolescente vivió en un contexto de consumo problemático de sustancias, al igual que su madre, y estuvo en situación de calle. En diciembre de 2016, a los 17 años, se trasladó, con su hija de seis meses, a la provincia de Río Negro, a la casa de su padre, con quien no tenía trato. Con él tuvo una convivencia conflictiva, por lo que se mudó con su beba a la casa de un hombre mayor de edad, quien aceptó alojarlas en un barrio alejado y con barreras naturales (es un cerro) y políticas (el hospital no interviene en esta zona) que lo hacen inaccesible. No contaba con recursos económicos, ni percibía la AUH por ser menor de edad. Su escolaridad era de 4° año del secundario.

En el hospital local comenzamos a trabajar con ella, en enero de 2017, luego de que su padre, después de una pelea, le realizara una denuncia de averiguación de paradero y la policía la trajera para controlar su salud.

Estas y otras intervenciones pude plasmarlas en un informe dirigido al Ministerio de Salud de la provincia en julio de 2017, luego de las denuncias realizadas por el organismo de protección de derechos contra el personal del hospital, que obstaculizaron la solicitud de ILE. Estas denuncias motivaron que los profesionales intervinientes, entre los que me encontraba, realicemos un descargo sobre los hechos sucedidos. A continuación, presento los extractos salientes del informe:

“Mi intervención con J.E se inició el día 9/01/2016 al ser consultado por la médica de la guardia del Hospital, quien había detectado factores de riesgo. En el transcurso de esa fecha hasta la actualidad, desarrollé un seguimiento de la misma y de su niña con el objetivo de salvaguardar sus derechos. En pos de esta estrategia la cité regularmente al servicio social, articulé con la médica pediatra para la atención de la niña, realicé informes sociales solicitando leche maternizada, consulté en PID (protección integral de derechos de niñas, niños y adolescentes) por posibilidad de becas o subsidios y la contacté con el Centro Integrador Comunitario (CIC) para posibilidad de abordaje territorial. En relación a su madre, quien vive en Mendoza, J.E fue terminante en su deseo de no tener contacto con ella, situación que se revirtió en el último mes. Un episodio alarmante fue el suicidio del padre de su niña, ex pareja de J.E, acaecido en Mendoza. En varias oportunidades J.E desestimó la propuesta de tratamiento terapéutico. Asimismo J.E vivía en riesgo constante, dado que no tenía hogar fijo (vivió con su padre, luego con un “amigo” en la zona de Loma del Medio en una casa prestada sin servicios básicos)”⁶

⁶ Informe al Ministerio de Salud de la provincia de Río Negro en referencia a las intervenciones sobre J.E en el marco de su solicitud de ILE y los obstáculos institucionales. Julio del año 2017.

Como se describe anteriormente, la situación de J.E y su beba era de riesgo. En este contexto, J.E, solicita una ILE:

“(...)Las intervenciones específicas datan del mes de mayo, cuando la médica pediatra me refiere que en entrevista J.E habría comentado la posibilidad del embarazo. Me contacto con J.E quien afirma esa presunción, indicando que estaría de 5 (cinco) meses. Por este motivo se coordina con el CIC para que la médica le solicite los estudios correspondientes. Se realiza análisis clínicos el 17/05/2017 y se consiguió turno para ecografía el 20/05/2017 que arrojó un resultado de 20.5 semanas...””

Desde Servicio Social y el Servicio de Salud Mental habíamos evaluado la situación de J.E y de conformidad con la legislación vigente, concluimos que encuadraba en la causal salud del Código Penal de la Nación, de conformidad con el “Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” del Ministerio de Salud de la Nación. Asimismo se habían contactado con el servicio social, integrantes de una organización feminista, quienes tendrían un lugar fundamental en la resolución de la ILE, las “socorristas en red”. Esta organización se define como “somos activistas feministas que armamos “Socorros Rosas”. Tomamos este nombre en clave genealógica, inspiradas ineludiblemente en los acompañamientos de las feministas de las décadas del ‘60 y del ‘70. En particular los de las italianas, pero también de las francesas y de las estadounidenses, quienes generaron espacios de consejerías y acompañamientos para mujeres que necesitaban practicarse un aborto desafiando así las imposiciones del heteropatriarcado. Activamos en distintas geografías de Argentina. Nos articulamos para pasar información y acompañar a mujeres que deciden abortar. Para que lo hagan de manera segura. Para que atraviesen esta decisión acompañadas y cuidadas. Mientras hacemos socorristos, aprendemos de y con las mujeres de la experiencia de abortar con misoprostol. Los tránsitos desde y con las corporalidades de esas mujeres que abortan se vuelven encarnadura para reflexionar y seguir produciendo argumentos renovados para la exigencia del derecho al aborto, nucleadas alrededor de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito”⁸.

La participación de esta organización fue desde el acompañamiento respetuoso a J.E y en el aporte constructivo a las agencias del Estado.

“El 23/05/2017 J.E concurre al Hospital acompañada por integrantes de una organización social⁹ (Socorristas) solicitando la ILE. Se le solicita una nueva ecografía que realiza en el Centro de imágenes (institución privada, dado que en el hospital no se encontraba el ecografista). Por lo cual junto a personal de Salud Mental y de acuerdo al protocolo del Hospital, nos entrevistamos con la médica de guardia y el director a cargo, quienes se contactan con el Hospital de Bariloche, donde les habrían respondido, que allí no harían la práctica por la edad gestacional mayor a 20 semanas. Frente a esta situación, nos comunicamos con las referentes provinciales (...). El director a cargo cita a J.E el 24/5/2017 para darle una respuesta. Ese mismo día, J.E viene acompañada por las integrantes de la organización y la abogada de PID. Se le realiza una nueva entrevista ampliatoria con otra colega donde se profundiza sobre los aspectos que le generan a J.E la decisión de interrumpir la

7 Ídem 5.

8 <http://socorristasenred.org/index.php/quienes-somos/>

9 La intervención de las Socorristas se da luego de que la madre de J.E les escribiera por facebook desde Mendoza, solicitándoles ayuda para su hija.

gesta, dado la afección de su salud integral...”¹⁰

Sin embargo, en este proceso, en coincidencia con la bibliografía disponible¹¹ surgieron dudas, debates y dificultades ante la solicitud de una interrupción del embarazo que encuadrara en el tópico de “afección a la salud integral” con predominancia de las dimensiones “psico-sociales”. Desde otras disciplinas, surgieron preguntas sobre los argumentos utilizados para dar cuenta de la dimensión de lo social que afectaría a la salud de las mujeres que solicitaran una ILE y en particular sobre J.E. Para estos argumentos, desde servicio social, la voz de la mujer cobra una importancia predominante. Por lo cual, esto me lleva a preguntar ¿Cuáles son los criterios utilizados por los diferentes profesionales para determinar la dimensión social de la salud y su afectación en una ILE? ¿Qué es lo social en la salud y cómo se justifica el acceso a un aborto? los cuestionamientos a los criterios de los/las profesionales de servicio social ¿Tienen que ver con el lugar subordinado de la disciplina frente a otras disciplinas “blindadas”¹²? ¿Tiene que ver dicho cuestionamiento porque aparece la voz de la mujer frente al discurso del modelo médico hegemónico? ¿Es por falencias propias de los registros y argumentaciones de ese servicio social?

Esta problemática implica el análisis del registro y evaluación que realizan las profesionales de servicio social para dar curso al pedido de ILE, donde operacionalizan la dimensión social de la salud en indicadores de riesgo. Que estos indicadores sean comprensibles, observables y finalmente aceptados por otras disciplinas, con diferentes corpus teóricos es parte de la dificultad que surge en el proceso.

Para que estos indicadores reflejen la dimensión social, la profesión dispone de diferentes instrumentos, pero dichas herramientas y la intervención profesional se verá atravesada por el lugar que ocupa socialmente. Por este motivo, resultan fundamentales los aportes teóricos de la vertiente crítica que desarrollan el surgimiento del servicio social como disciplina en el capitalismo monopolista. En efecto, el servicio social se constituye y conforma como una necesidad de este, estando atravesado por la contradicción de reproducirlo, buscando generar prácticas que aporten a la emancipación de las clases oprimidas. Siguiendo a Montañó (2009) el trabajo social en su génesis se constituye en el contexto del capitalismo monopolista y de la racionalidad positivista, situándose como profesión en el área socio-psicológica, siendo ésta aislada de las demás esferas de la realidad y caracterizando a la profesión por un quehacer asociado a la acción, la intervención inmediata, sin sentido crítico, ni posibilidad de comprensión. El trabajo social actúa en el marco de las políticas sociales (pensadas y ejecutadas por la racionalidad burguesa), que pulverizan y segmentan la realidad en cuestiones sociales o problemáticas. Así, el trabajador social rechaza acciones de largo plazo, de carácter estructural y reproduce una relación de demanda-emergente/ respuesta-inmediata, una lógica pragmática movido por la “pre-ocupación” (Kosik 1989) operando instrumentos, siendo finalmente instrumentalizado para la reproducción del sistema, que considera

¹⁰ Ídem 5.

¹¹ En el libro “Miradas integrales de la causal salud para Interrupción Legal del Embarazo” (2017) y en libro de Deza (2015) “¿Cómo realizarse un aborto en el hospital y no morir en el intento?” se describe los obstáculos ante este tipo de solicitud.

¹² Para Cazzaniga (2017) las disciplinas blindadas son aquellas a las cuales no se les cuestionan su corpus y supuestos teóricos y asimismo tienen una predominancia en el imaginario de una sociedad como portadores de “verdad”.

natural. Estos autores proponen el desafío de que frente a la minimización del Estado (Montaño, 1998) en sus respuestas a la pobreza estructural y la instrumentalización y re-filantropización del servicio social por parte del Estado, se desplieguen estrategias profesionales, que busquen un proyecto colectivo, interdisciplinario e intersectorial con las instituciones y organizaciones sociales, teniendo un “doble coraje” cívico e intelectual (Netto, 1996) orientado a la lucha y resistencia de la clase trabajadora desde una perspectiva crítica.

Desde servicio social, a nivel colectivo, se decide garantizar el cumplimiento del protocolo nacional, mientras la situación de J.E se fue agravando por las intervenciones de personal de otros servicios del hospital:

“Nos reunimos nuevamente con el director a cargo y las integrantes de la organización (Socorristas) y la abogada del PID, en tanto, la médica ginecóloga, le realiza un examen, donde J.E concurre sola. Luego del examen J.E vuelve a la reunión, donde le expresa al director a cargo que se había sentido mal en la consulta con la médica, dado que le había hecho “escuchar los latidos” de la gesta. Luego, en servicio social, J.E agrega que la médica también le dijo que “lo tuviera y diera en adopción” “yo te lo cuido”¹³. A todo esto, el Director le pide a J.E que no sea “maleducada” y agrega “acá estamos a favor de la vida. Estamos cuidando la vida de los tres: la tuya, la de tu beba y la de tu bebé”¹⁴. La referente de Socorristas le aclara que se trata de un feto, no de un bebé.

Es interesante ver en estos discursos, del director y la ginecóloga, otros aspectos que se entrelazan con la violación a las leyes establecidas y al claro mensaje patriarcal. Aquí lo que se cuestiona claramente es la dimensión social de la salud. Sobre la construcción, de la dimensión social de la causal “afectación de la salud integral” diversos autores toman lo desarrollado por la OMS en el 2002 en sus *determinantes de la salud*, como aquellas “*circunstancias sociales y económicas desfavorables que afectan la salud a lo largo de la vida (...) Causas materiales y psicológicas contribuyen con estas diferencias y sus efectos se extienden a casi todas las causas de enfermedades y muertes. Las desventajas pueden manifestarse de forma absoluta o relativa y la tendencia a concentrarse entre las mismas personas y sus efectos en la salud se acumulan durante toda la vida...*” En relación a esto, Dosso aporta que lo social “*se expresa en cada mujer singular en las relaciones cara a cara, en sus vínculos familiares, laborales, etc. Se deben observar las circunstancias particulares –físicas, emocionales, socio familiares– en que ese embarazo se produjo y las determinaciones que esas circunstancias le imponen a la mujer* (Dosso, 2017). En el libro de la agencia Andar¹⁵ “Causal Salud, Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos” consideran a la dimensión social de la salud relacionado al “*bienestar social, cuya comprensión debe incorporar no sólo la idea de pobreza (entendida en forma amplia como algún tipo de privación, carencia o destitución –falta de «algo»–, un algo que es en sí moralmente relevante y objeto de política), sino también de la exclusión social (entendida básicamente como la incapacidad de una sociedad para distribuir ventajas materiales y oportunidades –básicamente trabajo y educación– a todos/as los ciudadanos, o de garantizar su integración social y política por la existencia de barreras*

¹³ Ídem 5.

¹⁴ Ídem 5.

¹⁵ La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir. Año 2008.

culturales o legales, por ejemplo) y la marginalidad (entendida como la presencia de una masa de población que está al margen del núcleo moderno de una sociedad)¹⁶. En tanto Bernabó, Berra y Kielmanovich (2017) ponderan que dentro del concepto de salud integral, de acuerdo a lo definido por la OMS, se considere a la condición socioeconómica, en tanto determinante de la salud de las personas y cómo puede llegar a afectar con la gestación de un embarazo. Asimismo estas autoras contemplan otros tópicos que encuadran dentro de la dimensión social de la salud, como situación educativa, laboral, vivienda, etc.

Al desarrollar la dimensión social de la salud, las autoras mencionadas, lo hacen en el contexto de la concepción de salud integral y en el marco del análisis de la solicitud de una interrupción legal del embarazo. Algunas de ellas, Bernabó, Berra y Kielmanovich (2017) consideran al aborto como la *expresión máxima de la emancipación biológica, psicológica y social de la mujer*, argumentando que (el aborto) rompe con las imposiciones del sistema patriarcal sobre la subjetividad y los cuerpos de las mujeres. En esta misma línea, Dosso (2017) refiere que una mujer en situación de aborto vive un sometimiento masivo que la implica corporal y subjetivamente. Faúndes reconoce en la molecularización de la vida introducida por la genética, uno de los fundamentos que utilizan los que se oponen al derecho al aborto, quienes refieren que *“el cigoto es ya una persona, dada su estructura genética, suelen subjetivar al embrión negando la operación política que efectúan, produciendo con esto un imaginario que separa a la mujer y al producto de la fecundación como dos sujetos objetivamente diferenciados”* (Faúndes, 2014, p. 4) otorgándole al embrión la cualidad de sujeto, susceptible de protección, invisibilizando a las mujeres, confiriendo, al cigoto, un estatus moral y jurídico equivalente al de una célula. En este sentido, podemos reconocer en el fallo F.A.L un ejemplo paradigmático cuando el Asesor General Subrogante de la Provincia y Asesor de Familia interpone recurso extraordinario ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación, a favor del “niño por nacer”. Faúndes (2014) refiere que la biología es un discurso sobre el cuerpo que viene, en este caso, a negar a otros discursos, relegando a las mujeres al lugar de meros contenedores, responsables penalmente de garantizar la vida de ese embrión subjetivado. Y agrega que la operación de subjetivar a un embrión, *“(…) vuelve sospechosa la autonomía de las mujeres, su capacidad para decidir, evocando el antiguo sistema patriarcal de distribución desigual del poder (...) Así, bajo la apariencia de objetividad científica, se instituye una forma de tutela sobre los cuerpos y las subjetividades de las mujeres”* (Faúndes, 2014, p.5).

La intervención de las socorristas y la abogada de PID cuestionan estas prácticas y las dilaciones injustificadas. J.E reitera su decisión de solicitar la interrupción del embarazo, argumentando que de no realizarse la práctica, ella lo interrumpiría sola frente a la negativa que se vislumbraba hasta ese momento por parte del sistema de salud pública. En el hospital local sólo se garantizaban ILEs hasta las 12 semanas de gestación, por motivos sanitarios. Esto es reiterado por el director del hospital, agregando que el protocolo interno del Hospital de Bariloche es hasta las 20 semanas de gestación. El director no responde nada acerca de los motivos que justificarían dicho límite. Desde servicio social, junto a la abogada del PID y las socorristas se solicita una respuesta urgente acerca de la realización de la práctica. El Director reitera que cuando las autoridades de Ministerio se comunicaran, volvería a convocar.

¹⁶ Ídem 8. Pág. 144.

Como se describe anteriormente, es clara la violación y los obstáculos a la solicitud de ILE, esto genera una reunión de urgencia.

“(...) El 24/05/2017 por la tarde noche nos reunimos desde servicio social con el director a cargo, la jefa de salud mental, la jefa de clínica y la médica ginecóloga. En la misma se repasan los acontecimientos, le indico a la médica ginecóloga que no debería haberle dicho eso a J.E, que no correspondía y que la evaluación psicosocial había sido realizada por profesionales en la materia...”¹⁷

Puedo agregar que en estas intervenciones, donde la ginecóloga se arroga el derecho de opinar y maltratar a J.E hay un trasfondo donde se generan situaciones que tensionan la subordinación histórica de la profesión con respecto a otras profesiones que entran en disputa, situación que no se da en las solicitudes de ILE encuadradas en el peligro de salud física de la mujer (Bernabó, Berra y Kielmanovich; 2017). Un tópico para indagar es el porqué de esto. Si bien la definición de la OMS sobre salud, “*como un estado de pleno bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad*” está vigente desde 1948 y los permisos establecidos en el Código Penal para acceder a un aborto en Argentina, datan de 1921, la posibilidad de una interrupción legal del embarazo enmarcada en el tópico de “afectación de la salud integral” presenta dificultades. Aquí, el discurso de otras disciplinas suelen operar en el descrédito del conocimiento social relacionado a cuestiones morales, siendo señalado en numerosas situaciones que los argumentos desde servicio social son “políticos” y no “técnicos”. El descrédito del conocimiento que proviene desde el trabajo social a la hora de evaluar la afectación de la salud integral, puede reconocer varias aristas. Cazzaniga (2017) y Danani (2006) refieren que cada disciplina responde a una pregunta inicial, y en el trabajo social, la pregunta por las condiciones de vida, materiales, simbólicas, de cierta población, grupo, familia o persona, en determinado contexto, constituye dicha pregunta. Esta pregunta puede convertirse en un cuestionamiento a un determinado orden social establecido al desnaturalizar las condiciones materiales de existencia. El discurso del trabajo social, se erige como un relato centrado en las descripciones de las condiciones de vida y la defensa de los derechos humanos. Para muchas profesionales, tal lo afirma el Código de Ética del Colegio de la provincia de Buenos Aires, “*el Trabajador Social profesional tiene como misión el compromiso con los demás, lo cual debe primar sobre cualquier otro interés o ideología particular. Debe contribuir con su accionar democrático, a la plena vigencia de los Derechos Humanos*”.

Sin embargo, esta búsqueda se encuentra atravesada por lo que afirma Danani (1993) “*una posición de subordinación relativa a partir de una fuerte tendencia a la rutinización de la práctica profesional que consagra “la no posesión de capacidad de dominio sobre las condiciones de trabajo”*” y lo que advierte Alayon (1975) “*hay que evitar caer en la ‘desprofesionalización’ como eventual resultante de la ‘sobre politización’, y a la vez impedir también la ‘despolitización’ como expresión de la ‘sobreprofesionalización’*”. Hay cierto riesgos de intervenciones mecanicistas y este discurso puede erigirse en declamativo, abstracto y normativo, al apelar a la estructura social como fundamento de la opresión y al incumplimiento de las leyes como garantes de los derechos humanos. Karen Healy (2015) en su trabajo desarrolla el potencial de las perspectiva crítica y los límites, sobre estos últimos, señala que “*es sorprendente que, mientras que los trabajadores sociales activistas fustigan el trabajo social ortodoxo y se muestran profundamente*

¹⁷ Ídem 5.

autocríticos sobre sus propias relaciones con los consumidores de servicios sociales, sigue en pie una "confianza asombrosa" en el potencial emancipador de los modelos críticos de práctica (Rojek y cols., 1988, Pág. 55)" y cuestiona la categoría de "verdades objetivas e indiscutibles que han alcanzado estas teorías" y cita a autores que han tratado de "...combatir la tiranía potencial de la postura crítica mediante la incorporación de una postura de reflexión sobre sí mismo del investigador o profesional (Karen Heady, 2015: 52). En el potencial de la perspectiva crítica y de las profesionales de servicio social, se destaca su esfuerzo por "poner voz a los que no tienen voz" (Mallardi, 2011) por buscar la desnaturalización y a la problematización de la situación por parte de la entrevistada con el objetivo de "...reconstruir a partir del diálogo cómo esa situación que aparenta ser aislada y propia de ese sujeto encuentra sus causas en la totalidad en la cual se desarrolla¹⁸".

En este proceso, desde servicio social y salud mental se intenta cumplir la solicitud de ILE y en esa reunión de trabajo, desde las autoridades del hospital se observa una clara intencionalidad de generar dilaciones en la resolución del pedido, en un contexto donde J.E se encontraba por ingresar a las 22 semanas, fecha límite de acuerdo al protocolo nacional.

"...el director a cargo refiere que no tiene aún respuesta sobre el hospital donde J.E se haría la práctica. Ese mismo día elevo informe social para PID solicitando medidas de protección para J.E en lo referente a un acompañamiento integral"¹⁹

Frente a las dilaciones, la referente de las socorristas consulta a la "Red nacional de profesionales por el derecho a decidir" donde obtiene el contacto con una médica ginecóloga que se desempeña en el Hospital de la provincia de Chubut, ubicada a 180 km. del Hospital de Río Negro. La profesional evaluó que correspondía garantizar la práctica, ofreciendo realizarla en dicho hospital, proponiendo que J.E se internara el viernes 26 de mayo a las 9 horas, solicitando copia de la historia clínica, y que desde el hospital local se garantizara la medicación para la interrupción. Desde el PID garantizan los recursos: el alojamiento de J.E y su beba en un hogar a partir del 25 de mayo a la tarde; el traslado de J.E al Hospital de Chubut el día 26 de mayo a las 7 horas en vehículo oficial; la permanencia de la beba en el Hogar perteneciente a la Secretaría de Niñez y Familia mientras J.E permaneciera en Esquel.

Por la tarde se coordina desde servicio social del hospital, referente de socorristas y PID cuestiones operativas, donde se entrega copia de la historia clínica. Desde el Ministerio de Río Negro a esa altura aún la situación no se había resuelto. Finalmente, se confirma como resultado de las gestiones de PID, servicio social, socorristas, que el hospital local aportaría la medicación para que se realizara la práctica y la ambulancia para el regreso.

Finalmente en la madrugada del día 27 de mayo, alrededor de las 3 de la mañana J.E llegó al hogar trasladada por la ambulancia ya con el procedimiento médico realizado de manera exitosa. En los días siguientes, J.E insistió en su deseo de denunciar la situación vivida por el maltrato en el hospital, por lo cual la abogada del PID realizó los procedimientos indicados.

¹⁸ Mallardi. La Entrevista en Trabajo Social. Aproximaciones a un objeto polilógico. Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social. Lugar: Tandil; Año: 2011; p. 7.

¹⁹ Ídem 5.

Conclusión y debates abiertos

La participación de las socorristas permitió que se concretase una práctica legal, consolidando las intervenciones desde servicio social y salud mental, en coordinación con el PID. En este mismo constructo argumental, Daich y Tarducci (2012) afirman la importancia de la política feminista al presentar la problemática del aborto como parte de un derecho colectivo frente a la *opresión estructural y sistemática, a la heterosexualidad obligatoria devenida en maternidad compulsiva*.

En la situación de J.E los argumentos legales y la militancia feminista lograron la posibilidad de la ILE. Sin embargo, las autoras citadas realizan una interesante advertencia sobre la importancia de disputar las conceptualizaciones del derecho sin apelar al discurso jurídico “...puesto que, como señala Smart (1995), la apelación a los derechos puede ser contrarrestada por la apelación a derechos que compiten (el derecho del feto vs. el derecho de la mujer) y la adquisición de derechos en un área puede dar la falsa impresión de que una diferencia de poder ha sido resuelta. Así, de lo que se trata, finalmente, es de desafiar el poder denominador del derecho e insistir en la legitimidad de otros discursos, como el feminista.” (Daich y Tarducci, 2012: 10)

Esta definición es importante porque suele ser parte de los fundamentos discursivos que operan en torno a la práctica de ILE por parte de profesionales y personal de salud, Szulik, y Zamberlin (2017) en su trabajo sobre “Trayectorias profesionales de médicos y médicas proveedores de interrupción legal del embarazo en Argentina” rescatan el testimonio de profesionales que describen a la formación médica en relación al aborto como biológica y punitivista y a las prácticas médicas en general como de “*silenciamiento e invisibilización de las causales de aborto legal y de acatamiento de las condiciones institucionales contrarias a los derechos de las mujeres*.” (Szulik y Zamberlin. 2017: 14) En tanto Dosso (2017) advierte sobre las prácticas profesionales que ponen a la mujer en el lugar de *desviada, deudora y, como consecuencia, objeto del poder de otros*.

Actualmente J.E se encuentra estudiando, buscando trabajo y aún sin domicilio estable para ella y su pequeña hija, las intervenciones de las agencias del Estado han sido insuficientes en la actualidad para garantizar una mejor calidad de vida.

Su situación de vulneración de derechos fue parte de uno de los relatos que presentaron las socorristas en el Congreso de la Nación en el debate por la interrupción voluntaria del embarazo.

Bibliografía

- Daich y Tarducci. (2012) “Aborto legal, una deuda de la democracia. Aportes para una historia de la lucha por la despenalización y legalización del aborto en argentina”.
- Deza. (2015) “¿Cómo realizarse un aborto en el hospital y no morir en el intento?”
- Dosso D. (2017) “Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo”. Libro de ensayos FUSA.
- Fáundes J. (2014) “La valoración de la vida, la subjetivación del embrión y el

- debate sobre el aborto: aportes desde una perspectiva crítica”.
- Guber. (2004) “El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo”. PAIDÓS. Buenos Aires.
- Healy K. (2015) “Trabajo social: perspectivas contemporáneas”.
- Informe al Ministerio de Salud de la provincia de Río Negro (2017). En referencia a las intervenciones sobre J.E en el marco de su solicitud de ILE y los obstáculos institucionales.
- Iamamoto, M. Y Carvalho, R. (1984). “Relaciones sociales y Trabajo Social”. Editorial CELATS, Lima.
- Mesa por la vida y la salud de las mujeres y la alianza nacional por el derecho a decidir. (2008)
- Libro de Ensayos FUSA. (2017). “Miradas integrales de la causal salud para interrupción legal del embarazo”.
- Mallardi (2011) “La entrevista en Trabajo Social: aproximaciones a un objeto polilógico. Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social”. Tandil.
- Netto, J. P. (1997) “Capitalismo monopolista y servicio social”. Cortez Editora, San Pablo.
- Peirano, M. (1997). “Antropología política, ciencia política e antropología da política”. En: Três ensaios breves. Série Antropologia 231. Universidad de Brasilia.
- Quirós J. (2006) “Cruzando la Sarmiento. Una etnografía sobre piqueteros en la trama social del sur del Gran Buenos Aires”. Centro de Antropología Social, Instituto de Desarrollo Económico y Social; Editorial Antropofagia. Buenos Aires.
- Quirós J. (2011). El porqué de los que van. Peronistas y piqueteros en el Gran Buenos Aires (una antropología de la política vivida). Editorial Antropofagia.
- Szulik, y Zamberlin (2017). “Trayectorias profesionales de médicos y médicas proveedores de interrupción legal del embarazo en Argentina”. En: boletín de la federación latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología (flasog) Volumen 5. Número 3, ISSN: 2304-7585