

ACUERPANDONOS PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS. REFLEXIONES DESDE EL TRABAJO SOCIAL EN TORNO A INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) Y LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)

Entrevista a Selene Mira



108

Por Esteban Pereyra

En el marco de la sección "Diálogos de Saberes" de la Revista A-Inter-venir, nos complace presentar una entrevista con nuestra estimada colega Selene Mira, una reconocida académica feminista, actualmente Directora de la Carrera Lic. en Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Rioja, con una extensa y destacada trayectoria en los ámbitos de la docencia, investigación, extensión e intervención social. En esta conversación, exploraremos las reflexiones de Selene sobre los procesos de acompañamiento en la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), temas centrales de nuestro interés en esta ocasión.

Selene, nos gustaría conocer tu visión general sobre las potencialidades y limitaciones de la Ley 27.610, que regula la IVE y la ILE en el marco del Código Penal de 1921. Desde tu perspectiva como Trabajadora Social crítica y feminista, ¿cuál es tu análisis y reflexión respecto a las posibilidades, desafíos y limitaciones inherentes a estos procesos?

Selene: Creo que, para el campo del Trabajo Social, para nuestra intervención, si bien es como un ámbito nuevo para trabajar que estamos explorando, recreando permanentemente, es un

espacio muy potente, donde se pueden ampliar derechos permanentemente. Derechos asociados unos con otros, derechos sinérgicos, ¿no? que van resolviendo un montón de situaciones en la vida de las personas gestantes, y no digo mujeres, digo personas con capacidad de gestar o personas gestantes porque es una de las cuestiones más importante que esta ley nos permite reconocer; despegarnos un poco de esa representación de la mujer madre, por ello se habla de personas con capacidad de gestar. Recordemos que, por ejemplo, un varón trans tiene capacidad gestante y tiene que poder acceder y tener el derecho a la autodeterminación sobre su vida y su cuerpo como otra mujer. Entonces, esta ley amplía muchísimos los derechos.

No ha sido fácil su implementación porque, como todos, están los ideales, las leyes. La ley es como un horizonte a seguir, es como la primera disputa o el camino para poder lograr muchos derechos. Pero en lo concreto, en lo cotidiano del hacer profesional hay muchas barreras, obstáculos, dificultades y resistencias que tienen que ver con lo cultural, lo religioso, las prácticas que ya están institucionalizadas en algunos lugares, y esto es disruptivo, ¿no? acá rompe prácticas. Implica equipos interdisciplinarios, implica otra mirada diferente y también esta posibilidad de no juzgar desde mis propios valores o parámetros la vida del otro y respetar, a ultranza, la determinación y el derecho sobre la decisión de la vida y el cuerpo.

Desde una mirada histórica, la ley 27.610 incorpora los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, como uno de los campos más novedosos y recientes del derecho internacional de Derechos Humanos. Si bien, como vos decís existe en el Código Penal, en el artículo 86, ya existía el derecho al aborto, estaba totalmente restringido a situaciones de violación o a personas incapaces, que entendían judicialmente que no tenían la determinación sobre su voluntad, entonces otra persona podía decidir por ellos -incluso dice personas idiotas o incapaces- en esas circunstancias estaba permitida la posibilidad de una interrupción de embarazo; no en otras circunstancias, de hecho, era considerado un delito grave.

Otra de las cuestiones que amplía la ley 27.610 es el hecho de que se entiende, a partir de cuándo es vida, qué pasa con esto de poder interrumpir, si es ilimitado, si no es ilimitado, cuándo es voluntario, cuándo es legal, y esos fueron debates arduos. Antes de la ley, que se aprueba en diciembre del 2020 y que se implementa en enero del 2021; o sea, llevamos no más de dos años y pico en la implementación de la ley. Lo que nos permite, sobre todo, a los equipos de salud es ampliar la intervención no solo al médico como una mirada hegemónica, que históricamente determina qué se puede hacer y qué no se puede hacer sobre un cuerpo. Amplía la decisión, la participación y la habilitación de los procedimientos al equipo de salud: psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, no solo especialistas -ginecólogos y obstetras- sino que también pueden ser médicos de familia, médicos matriculados.

Entonces, reconoce la posibilidad de la interrupción hasta semana catorce como una interrupción voluntaria donde la persona gestante no tiene, ni siquiera, que expresar por qué razón decide interrumpir. Si alguien viene y dice: 'yo quiero interrumpir', debe ser suficiente y debe garantizarse el proceso de manera digna, confidencial, amigable y rápida. La ley nos impone diez días para cerrar los procedimientos; en diez días debería estar resuelta la situación de la persona que lo solicita. Y a partir de la semana catorce, que fue lo más polémico, lo más resistido en casi todos los hospitales del país y que las colegas que estamos haciendo estos acompañamientos hemos tenido que enfrentar, es después de la semana catorce, que ya es una interrupción legal del embarazo. Acá ya no se asocia solamente a causal violación, sino que

amplía a causal salud, y esta causal salud es multideterminada de manera biológica, psicológica y social.

Entonces, puede un psicólogo decir: 'existe causal salud', en función de una entrevista, por su dimensión emocional, afectiva, psicológica. Puede un trabajador social, pararse desde el marco teórico de los parámetros del determinante social de la salud, y decir si habilita o corresponde habilitar un proceso de interrupción legal del embarazo, porque esta persona gestante, en este momento, esta situación no va con su proyecto de vida, no tiene trabajo, no puede darle de comer, está sola, se encuentra retada emocionalmente, no tiene dónde vivir; o se asocian diferentes factores. Entonces, está presente la causal salud en su dimensión social, no hace falta que estén presentes todos los indicadores, pero un profesional puede habilitar perfectamente un proceso de interrupción legal y hacer que se pueda hacer efectivo.

En eso somos claves los trabajadores sociales, en función de las conversaciones que estamos teniendo con otros colegas de distintos hospitales del país o centros de prestación de servicios, es en la ILE donde hay mayor dificultad, porque hasta ahora los procesos de IVE o interrupción voluntaria se hacen, por supuesto, en equipos interdisciplinarios: es un médico el que entrega la medicación, y hay procesos que se hacen ambulatorios, o sea las usuarias o las personas gestantes los desarrollan en su casa, con nuestro acompañamiento o seguimiento.

Las ILES requieren o implican una internación, entonces implica que un hospital de segundo o tercer nivel -no puede ser cualquier lugar- tiene que tener un internado de ginecología, obstetricia o maternidad, tiene que haber quirófanos, tiene que haber especialistas; y ahí, en esa comunicación o en esa habilitación de las internaciones, es donde muchas veces tenemos la resistencia de enfermeros, anestesistas, cardiólogos, especialistas. Por ahí uno consigue la cama pero viene el cardiólogo y te dice: 'no, yo no voy a hacer el electro porque soy objetor de conciencia', o la enfermera te dice: 'yo no voy a dar los analgésicos, no le voy a tomar la presión porque soy objetora de conciencia', y acá hay una cuestión clara, en la ley 27.610 que te dice que no puede ser objetor de conciencia un profesional de la salud que no sea el médico que hace la intervención directa, y ese médico que hace la intervención directa puede ser objetor siempre y cuando alguien lo garantice. Digamos, no puede el 100% del personal médico de un hospital ser objetor, porque torna objetor a la institución.

Claro, obstaculizaría la implementación de la ley

Selene: Ahí está la trampa, porque la sumatoria de todas esas objeciones individuales tornan solapadamente objetoras a las instituciones, entonces cuesta mucho conseguir profesionales que acompañen en esas instancias. Pero bueno, hay avances, hay discusiones, hay equipos, hay médicos que vienen de afuera, hay hospitales que contratan solo para esos procedimientos a personas que vienen de otros lugares, o bien, se redistribuyen funciones y una se ocupa de esto y lo desligan de otras funciones, por ejemplo. Entonces hay dinámicas particulares que se van dando en los hospitales y que han ido haciendo posible la ley de IVE-ILE.

Como otro avance enorme, yo recupero un artículo que publica Luciana Peker -una periodista feminista- el 2 de noviembre del 2023, donde ella da a conocer los resultados de unas investigaciones. Donde dice que a partir de la implementación de la ley IVE-ILE, del plan ENIA, que es para evitar los embarazos no intencionales en la adolescencia, y de la ESI, -la ley de Salud Sexual y la ESI- se disminuyeron un 60%, en el 2023, los embarazos adolescentes no

intencionales. Eso es como una cuestión concreta de un antes y un después de la ley. Y, bueno, nosotros como trabajadores sociales en los equipos de salud hemos podido plantear muchas estrategias de accesibilidad y de garantía en el acceso a la IVE y a la ILE. Por ejemplo, en donde yo trabajo, que es el “Hospital de la Madre y el Niño” se armó como un esquema, un flujograma de trabajo, un protocolo también de intervención, donde las personas que llegan al hospital, en el día, tienen un turno donde no hace falta que digan exactamente, porque es.

Porque muchas veces les da vergüenza ir a sacar turno y decir: ‘mirá, quiero interrumpir un embarazo’, entonces dicen: ‘quiero un turno para el consultorio de salud sexual y reproductiva’; ahí inicia el proceso donde recibe una orientación y la información general de parte de un equipo de enfermeras que hay en este momento, de enfermeras y enfermeros. Si la persona decide avanzar o quiere continuar con el proceso le dan un turno, conmigo en este caso, que yo estoy en la oficina de acceso a la justicia desde el trabajo social o dos psicólogas del equipo de Salud Mental, donde se genera un espacio, que eso es novedoso y es muy importante que lo podamos implementar en distintos lugares, que se llama asesoría en opciones y derechos; es un espacio clave.

Primero, porque uno defiende a ultranza el deseo y la voluntad de la usuaria, segundo, porque acá uno realmente puede ir develando, ayudando en el discernimiento con información clara, concreta, precisa, escuchando. El valor de la escucha activa, pensar en cuál es la mejor situación para esa persona, cómo puede llegar a acceder al derecho; el tema del acuerpamiento que, para mí, tiene un valor metodológico-epistemológico-militante impresionante. El hecho de sentirse acompañadas, de sentirse escuchadas, es muy, es muy pero muy relevante, a la hora de la intervención; que no se sientan en soledad porque las personas gestantes vienen con millones de dificultades en su vida, señaladas, maltratadas, violentadas en un montón de lugares donde van rebotando y llegan tarde, a veces, al hospital y te piden perdón por preguntar, te piden disculpas por tomar esa decisión. Están en conflictos con ellas mismas por sus propios deseos o imposibilidades y que las ponen en jaque realmente, tomar una decisión que implica poner el cuerpo y que su vida esté comprometida en eso. Entonces esto del acuerpamiento es muy importante, y de la escucha.

Una vez que la mujer decide continuar con el proceso le preguntamos qué es lo que necesitas de mí, qué es lo que vos necesitas para tomar la decisión, qué está faltando para que vos puedas decir: ‘quiero interrumpir’ o ‘no quiero interrumpir’. Y en ese proceso se firma un consentimiento informado, que es lo que la ley 27.610 lo solicita y se da un turno para un taller médico. Ese taller médico, que es un taller que dan dos médicas garantistas en nuestro hospital, que son militantes, feministas, que han trabajado con nosotros desde el día uno y antes; ese taller médico explica el proceso donde la mujer conoce, desde que se levanta hasta que expulsa todo lo que su cuerpo va transitando, se saca todas las dudas y de ahí se lleva a la medicación; y pueden hacer ese proceso en su casa, tranquila, sabiendo que hay una guardia, que hay un acompañamiento telefónico.

Una vez que eso se produce, a los diez días vuelven a un control, que es el paso cuatro, donde se cierra el proceso, donde chequeamos clínicamente que esté bien la mujer o la persona gestante y se aplica o se trabaja por el método anticonceptivo para que no tengan que volver a pasar por esta situación, ojalá, nunca más. Entonces, ahí se hace todo un seguimiento y si no vienen yo, por ejemplo, hago una llamada, reprogramamos, vemos si tuvo una barrera; hay todo un trabajo sostenido que se puede hacer desde el trabajo social para garantizar desde que llega la mujer al

hospital hasta que se le coloca el método anticonceptivo o elige una manera de poder vivir su vida sexual de manera protegida y libre a futuro.

En ese sentido, ¿Ustedes han podido detectar una serie de variables que puedan entrar en juego, en relación a los obstáculos que se presentan? Estoy pensando, por ejemplo, que hay un histórico modelo hegemónico de salud que ha planteado, en general, una intervención desde la noción de paciente que ya tiene una carga simbólica muy fuerte ¿Vos ves obstáculos ahí? En ese paradigma médico hegemónico, en la relación que se establece del médico y el paciente, probablemente por una concepción biologicista de la salud que no es, por lo que vos decís, una concepción de salud integral que se viene manejando y que también traen a colación los paradigmas feministas, críticos, del sentipensar, situados ¿Qué nos podés decir respecto de ese punto? En general, ¿Cuáles son los obstáculos, probablemente de concepción o también obstáculos más materiales, de insumos?

Selene: Primero, la mirada delincencial de las mujeres que deciden interrumpir, o sea es como que ya hay un prejuicio muy grande sobre una mujer que decide interrumpir. Las médicas garantistas atienden de manera amigable y demás; el resto de médicos, yo creo que, a partir de estos años, terminan atendiendo una vez que los procesos están iniciados, porque una vez que se inician no pueden negar la atención, porque es abandono de persona y va contra la ley. Pero no lo hacen de manera digna y amigable, hay ciertos actos que hacen como ir a verlas lo menos posible, o dejar a la paciente abandonada en la habitación. Está muy mal entendida la objeción de conciencia porque no se pueden negar ni analgésicos, ni la supervisión clínica, mucho menos anestesia en algunos procesos. El hecho de facilitar legrados cuando a veces no es necesario, hay como una cuestión muy malentendida de la objeción de conciencia, incluso no solo de médicos y enfermeros, hasta los ordenadores.

El que ve el turno se cree con derecho a ser objetor de conciencia, y cuando le piden un turno para interrupción de embarazo, le dicen: 'no, acá no se hace, vaya a otro lado'. O el ordenador cuando entra, el guardia que está en la puerta del hospital, incluso colegas, y eso quiero plantearlo porque me parece muy preocupante; que se dicen objetores de conciencia, cuando el trabajo social tiene una perspectiva de acceso y garantía de derechos. Y esto, por suerte, desde el 2020 dejó de ser un "problema" de salud pública, pasó a ser un derecho de las personas gestantes; entonces no podemos correr de un derecho. Es como decir, sí, voy a trabajar en esto, pero en esto no; no podemos correr de esos derechos, porque si no sería como garantizar el acceso a todos estos derechos y para la interrupción del embarazo no. Y en eso hay una ventana oscura, en el sentido de: yo puedo no querer participar, a lo mejor, de un asesoramiento, pero no puedo negar una derivación efectiva.

¡Claro! en función de la Ley Federal de Trabajo Social, tendría que considerarse, no sólo la promoción del ejercicio de los Derechos Humanos sino también la no inviabilización de ellos; más si uno está trabajando en una institución

Selene: Y acá hay que decir las cosas por su nombre, un colega que se dice objetor de conciencia no es legalmente objetor de conciencia, es un negador de atención. Es un negador de atención y

es un obstaculizador al derecho. Eso me parece que es básico y que tenemos que trabajarlo en la academia.

¿Ese es un desafío? ¿Lo ves como un desafío dentro del trabajo social?

Selene: Es como un desafío, y en otras profesiones también, sobre todo las que tienen cuerpo en la medicina hegemónica. Imagínate si en las carreras sociales nos está costando poder participar de las intervenciones en esto, mucho más a un médico, por ejemplo, o a una obstetra, un ginecólogo. Y después, están las condiciones mismas hospitalarias porque, por ejemplo acá es igual, las pacientes de IVE-ILE, en los hospitales son consideradas como pacientes de segunda o de tercera. Si vienen, no sé, seis o cinco camas y vienen cinco embarazadas y una IVE-ILE le van a dar las camas a las embarazadas y no a la otra mujer.

¿Se podría ver ahí un proceso de estigmatización, de enmarcación de las personas en función de lo que habías hablado anteriormente?

Selene: Yo percibo como que se las atiende por obligación y porque no les queda otra alternativa, por miedo al peso de la ley, no por convicción. No es lo mismo atender por miedo a la represalia, que atender porque vos consideras que esta persona lo merece, merece una atención de este tipo. Entonces es como que te dejan la última, cuando hay una cama libre, cuando se puede; y no es la misma calidad de atención a una paciente, por ejemplo, que va a maternar que a una que no.

113

Más si tenemos en cuenta, seguramente, la concepción integral de la salud que vos mencionas, también el tema de la emocionalidad, que está perjudicando, quizás, la salud en ese mismo proceso de estigmatización, de enmarcación o exclusión, ¿Lo ves así?

Selene: Así es, tal cual. Es un proceso de estigmatización, de hecho, están como señaladas; allá están las IVE-ILE (señala para un lado), acá están las puérperas (señala otro lado). No están en igualdad de condiciones; sí en la ley, pero no en la realidad, no en lo concreto.

Y en relación con esto, justamente estamos viviendo en un contexto muy complicado en materia de Derechos Humanos en la Argentina, ¿Cómo ves la situación actual, en relación con lo que venimos planteando que se viene viendo en los procesos de intervención?

Selene: Yo lo veo con mucha preocupación, primero porque, el DNU que ha propuesto el actual presidente y el actual gobierno nacional está vigente. Si bien se logró dar marcha atrás o frenar de alguna manera, retrasar, el nuevo tratamiento de la Ley Ómnibus, el DNU está vigente y atenta directamente contra los derechos de las mujeres y personas gestantes; y en otros derechos también conquistados, que son muy importantes en nuestra profesión. Porque la persona no solo viene por el embarazo, viene porque no tiene trabajo, porque está en situación de violencia, hay toda una situación situada, particular de esas personas que este DNU afecta directamente. Por ejemplo, eliminan la ley de los mil días, la referencia a las mujeres que pasan nuevamente a ser madres; se elimina completamente la imagen de la persona gestante, es decir,

que ya no tiene ningún reconocimiento legal, o sea solo mujeres y son mujeres madres. Otra de las cuestiones que me preocupa mucho en este DNU que está vigente, y que nos pone otra vez a los equipos en una doble dimensión; está la ley 27.610 vigente pero el DNU también, que nos criminaliza nuevamente, porque al reconocer el derecho a la vida desde el momento cero de la gestación, nosotros nos volvemos otra vez como a la clandestinidad, como que estamos actuando en clandestinidad o a riesgo de algún tipo de represalia, o de sanción, o de persecución; entonces elimina también el principio de autonomía progresiva, que está asociada a distintas leyes y derechos.

En lo que es derechos sexuales y reproductivos, el principio de autonomía progresiva es muy importante en la determinación de la vida sexual de las personas, y eso se elimina completamente en el DNU. La dignidad no es un valor para este proyecto, la dignidad humana. Reemplaza las temáticas de género por el término violencia familiar. Y si uno realmente ahonda en lo que epistemológicamente significa esto, es gravísimo, porque es un retroceso de décadas de trabajo, de conquistas, de discusiones y de luchas para las mujeres. La perspectiva de género es mucho más amplia, no podemos hablar de violencia familiar equiparando a la violencia de género, desconociendo las desigualdades históricas de un sistema patriarcal que realmente nos ha puesto en desventaja a las mujeres a lo largo de toda la historia de la humanidad. Entonces, hablar de violencia familiar es un retroceso; que un ministerio hoy se llame de capital humano y no Ministerio de asistencia social es preocupante.

Totalmente, que subsuma todo allí, la asistencia, la educación, que subsuma en ese concepto de capital humano

Selene: Es una mirada empresarial sobre los programas, sobre la salud, sobre el Estado; de pasar de políticas universales hasta plantear políticas focalizadas. Entonces, hay realmente un plan macabro, siniestro; de desregular las conquistas y de dar marcha atrás a los derechos adquiridos, que va a tener consecuencias en todos los ámbitos de nuestra vida personal, familiar, social, política; y como academia también, como profesionales.

En ese sentido, ¿Cómo ves la posibilidad de contrarrestar esas fuerzas de contraderechos que venimos experimentando? En función de tu experiencia, de tu trabajo; inclusive, en la academia, ¿Cómo conectar la docencia, la investigación, extensión y la intervención en ese sentido?

Selene: Yo creo que si bien, la sensación es de mucha preocupación, también es esperanzador porque la historia de la humanidad, la historia de Latinoamérica, la historia de nuestro país, ha mostrado que las luchas colectivas no han sido en vano. No han sido fáciles, ha corrido sangre, hemos perdido muchas personas, compañeros, pero no han caído en saco vacío, las luchas siempre devienen en alguna conquista. Yo creo que empezó un proceso de resistencia, académica, militante, real, en las calles; donde callarnos es ser cómplices, donde no pronunciarnos es, de alguna manera, ver los cambios pasar sin poder uno intentar modificarlo. Esta vulneración sistemática de los excluidos, de las excluidas del sistema, a nosotros, como trabajadores sociales, nos interpela y nos obliga, de alguna manera -desde una dimensión ética- a poder, por lo menos, ponerlo en cuestión, debatirlo, organizarnos; la dimensión organizativa y

comunitaria que nosotros tenemos es una tarea para ayer, que empezó ayer. Si bien este gobierno tiene dos meses, yo creo que ayer ya empezamos a pensar en esos procesos de resistencia; y habrá que ser creativos, habrá que, tirar ideas, habrá que reunirnos, habrá que acuerparnos y pensar cómo. Pero sí, lo estamos haciendo, por lo menos desde la carrera -acá- desde la universidad, ya estamos teniendo estos debates y pensando estrategias, y creo que a nivel nacional también se está desarrollando.

La conversación ha sido realmente enriquecedora y abordamos una variedad de temas importantes. ¿Hay alguna otra dimensión o aspecto que consideres relevante y te gustaría agregar o puntualizar en relación con lo dialogado?

Selene: Recordar que no ha sido fácil el acceso a la IVE y a la ILE y a todos los derechos, es hora de defenderlos; es hora de sostenerlos. Hay que agarrarlos fuerte y no soltarlos y esperemos que decante esta nueva coyuntura y que la escena pueda transformarse como en otros momentos de la historia se ha logrado.

¡Claro! y que nos implica de manera directa a nosotros, desde nuestra situación actual, porque es una situación en la cual nuestra profesión es una de las profesiones que está directamente tensionada por el contexto; no existe trabajo social sin defensa de los derechos conquistados con tanto esfuerzo, como bien mencionaste vos, con tanta sangre a veces. Y va a ser un gran desafío para los trabajadores y las trabajadoras sociales que nos desempeñamos en distintos ámbitos, de la investigación, la docencia, la extensión, la intervención. Hay una necesidad de acuerparnos, como dijiste, y ver cómo seguimos porque también hay una especie de persecución ideológica, como una variante, ¿Cómo lo ves en esa parte?

Selene: Sí, yo siempre pienso en nuestra querida amiga y colega María Eugenia Hermida, que habla de los procesos de construcción colectiva y que dice que siempre se nos abre la posibilidad de pensar en un mundo otro, quizás no sea mañana, quizás no sea el mes que viene, pero que va a ser y que es posible.

¡Selene, muchas gracias! Te agradezco enormemente por concedernos esta entrevista para nuestra revista. Estamos realmente encantados de incluir tu perspectiva, que no solo es valiosa a nivel local sino también regional. Es crucial visibilizar el Trabajo Social de nuestra región, lo cual a veces puede resultar desafiante debido a diversas barreras, como la falta de publicaciones y la escasa citación de nuestros trabajos académicos. Incluso en el ámbito de la docencia e investigación, es fundamental destacar nuestro trabajo. Por ello, nos llena de alegría y satisfacción poder plasmar esta entrevista en nuestra revista.