

Aborto como campo de disputa: Desafíos, aportes y reflexiones para la intervención profesional del Trabajo Social en Equipos de Salud.

Grupo de trabajo n°6: Desafíos y reflexiones del Trabajo Social y/o Equipo de Salud en torno a las determinaciones sociales de salud colectiva.

Girotti, Camila Milagros. (Estudiante Lic. en Trabajo Social- FTS UNLP)

E-mail de referencia: Girotti93@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Ésta ponencia tiene por objetivo enunciar, reflexionar y visibilizar acerca de la problemática del aborto en nuestro país y cómo ésta se aborda en los equipos de salud. Para ello retomaré y analizaré un trabajo realizado en el corriente año (2019) junto con una compañera de la Facultad en el marco de la cursada de la Cátedra de Salud Colectiva, cátedra que pertenece a nuestra formación de grado. En dicho trabajo, presentamos algunos interrogantes y desafíos para el Trabajo Social en su *quehacer* profesional dentro de los equipos interdisciplinarios de salud. El mismo sirve de aporte para analizar principalmente la problemática del aborto y las tensiones que se generan en torno a la misma, volviéndose un campo de disputa para los profesionales de la salud que se posicionan a favor de la Interrupción Legal del Embarazo (en adelante, ILE). Ello intentaré exponer a lo largo de esta ponencia.

En primer lugar, haré una descripción del concepto de Salud Colectiva y sus respectivas diferencias con el concepto de Salud Pública a la hora de pensar el *proceso salud-enfermedad- atención- cuidado* (en adelante, PESAC) presentándolas como dos perspectivas contrapuestas. En segundo lugar, realizaré un breve recorrido acerca del contexto actual, tomando particularmente las lecturas que realizan los profesionales de la salud acerca de la problemática del aborto y cómo estos intervienen en ella. Finalmente, presentaré algunas reflexiones, interrogantes e intervenciones posibles para el Trabajo Social en relación a dicha problemática dentro de los Equipos de Salud.

DESARROLLO

Hablar de Salud Pública no es lo mismo que hablar de Salud Colectiva

Para comenzar con el desarrollo de esta ponencia, me parecía pertinente evidenciar las diferencias existentes entre Salud Pública y Salud Colectiva. Desde esta

última me posicionaré para pensar la intervención de nuestra profesión en torno a una demanda central en el campo de la salud, el aborto.

Por su parte, la Salud Pública tiene como unidad de análisis a la población. Esta población es entendida, desde de la misma, como una sumatoria de individuos los cuales deben ser clasificados en grupos a la hora de atender su salud. Dichas clasificaciones se realizan de acuerdo a diferentes características y éstas son: el sexo, la edad, la educación, el ingreso, la raza o la etnia.

En cambio, la Salud Colectiva parte de entender a la población y las instituciones que se encuentran dentro de ésta como una totalidad, tal como afirman Iriart, Waitzkin, Breit, Estrada y Merhy (2002) “cuyas características trascienden las de los individuos que las componen” (Iriart y et al p. 130), como lo son por ejemplo las instituciones que tienen por objeto la promoción y prevención de la salud. En otras palabras, la salud colectiva analiza el contexto social que determina a las instituciones y a la sociedad en su conjunto; “en este sentido, las principales categorías analíticas son la reproducción social, la clase social, la producción económica, la cultura, la etnia y el género, entre otras” (Iriart et al p. 130)

La Salud Colectiva tiene una impronta latinoamericana, y surge luego de las primeras políticas desarrollistas implementadas en nuestra región luego de la década del '60. Dichas políticas comenzaron a afianzar y profundizar las desigualdades sociales y entre estas, el acceso desigual a la atención de la salud en la población.

En un primer momento, el concepto “Salud Colectiva” surgió bajo el nombre de “Medicina Social”. Hoy algunos países deciden llamarla bajo el primero, es decir, bajo el nombre de salud colectiva. Iriart et al nos explican el por qué de esto:

“es oportuno aclarar que en Brasil la corriente ha adoptado el nombre de salud colectiva porque el movimiento sanitario surgido en ese país consideró importante destacar que sus análisis del conjunto de las prácticas y organizaciones de salud, incluida la práctica médica, abandonan la enfermedad y su tratamiento, y el acto médico, como eje central del proceso salud/enfermedad/atención” (2002, p.128)

Desde esta perspectiva se piensa a la *praxis* como una interrelación entre pensamiento y acción, y al *proceso de salud- enfermedad* como un proceso dialéctico y no como una categoría dicotómica.

La misma, pone en cuestión la tendencia a la *privatización* y *mercantilización* de la salud, que ha ido profundizándose en los últimos años y por ende, entiende a la salud como *derecho* y no como un *servicio* al cual se debe pagar para poder acceder. La salud

colectiva permite evidenciar, también, *relaciones de poder* que se expresan al interior de las instituciones de la salud en particular, y de la sociedad en general, para transformarlas en la praxis.

Al respecto, Daniela Dosso (2016) sostiene que los profesionales de la salud, a la hora de intervenir en cualquier situación, pero en la situación de aborto en particular, deben tener en cuenta la *dimensión bio-psico-social* de la persona que la solicita generando una instancia de *abordaje integral* de la salud y afirma que

“Lo social se comporta de forma diferente que lo bio y lo psico en tanto componentes de la salud integral de una persona. Mientras que lo bio y lo psico son dimensiones de la salud que tienen su anclaje material en el cuerpo, lo social está conformado por el contexto en donde ese cuerpo nace, crece, se desarrolla y muere.” (Dosso; 2016 p. 11)

Esto me resultó pertinente, ya que los profesionales de la salud, principalmente el Trabajo Social dentro del Equipo de Salud, no puede pasar por alto el contexto social en el cual interviene, ya que el mismo resulta como principal eje de análisis para una intervención en la complejidad y permite acercarse a la realidad social de la persona que demanda la Interrupción Voluntaria del Embarazo (en adelante, IVE).

Contexto actual y aborto como demanda del movimiento mujeres y disidencias.

Como lo anticipé anteriormente existe una tendencia a la mercantilización y privatización de la salud. Pero esto no sólo ocurre en éste campo y por ello, es necesario introducir una breve descripción del contexto actual.

La intervención profesional del Trabajo Social se desarrolla dentro del *Capitalismo Contemporáneo*, el cual es la tercera fase del capitalismo. Desde los aportes de J. Netto (2007) se puede decir que éste se inicia luego de la década del '70 y en él priman algunos rasgos centrales tales como la *reestructuración productiva*, la *financierización del capital* y la aparición y expansión de una ideología que legitime todas estas nuevas transformaciones; la *ideología neoliberal*, todos ellos pensados con un fin último: el aumento de las tasas de lucro. Sobre ésta última, me detendré.

La ideología neoliberal entiende al *Estado* como garante del libre funcionamiento del *Mercado*, es decir que existe una primacía de éste último por sobre el Estado y frente a esto Netto plantea que

*“Es claro, por lo tanto, que el objetivo real del capital monopolista no es la disminución del Estado, sino la disminución de las funciones estatales cohesivas, precisamente aquellas que responden a la satisfacción de derechos sociales. En verdad, al proclamar la necesidad de un Estado mínimo, lo que pretenden los monopolios y sus representantes es nada más que un **Estado mínimo para el trabajo y máximo para el capital**”* (Netto, 2007 p. 17)

La misma ha tenido una expansión a nivel mundial y poco a poco ha ido cobrando gran relevancia el Mercado por sobre el Estado, configurándose el mismo como institución que regula las relaciones sociales, generando una instancia de debilitamiento de los Estados Nacionales a nivel mundial.

Beatriz Rajland (2012) nos presenta al Estado en contraposición a como lo entiende la ideología neoliberal y sus simpatizantes, desde una perspectiva marxista. La misma entiende que

“Atribuirle al Estado un rol del tipo urbi et orbe, o lo que es lo mismo, atribuirle funciones de carácter universal, es otorgarle un grado de autonomía tal, que en la práctica lo deshistoriza, es contribuir a la mistificación, a la fetichización de situarlo por fuera de la sociedad y de las clases cuando a es a la inversa: como ya dijimos, el Estado nace de la sociedad, es producto de ella en un momento determinado y justamente relacionado con la existencia de la lucha de clases” (Rajland, 2012 p. 255)

En estos dos párrafos expuestos, se observa una contraposición. El primero expresa que la ideología neoliberal le atribuye una función determinada al Estado que es la de intervenir para lo que el Mercado disponga para su libre funcionamiento, no importa cual fuere el contexto. Y en el segundo, se destaca que es necesario realizar una *lectura histórica* para poder definir al Estado, entendiendo que es imposible asignarle un rol al mismo, ya que eso implica leerlo desde los parámetros funcionalistas, perspectiva la cual entiende que existe un *rol* para el individuo que le es anteriormente asignado, y por lo tanto, también para el Estado.

Rajland, pone en evidencia el carácter de clase del Estado, afirmando que son las clases subalternas las que pueden disputar el sentido de la intervención estatal, para transformarla.

La ideología neoliberal, parte de considerar al *gasto público* del Estado como un gasto *innecesario*, el cual debe ser lo más reducido posible para asegurarse de que el Mercado como institución se expanda. En nuestro país, bajo el gobierno de Cambiemos, se pudo evidenciar un gran recorte del mismo, desfinanciando políticas públicas y recudiendo presupuestos para todos los espacios, ya sean de salud, educación, atención en violencia de género, entre otras.

En Argentina, en el marco de la discusión del proyecto de IVE durante el pasado año (2018) se pudieron observar algunos discursos por parte de los profesionales de la salud, que responden a la ideología neoliberal y al Modelo Médico Hegemónico (en adelante, MMH). Tomaré como ejemplo, la exposición de un urólogo que se encuentra en contra del proyecto de ley. Su discurso se encuentra adjuntado al final de éste trabajo.

El mismo sostiene que la problemática del aborto no debe entenderse como un derecho de las mujeres ya que, según éste, existen otras causas de “muertes maternas”, desconociendo por completo la cifra de muertes por abortos clandestinos en un año en el país. Para el mismo, las internaciones por abortos son innecesarias porque, desde su punto de vista, están matando a *personas sanas* y desatendiendo a personas que no lo están y la práctica médica debe estar orientada para la *cura* y la *sanación* de personas.

Frente a esto, es pertinente realizar algunas consideraciones:

En primer lugar, se puede decir que el urólogo presenta en su relato la perspectiva del MMH en cuanto a la forma de entender a la salud y la enfermedad como dos momentos diferenciados, es decir, cuando hay enfermedad, no hay salud y viceversa. Cabe destacar que la problemática del aborto no es una enfermedad sino que la misma debe entenderse como un problema de salud pública donde la intervención debe estar orientada desde la prevención/ promoción de la salud sexual y (no) reproductiva, hasta el acompañamiento por parte del equipo de salud en la práctica misma. Se puede notar que el urólogo comparte la perspectiva de salud que sostiene la O.M.S “*salud como bienestar completo, físico, psíquico y social*” (Weinstein, 1988 p. 21) en donde la aparición de una enfermedad anula el completo bienestar y por ende, la salud.

Es necesario destacar, que él mismo entiende a los sujetos como pacientes y entonces éstos no son parte del proceso salud-enfermedad, los considera como pasivos y esto es parte de la perspectiva del MMH. El urólogo realiza en su discurso una naturalización del desfinanciamiento y la falta de recursos en salud pública y por ello argumenta que no es relevante la atención para aquellas mujeres o personas gestantes que demandan el aborto. El MMH en este punto es funcional a la ideología neoliberal ya que ambos parten de entender a la salud como un negocio, del cual pueden obtener ganancias y no como un derecho que les pertenece a los sujetos por el simple hecho de ser humanos.

Daniela Dosso (2016) nos introduce el contexto legal del aborto en Argentina. Afirma que se encuentra penado y permitido. El código penal en su artículo 85 dice que está penado pero luego, lo permite en su artículo 86 sólo bajo tres circunstancias: si se trata de un peligro para la salud o vida de la persona que lo solicita, y si este se puede evitar por otros medios y cuando el embarazo es producto de una violación

La autora afirma que en el capitalismo existe una *doble tensión*; se encuentra por un lado la *necesidad de acumulación* que es la necesidad estructural de la explotación y por el otro, la *necesidad de legitimación*, que es el reconocimiento formal de la igualdad.

Para este último, genera una instancia que la misma denomina *control social*, y lo describe en relación al aborto.

Presenta que éste crea una conducta desviada al definirla en el Código Penal, que es el marco legislativo que regula y estructura el campo de la salud. El control social, genera en la mujer, o persona gestante, una conducta desviada y diferencia a unas de otras por razones de clase y sostiene que éste control social se garantiza por medio de la producción y coerción del consenso y la represión del disenso; volviéndose para la persona en situación de aborto una pena que va desde la tortura física, hasta su muerte.

En Argentina, se practican entre 370 mil a 520 mil abortos por año y sólo 49 mil de éstos accede a internaciones en Hospitales Públicos en caso de complicaciones. A nivel internacional, 2 de cada 10 mujeres mueren por prácticas abortivas inseguras; sobre todo en América Latina, la seguridad/inseguridad de la práctica del aborto, depende actualmente del factor socio-económico lo que coloca en una situación particularmente riesgosa personas de bajos recursos.

Intervenciones posibles para el Trabajo Social en los equipos de salud

Frente a éste panorama, *¿Qué podemos hacer desde el Trabajo Social como profesionales de la salud que nos posicionamos a favor de la IVE dentro de los Equipos de Salud?*

Es necesario destacar que números de la morbi-mortalidad por abortos clandestinos muestran una realidad concreta y que sobre esta realidad los profesionales de la salud debemos intervenir, ya que ésta realidad nos compete y también nos responsabiliza. Se debe entender al aborto como un derecho que les pertenece a las personas con capacidad de gestar y éste hoy se encuentra negado por parte del sistema de salud.

Posicionándonos desde la perspectiva de Salud Colectiva se puede abrir la posibilidad transformadora de la realidad en nuestra práctica para contribuir y crear sujetos autónomos, capaces de decidir sobre su cuerpo y también sobre su salud.

La escucha es importante para atender a la demanda y esta escucha debe ser planificada y abordada de manera interdisciplinaria. Es importante, también, brindar información para que la persona pueda elegir de manera libre.

Nos corresponde insistir en la instancia reflexiva al interior de los equipos de salud para repensar la práctica profesional y abordarla de manera interdisciplinaria. Canali () afirma al respecto que *“reflexionar sobre la práctica y sobre el quehacer, es hacernos preguntas, revisar/nos, identificar y/o develar concepciones que nos orientan”* (Canali p. 9)

Como futuros profesionales del Trabajo Social, insertes en nuestras práctica dentro del PSEAC, tenemos la responsabilidad de acompañar los procesos sociales multidimensionales en las formas de organización social expresa López Arellano (2013) refiriendo al hecho de que toda política pública en salud, requiere obligatoriamente, en todas sus instancias de planificación y gestión, la comprensión de los procesos sociales complejos que moldean y subsumen a los procesos biológicos y psíquicos de las personas usuarias, debiendo ser reconstruidos teóricamente en tanto configuración como problema social emergente.

Bibliografía

- Canali, Constanza. (2017). “La intervención en el campo de la Salud Comunitaria. El territorio como espacio de interrogantes” Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. Año 7 (nº13-14): 9-15. Buenos Aires.
- Discurso de Fernando Secín (Urólogo) disponible en <https://youtu.be/8Nt-vvuU6YE>
- Dosso, D. (2016) *“Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo”* Sociales. UBA.
- Iriart, Celia; Waitzkin, Horward; Breilh, Jaime; Estrada A.yMerhy, Emerson. (2002). “Medicina Social Latinoamericana. Aportes y Desafíos” En: Revista Panamericana de Salud Pública.v.12 (2):128-136.
- NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. (2007) Economía Política. Uma introdução crítica. San Pablo, Editorial Cortez. Capítulo 9: El Capitalismo contemporáneo. (Traducción)
- López Arellano, O. (2013) “Determinación social de la salud: desafíos y agendas posibles” En: Divulgacao em saude para debate. Nº 49:150-156 Rio de Janeiro. Brasil.
- RAJLAND, Beatriz (2012) “El estado del Estado en Argentina después del 2001. Continuidades y rupturas” en THWAITES REY, Mabel (Editora) El Estado en

América Latina: continuidades y rupturas. Santiago de Chile, Editorial Arcis/Clacso.

- Weinstein, L. (1988) "El concepto de salud". Ed. Nordan, Montevideo.