

Experiencia de trabajadoras¹ acompañando interrupciones en un Servicio de Salud
Comunitaria durante los años 2014-2016:

El Consultorio de AMEU²

Moglia, Verónica. Profesora de Sociología, Fahce. veronica.moglia@yahoo.com.ar

Introducción

Hasta diciembre del 2020 en nuestro país regía un marco jurídico restrictivo sobre el aborto, en el cual sólo era legal en ciertas circunstancias enmarcadas en el art 86 del código penal del año 1921 y el fallo FAL 2012 de la Corte Suprema de Justicia. A pesar de este contexto de legalidad restrictiva, en Argentina, se han desplegado diferentes estrategias por parte de los conjuntos sociales para el acceso al aborto de manera menos riesgosa. En esta línea, hace más de una década, organizaciones sociales y trabajadores del sistema público de salud brindan espacios de escucha y acompañamiento, en los que ofrecen información pública y legal para abortar. Así se fueron configurando espacios por parte de los trabajadores de salud en hospitales y centro de atención primaria que desarrollaron un proceso de trabajo particular para dar respuesta a la consulta de personas que se acercaban atravesando una gestación no buscada. Fernandez Vazquez (2017) caracteriza a esta estrategia con la noción de política difusa para hacer referencia a la existencia de acciones por parte del Estado que no se producen de un modo planificado, sino que son fruto de la iniciativa de lxs profesionales de la salud.

En el marco de la tesina de grado “Trabajando con situaciones de aborto: la experiencias de trabajadoras de salud acompañando personas en el Consultorio de Aspiración Manual Endouterina (AMUE)” que vengo realizando, esta ponencia se propone reconstruir la experiencia del proceso de trabajo y algunos sentidos generados del conjunto de trabajadoras que desarrollaron un consultorio particular: el Consultorio de AMEU. Este consultorio forma parte de una estrategia de trabajo para abordar situaciones de interrupciones legales de

¹ Se optó por utilizar la “x” cuando se nombra a un conjunto de personas que involucran diferentes identidades de género.

²Aspiración Manual Endouterina

embarazo de un Servicio de salud Comunitaria de un Hospital Público, La Plata durante los años 2014 y 2016.

Para la reconstrucción de dicho proceso se adoptó una metodología cualitativa realizando entrevistas a las trabajadoras del equipo de salud que participaron en la conformación y funcionamiento del mismo y se recuperaron las actas de las reuniones de trabajo del periodo señalado en las cuales se sistematizaba lo charlado y las decisiones tomadas.

En un primer apartado se presenta el andamiaje teórico sobre el proceso de trabajo en general y en salud en particular. Luego se reconstruye el desarrollo del Consultorio de AMEU para el cual se optó por realizar un relato, a partir de las experiencias contadas por lxs trabajadorxs y de recuperar diversas historias de mujeres que han consultado por una interrupción. Cortés (1997) plantea que a través de la narración de una trama algo no solo se ordena, sino se descubre, y esto es porque precisamente la narración está dirigida a un otro. Este recurso como los extractos recuperados de las entrevistas pretenden poder reflexionar sobre el proceso de trabajo de manera relacional entre las personas que consultan y lxs trabajadorxs.

Proceso de trabajo en salud y organización

El trabajo ha tomado diferentes características en los modos de producción y ha oficiado ser unos de los grandes protagonistas de los procesos de cambio social. Siguiendo a Laurell (1978), en la sociedad capitalista el proceso de trabajo es un proceso técnico a través del cual se producen bienes y servicios y, un proceso social, el de valorización del capital. También es una relación social, una de las más importantes de la trama de relaciones que constituyen la sociedad.

En el campo de la sociología del trabajo, Neffa (2015) concibe el trabajo como el resultado de una actividad humana voluntaria realizada bajo tensión. Dicha actividad puede ser ejecutada en un puesto de trabajo, en el domicilio, en el espacio público, en una empresa u organización, estando sometida a determinadas condiciones y medio ambiente de trabajo. Trabajar consiste en la realización de la fuerza de trabajo sobre los objetos de trabajo (la materia prima, y/o la información), ya sea manualmente o utilizando herramientas (máquinas, software). Estas herramientas aumentan la fuerza productiva del trabajo y permiten producir mayor cantidad de bienes, servicios, información o conocimientos.

El concepto de proceso de trabajo especifica la relación entre el trabajo (actividad humana), los instrumentos de trabajo (herramientas) y el objeto (producto de la relación entre los dos elementos anteriores), y por la otra, abre la posibilidad de estudiar el carácter histórico del trabajo (Laurell,1978).

En lo que remite a nuestro estudio, es necesario resaltar que el trabajo es una actividad que no se puede desarrollar de manera automática con la estricta ejecución del trabajo tal como ha sido prescripto por los responsables de la empresa u organización; pues siempre requiere el compromiso inteligente y psíquico del sujeto que se despliega ciertas condiciones históricas y sociales.

En la misma línea, Merhy Emerson (2016) retoma la noción de praxis de Marx que expone la relación hombre-mundo en un proceso de mutua producción. Para elaborar su argumento parte del ejemplo de la actividad de un carpintero desarrollando las nociones del trabajo vivo, en actividad y trabajo muerto.³ En este proceso el autor, retomando nociones marxistas, denomina trabajo muerto a todos aquellos productos como medios que están involucrados en él, por ejemplo, herramienta o como materia prima, como el martillo, madera y que son resultados de un trabajo humano anterior. Siguiendo a Merhy (2016), el trabajo muerto abarca también esa cierta sabiduría del trabajador, es decir el saber ser carpintero por el cual produce determinados productos típicos de este trabajador. De este modo, el autor destaca aquella parte del trabajo muerto vinculada con el modo de actuar y relacionarse del trabajador, como así también aquel conjunto de situaciones que definen el universo tecnológico del mismo. Así, la idea tecnología está muy vinculada con los equipamientos tecnológicos y con un cierto saber hacer, y a un ir haciendo, que da sentidos a lo que será o no la “razón instrumental” del equipamiento.

Entonces en el proceso, el trabajo muerto que el trabajador utiliza ya está realizado, y le es dado como un conjunto de situaciones que comandan al trabajador una parte de su actividad productiva y creativa. Por otro lado, "trabajo vivo" como "posibilidad de" o creadora de" valor se refiere a la persona o subjetividad misma del trabajador", o la "capacidad

³ Cuando un carpintero está produciendo, por ejemplo, una silla, en su proceso de trabajo existen componentes, que están siempre presentes de un modo permanente: el trabajo en sí del carpintero, el conjunto de los elementos tomados como materias primas y lo que son utilizados como “herramientas” o instrumentos de trabajo. Si juntamos todos esos elementos no necesariamente tendremos una silla, pues es fundamental que estén articulados por cierto modo de organización vinculado a la realización de un proyecto. Y este modo de organizar esos componentes se constituye en la sabiduría que el carpintero posee y con sus actos “vivos” permitir la realización de un producto: silla. El carpintero tiene que tener un cierto “saber tecnológico”, un cierto modo de hacer, para juntar los tres componentes anteriores y transformarlos en una silla.

“o 'fuerza de trabajo" que necesita el valor del salario para su reproducción (Dussel, 1994). Merhy (2016), considera al trabajo vivo en acto es trabajo creador, es el que está en acción, el que siendo, y el trabajador puede tanto hacer uso de lo que está dado, como ejercer cierta autonomía en este uso de lo que ya está dado.

Una vez presentado el proceso de trabajo cabe caracterizar su dimensión subjetiva. Retomando a Neffa (2015) en tanto actividad humana expresa iniciativa, ingeniosidad y creatividad para suplir los errores o insuficiencias del trabajo tal como fue prescripto. La resistencia de la materia a ser transformada, el desajuste entre el tiempo de recepción respecto del que se la necesita, las dificultades para procesar la información, los incidentes técnicos y sociales que obligan a interrumpir el trabajo, provocan sufrimiento porque el trabajador debe hacer un esfuerzo adicional al trabajo prescripto y siente miedo cuando se enfrenta al riesgo de fracasar. En tanto también, el trabajo va siempre acompañado de sufrimiento y/o placer en función del contenido y de la organización del proceso de trabajo, de las condiciones y medio ambiente de trabajo, de las relaciones con clientes o usuarios y con el colectivo de trabajo donde está inserto. Ese sufrimiento puede ser sublimado cuando gracias a las calificaciones, las competencias, la habilidad y la astucia que ha acumulado, el trabajador puede superar esos límites y obstáculos y cuenta con un reconocimiento por parte de los otros miembros del colectivo de trabajo, lo cual le permite construir o consolidar su identidad. El trabajo adquiere diferente sentidos para los trabajadores, moldeando su forma de estar y representar al mundo.

En ese sentido Merhy (2003), destaca el papel de los procesos de constitución y reproducción de los escenarios de trabajo en los cuales los trabajadores moldean sus representaciones sobre el mundo y la labor diaria. Merhy, retoma a Foucault (1979) y Guattari(1992) para destacar las conformaciones subjetivantes que la propia dinámica del trabajo impone al modelar el cuerpo como “herramienta de trabajo”, sus espacios, tiempos, e incluso sus modos de sentir. El destaca que el modo en que las “cabezas están siendo fabricadas” también opera en la micropolítica del proceso del trabajo vivo, tanto como procesos de resistencias a los cambios o como procesos innovadores en términos de agenciamientos, como los casos de movimientos contestatarios y antihegemónico.

Existen diferentes trabajos en los cuales el proceso adquiere características particulares, entre ellos lo que se realizan en servicios, por ejemplo hospitales, centros de atención primaria, universidades, escuelas, call centers, teatros. De la Garza Toledo (2009) afirma que si algo caracteriza a fines del siglo XX, es la extensión de la producción inmaterial y de la transformación y generación de objetos puramente simbólicos. La producción inmaterial es aquella en la que el producto no existe separado de la propia actividad de producir y que, de manera ideal, comprime las fases económicas tradicionales de producción, circulación y consumo en un solo acto. Esta compresión del proceso económico pone en relación directa, en el acto mismo de la producción, al productor con el consumidor-cliente. Acerca de la relación entre producción, consumo y necesidad, Merhy (2016) retoma Gestao Sousa Campos, señalando que en el caso de la salud, el usuario de un servicio busca consumir algo que tiene un valor de uso fundamental al permitir que su salud sea preservada o restablecida y, así, el intercambio le permita el acceso a algo que para él tiene un valor de uso que produce un “bien” cuya finalidad es mantenerlo vivo y con autonomía para ejercer su modo de andar en la vida. Y de este modo, en el caso de la producción/consumo, en los momentos asistenciales en salud, se construye un espacio intercesor⁴ entre el usuario y el trabajador/productor del acto, en el cual el trabajador de la salud instituye necesidades y modos de actuar y el usuario también. En este momento, tenemos un encuentro y una negociación, en acto, de los encuentros de necesidades.

En esta línea, Spinelli (2010) refiere como central en el proceso de trabajo en salud a los trabajadores que ponen en juego un acervo de conocimiento y por ende el lenguaje verbal y no verbal. Sostiene que cuando el trabajador se comunica trabaja y cuando trabaja se comunica, expresando el potencial del lenguaje como constructor de la realidad. Y en ese proceso puede transformarse el trabajador del conocimiento en un trabajador nómada, dado que el trabajo puede producirlo en cualquier lado, a diferencia del trabajador manual que necesita estar al lado de la máquina (Spinelli, 2010). Entonces, ¿Cómo se caracteriza el proceso de trabajo en salud en las organizaciones? Desde enfoques muy diversos se ha analizado esta pregunta. Friedson (1991) en la década del 70’ analizó la profesión médica.

⁴ El autor utiliza “espacio intercesor” en sentido de Deleuze: no es una sumatoria de uno y otro, un producto realizado a cuatro manos, sino un “inter”. Este término se usa para designar lo que se produce en las relaciones entre “sujetos”, en el espacio de sus intercesiones, que es un producto que existe para “dos” en acto y no tiene existencia por fuera del momento de la relación en proceso y en la cual los inter resultan instituyente en la búsqueda de nuevos proceso.

Éste aseguró que lo decisivo para el estatus de la medicina y de cualquier otra profesión es su control último sobre su propio trabajo. Considera que muchos de los aspectos de las ocupaciones pueden ser uniformados, y que el control sobre el trabajo no necesita ser total: lo esencial es el control sobre la determinación y la evaluación del conocimiento técnico utilizado en el trabajo; importante, pero secundario, es el control de las condiciones sociales y económicas del trabajo. En sus palabras:

“de este modo, un profesional sigue siendo un profesional aun cuando esté subordinado socialmente a alguien que no pertenece a su profesión en la medida en que no está subordinado técnicamente”. (Friedson,1991,p191)

Desde otro enfoque, Merhy (2016) retoma la especificidad del proceso de trabajo en salud describiendo el encuentro entre el médico y un usuario a partir de la noción de maletines tecnológicos que aquel profesional de la salud utiliza para actuar en el proceso de trabajo, de intersección. Así Merhy describe que el médico, para actuar, utiliza tres tipos de maletines tecnológicos: uno vinculado a sus manos, que incluye por ejemplo, el estetoscopio, como también el ecógrafo, el endoscopio, entre otros equipos que expresan una caja de herramientas tecnológicas formadas por “tecnologías duras”; otro que está en su cabeza, que incluye saberes muy estructurados como la clínica y la epidemiología, que expresan una caja formada por tecnologías leve-duras; y finalmente, otro que está presente en el espacio relacional trabajador usuario y que contiene tecnologías leves implicadas en la producción de las relaciones entre dos sujetos, que solo se materializan en el acto.

El autor afirma que todos los maletines expresan procesos productivos singulares vinculados a cierto tipo de producto. Por ejemplo, el maletín de tecnologías duras con sus equipamientos permite procesar imágenes, exámenes de laboratorios, entre otros. Sin embargo, la obtención de estos productos consume, además del trabajo muerto de la máquina, el trabajo vivo de su “operador” con sus saberes tecnológicos, de modo tal que la lógica productiva instituida en el equipamiento produce una captura predominantemente del momento vivo. Otro maletín, el de la cabeza, permite procesar el recorte centrado en la mirada del médico sobre el usuario como objeto de intervención, en un proceso de captura del mundo de aquel y de sus necesidades bajo la forma particular de significarlo. Esa mirada está construida a partir de ciertos saberes muy definidos que se expresan como trabajo muerto, de allí su lado duro.

Pero al momento de concretar la acción del médico sobre el usuario, su proceso productivo se “contamina”, dándole cierta incertidumbre al producto realizado, y lo desvía de su dureza a través de la relación centralmente leve que el usuario real le impone al raciocinio médico. El maletín de tecnologías leves es aquel que puede producir relaciones y expresan como sus productos, por ejemplo, la construcción o no de acogimiento, vínculo y responsabilizaciones, juegos transferenciales, entre otros.

Merhy resalta que los distintos modelos de atención varían en esa situación relacional entre el profesional y el usuario. En ese momento productivo, esencialmente del trabajo vivo en acto, está abierto, a la disputa de capturas entre distintas lógicas sociales, que buscan adecuar la producción. Para su análisis el autor distingue en el proceso de trabajo en salud dos dimensiones que se pueden recortar: la dimensión propia y cuidadora y la dimensión centrada en los saberes disciplinares y de ciertas profesiones. La dimensión propia del cuidar está dada por los procesos relacionales y leves del trabajo en salud estando presente en mayor o menor medida en cualquier práctica de salud. Esta apunta a producir procesos de habla y escucha, entablar una relación intercesora con el mundo subjetivo del usuario y el modo en que se construyen necesidades, posicionamiento ético, relaciones de acogimiento y vínculo. La otra dimensión hace referencia a la especialidad “profesional”, compuesto centralmente compuesto centralmente en las relaciones entre aquellos saberes tecnológicos con el maletín de las tecnologías duras, focalizando la producción de procedimientos centrados en el médico. En la medicina tecnológica hay un empobrecimiento del maletín de las tecnologías leves que desvía el tecnológico hacia una articulación especial entre el maletín de las tecnologías duras-leves y el de las tecnologías duras, de modo tal que muestra una relación cada más focalizada en las competencias de la acción del médico, al punto que esté prácticamente se reduce a una unidad de la producción de procedimientos, como el acto de salud pretendido. Expresa a ciertas formas de proceder definidos, reducidos a meros procedimientos puntuales, subespecializaciones en el plano de la competencia profesional, con los cuales los profesionales establecen verdaderos vínculos, y a través de los cuales captura a los usuarios y su mundo.

Recuperando el proceso de trabajo:

sentidos, circuitos de atención y abordaje del consultorio de AMEU

A partir de los relatos de las entrevistas se reconstruye y se analiza el proceso de trabajo que las trabajadoras llevaron adelante en el Consultorio de AMEU, especificando la relación entre el trabajo, los instrumentos de trabajo y lxs trabajadoras en una organización, que es un centro de atención primaria del sector público, que acompaña a personas en situación abortos.

En este apartado se realiza una breve contextualización del servicio de salud comunitaria donde funcionó el Consultorio de AMEU, en tanto marco que permite ubicar por un lado, la dinámica de trabajo que se genera desde el momento en que la persona toma contacto con el centro hasta la realización de la interrupción, desatancando el uso de los maletines tecnológicos usados por lxs trabajadoras. Por otro lado, se recupera el abordaje en el consultorio mismo, en palabras de Merhy (2016), el espacio intercesor que se construye entre la persona y lxs trabajadoras, en el cual se instituyen necesidades y modos de actuar de ambos.

El Consultorio de AMEU fue parte de una dinámica de trabajo más amplio del servicio de salud comunitaria de un hospital provincial, donde el trabajo se orientó, entre otras cuestiones, hacia los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos. El Consultorio de AMEU tuvo lugar aproximadamente entre los años 2014 y 2016 según las entrevistadas. Se trata de un proceso de trabajo de servicios, cuya producción es inmaterial es decir que el producto no existe por separado de la propia actividad de producir y las fases económicas tradicionales de producción, circulación y consumo suceden en un solo acto (De La Garza Toledo, 2009).

Desde la apertura del Servicio en 2006 las intervenciones con respecto a la demanda por “embarazos no buscados” ha ido variando configurándose a medida que pasaron los años como una respuesta del servicio de salud. En un principio las consultas que realizaban las personas por embarazo no buscados eran abordadas de manera individual, es decir, cada integrante respondía a la demanda según sus creencias, convicciones y experiencia personal. Ya en el 2012 las personas en situación de aborto podían contar con profesionales capacitados y entrenados para la atención de estas situaciones. La atención tenía dos enfoques de abordaje: la estrategia de reducción de riesgos y daños o que se considere como un aborto no

punible (o interrupción legal del embarazo, como se denominó más adelante). La primera consistía en dar información a la persona de las formas seguras y validadas científicamente sobre la interrupción de un embarazo, acompañando durante todo el proceso (búsqueda de la medicación, en el uso de la misma), incluido los momentos posteriores al evento. En caso de los abortos no punibles, además, se entregaba la medicación desde el efector, así como también se le abría una historia clínica.

El proceso de trabajo comienza cuando la persona toma contacto con el servicio desplegándose una serie de conversaciones y encuentros entre la persona que solicita la interrupción y las trabajadoras. Cabe aclarar que el proceso de la persona de percibirse gestando y tomar la decisión de consultar se produce en el entramado de sus relaciones más personales a partir de un proceso de reflexión acerca de qué hacer. Luego comienza la búsqueda de dar con quien puede resolver aquello que se conformó como un problema: saberse gestando y haber tomado la decisión de no continuarlo o tener la duda acerca de continuarlo o no.

Relato uno:

“Yamila le cuenta a su cuñada que está embarazada, se siente desesperada, estuvo pensando todos estos días en que no sabe cómo va hacer con sus cuatro hijos, que Rubén, su pareja le falta trabajo y que todavía no le llegó la tarjeta del laburo del comedor. María, su cuñada, le comenta que una conocida de ella se acercó a la salita y la ayudaron”

Las personas llegaban al centro de diferentes maneras: algunas por intermedio de agrupaciones feministas, por conocidas del barrio, o por derivaciones de aquellos hospitales o centros de atención primaria cercanas que conocían que se abordaba esta problemática.

Lxs trabajadorxs del servicio estaban sensibilizados con la temática y habilitaban en diversas consultas la pregunta si deseaba continuar o no con el embarazo, por ejemplo, en una consulta de cuidados prenatales. Igualmente, en la mayoría de los casos el primer contacto lo realizaban con el personal administrativo, quienes estaban preparadas para recibir a la persona, así como también calcular las semanas de gestación que cursaba.

Relato 2:

Yamila, luego de pensarlo varios días, entre las náuseas que eran cada vez más seguidas y la rutina: llevar a sus hijxs a la escuela, cocinar y limpiar la casa, se acerca a la salita del barrio. La recibe la administrativa Ana. Yamila le dice que tiene una consulta ginecológica y la administrativa, llevándola a la pequeña cocina del lugar, a solas, le pregunta cuál. Ella calla, cuando estaba por darse vuelta enfilando a la puerta, la trabajadora le pregunta si estaba embarazada y si lo quería continuar o no. Yamila dice: NO.

Una vez advertidas que la persona estaba transitando un embarazo no buscado y solicitaba la interrupción se le entregaba un turno de manera presencial para una consulta, dicha consulta fue designada por las entrevistadas como “consejería”. Además, se solicitaba una ecografía para confirmar el embarazo y las semanas del mismo. El personal administrativo se acercaba a algún medicx o partera para solicitar la orden para el estudio.

Relato 3

Yamila, luego de realizarse la ecografía en el hospital, vuelve al turno en la salita. Va con uno de sus hijxs, Ramiro, quien está enfermo y no tiene quien lo cuide, su pareja salió de chancha temprano. Pasa a un consultorio, la esperan dos mujeres, se presentan. Al salir, Yamila no recuerda los nombres, pero sí que le preguntaron acerca de cómo vivía, si tenía trabajo, con quien, si alguien sabía de la situación, si había estudiado, cómo se enteró que estaba embarazada.

Las trabajadoras resaltan que organizaban el abordaje de estas consultas partiendo de considerar al aborto como un proceso que incluye un momento previo, llamado “pre”, el durante y uno después, el “post”; en cada uno de ellos participan profesionales específicos. La “consejería” corresponde al momento “pre” aborto que consta de una entrevista con dos trabajadores de la salud, un profesional medicx o parterx y una psicóloga o trabajadora social; considerando diferentes dimensiones respecto a la situación por la que atraviesa la persona. Las trabajadoras sociales resaltan la importancia de la entrevista como un momento de encuentro con el otro en el cual se genera un ambiente de confianza en cual la persona pueda poner en palabras que está embarazada, que no ha sido planificado, la realización de algún intento de interrupción inseguro, y su elección acerca de continuar o no con la gestación, entre otros tópicos. Las entrevistas resultan un lugar central en el proceso de trabajo en el

cual, como señala Spinelli, lxs trabajadorxs ponen en juego su acervo de conocimiento a través del lenguaje verbal y no verbal.

Por su lado María, trabajadora social y participante de las consejerías, resalta la importancia de realizar preguntas abiertas:

“por qué estás acá cómo es tu contexto, con quién venís, hacer preguntas abiertas de manera tal que se sienta cómoda y pueda contar la situación” (María).

Además, se acompaña a la persona en la toma de la decisión de la interrupción, ya que a veces cuando se desarrolla la entrevista se tienen muchas dudas al respecto. En este sentido la trabajadora social recuerda diferentes situaciones que se le presentaban:

“Se trabaja con la persona, la autonomía, que la persona si quiere realizar el aborto que sea porque ella piensa que en ese momento para ella es lo mejor y que no sea una culpa que vaya a cargar, este o que venía en la mamá de la traía diciendo ella quiere y por ahí no, iba va más allá de la práctica del aborto, tenés que conocer a la paciente para ver si lo que ya está transmitiendo es una decisión de ella y no de un otro o de otra”(María)

En los encuentros entre las trabajadoras y las personas se advierte el uso de diversas tecnologías blandas (Merhy,2016) que se materializan en el acto; como la producción de vínculos de confianza, a través de preguntar y no dar por sentado la decisión de la persona, consultando de manera amplia para conocer la situación por la cual está atravesando la persona en diferentes dimensiones: subjetiva, social y física.

Entonces, esta consulta podía tomar dos caminos: una intervención de reducción de riesgos y daños en la cual se informaba a las personas cómo interrumpir el embarazo en su hogar de manera segura según los estándares de la OMS para abortar con pastillas o se le ofrecía el AMEU que se realizaba en el servicio. Si elegía la segunda opción (AMEU) se enmarcaba en una interrupción legal del embarazo. Los relatos de las entrevistadas refuerzan que una vez que la persona ingresa al sistema de salud se tiene que garantizar no sólo la información, sino también el método por el cual se lleve adelante el aborto: medicación o AMEU.

Cabe señalar que el AMEU como técnica es un procedimiento instrumental para la práctica de interrupción del embarazo. En el protocolo de ILE del Ministerio de salud de la Nación

del 2015⁵ se menciona que la técnica consiste en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica unida a una fuente de vacío. Este procedimiento, la aspiración de vacío, es más sencillo y está asociado con una menor pérdida de sangre y dolor, presentando mínimas complicaciones en comparación con las que pueden ocurrir con el raspado o legrado con cureta rígida (comúnmente conocido como raspado) que tiene complicaciones como la perforación uterina, lesiones cervicales y la posibilidad de generar sinequias uterinas). (pág. 49). A diferencia de las interrupciones con medicamentos, en la cual la persona la realiza en , la práctica del AMEU transcurre en el centro de salud en compañía de lxs trabajadorxs, la cual tiene implicancias en el proceso de trabajo y los sentidos que este genera. Acerca de la elección de las usuarias sobre la técnica, una de las trabajadoras sociales considera:

“La mayoría cuando vos le das a elegir, elegía el AMEU, nadie se quiere poner pastillas en la vagina en un baño con pozo, nadie elige eso, elige otras cosas, lo que pasa es que lo que podía hacer era eso (un aborto en la casa)⁶ y bueno hacíamos lo que se podía hacer (María)”

Relato 4:

A Yanina le proponen usar pastillas o ir a la salita y que la interrupción sea ahí. Yanina no sabía con quién iban a estar sus hijxs mientras usaba las pastillas, su pareja había conseguido un trabajo en Brandsen esos días, estaba sola. Solo sabía su cuñada, no sabía cómo iba a reaccionar su madre.

La persona que accedía a la interrupción con AMEU era convocada a tres consultas con las profesionales del consultorio. En un primer encuentro se brindaba toda la información sobre el AMEU: de qué se trataba la práctica, qué le iba a pasar, cómo era el procedimiento. Además, le prescribía la toma de un medicamento una hora antes de concurrir a la segunda consulta. Luego, se citaba para el otro día, momento en que se realizaba el procedimiento. Finalizada la intervención se mantenía a la persona un tiempo en el consultorio para ver cómo se sentía y monitorear posibles complicaciones que podían surgir. Asimismo, se le preguntaba a la persona si quería empezar con algún método anticonceptivo (o de cuidado)

⁵ Mencionó este ya que es el que estaba presente en los años que funcionó el consultorio

⁶ Aclaración de la autora

y si elegía el dispositivo intrauterino, conocido como DIU, durante el procedimiento se le ofertaba la posibilidad de su colocación. El próximo encuentro, que se realizaba una semana después, el momento “post”, se conversaba sobre cómo se sentía, y en caso de no haber elegido previamente se le brindaba información sobre posibles métodos anticonceptivos como también se derivó a otra área del servicio: salud mental, enfermería o medicina general. En general las trabajadoras que realizaban la práctica eran una médica generalista acompañada por una partera. Eventualmente, dependiendo de la situación de la persona, participaba de las consultas una trabajadora social, primando el vínculo profesional construido en las consultas previas.

Relato 5:

Yanina estaba muy intranquila cuando llegó el día. Se había olvidado de usar unas pastillas que le habían dado antes. A la pregunta de la médica de por qué no la había tomado, ellas tomó fuerzas y le dijo que “por qué no estaba segura de querer abortar”.

Los relatos obtenidos de las profesionales permiten recuperar tanto la forma de trabajo durante la práctica en sí como la relación que se fue generando con las personas que pasaron por el Consultorio. El relato de este episodio es visto por las profesionales positivamente porque permite mostrar que la persona puede decir lo que sienta en relación con continuar o no con la práctica de intervención:

“nosotras lo hacemos porque vos querés, no por la obligación de hacerlo o porque yo ya preparé todo el material, tranquila, acá vos sos la que manda”(Leticia).

Pero también develó que la persona temía que los profesionales se ofendieran ante el cambio de la decisión, cuestión que podría estar reflejando como es percibida e históricamente instituida la relación profesional- paciente.

Cabe aclarar que al momento previo de la interrupción se solicita la firma del consentimiento informado en el cual la persona habilita la realización de la práctica. En el relato anterior es interesante destacar la importancia que adquiere para las profesionales el consentimiento de la persona durante todo el abordaje a través de habilitar preguntas acerca de cómo se siente, así también leyendo gestos corporales de la persona.

Además de la técnica en sí, se recuperan acciones de acompañamiento a la persona en el momento del procedimiento que incluía agarrarle la mano, realizar técnicas de respiración, poner música que la persona elegía con el espíritu de:

“Sacarle el aura de práctica de quirófano, creo que iba en ese sentido y que la persona se sienta cómoda y tranquila, así que eso, que hacíamos respirar y tratábamos de hablar con ella, a la que quería saber qué estábamos haciendo, que lo sepa” (Mariana)

Otro momento visto por las profesionales como de alivio en la consulta era cuando la médica le anunciaba que *“ya no estás más embarazada”*. Muchas de las personas instantáneamente se sentían aliviadas, lo cual llenaba de energía positiva a las profesionales.

Reflexiones finales

Esta experiencia de trabajo constituyó un caso único en la Provincia de Buenos Aires en materia de abordaje de interrupciones de embarazo, en tanto un Servicio de Salud Comunitaria realizó el procedimiento de aborto en un consultorio con una técnica específica en un contexto legal y social restrictivo durante los años 2014-2016.

En el proceso de trabajo se desplegaron diferentes dimensiones: aquella que tiene que ver con el cuidado y la que está centrada en los saberes disciplinares generando una particular articulación entre ambas. Como nos recuerda Merhy (2016), es en el momento del trabajo vivo en acto en el cual se produce la disputa entre diferentes lógicas sociales. En este caso, la técnica del AMEU forma parte del maletín de tecnologías duras ya que es la producción de un procedimiento centrado en el médico. Cuando las trabajadoras realizan el AMEU, por ejemplo, ponen en práctica una serie de pasos que tienen en su cabeza, su acervo de conocimientos, pero esos pasos, como relata Leticia, no son siempre iguales, pueden verse interrumpidos por el pedido de la persona. Merhy (2016) afirma que, al momento de concretar la acción del médico sobre la persona, a través del trabajo vivo en acto, su proceso productivo se “contamina”, dándole cierta incertidumbre al producto realizado, y lo desvía de su dureza a través de la relación que el usuario real le impone al raciocinio médico. La mirada armada del médico se singulariza en el acto. Si consideramos también dentro del proceso de trabajo las instancias de entrevistas de las cuales participan no solo médicas sino también trabajadoras sociales, en las cuales el proceso productivo se rige

preponderantemente por tecnologías leves que permiten producir relaciones y expresan como sus productos, por ejemplo, la construcción o no de acogimiento, vínculos y responsabilizaciones.

En varias instancias, las entrevistadas médicas recuperan la presencia de las trabajadoras sociales en el momento de la práctica de AMEU, acompañando a la persona, en acciones como dándole la mano, aliento, simplemente estando. Entonces si bien la dimensión disciplinar está presente, las entrevistadas hacen hincapié en la dimensión cuidadora, y de acompañamiento, que está dada por estos procesos relacionales y leves de trabajo en salud. Siendo una diferencia sustancial con aquellos procedimientos que las mujeres realizan en sus hogares.

Esta ponencia trató de recuperar el proceso trabajo en salud relatado por trabajadoras sobre un tema en particular, las interrupciones de embarazo en el Consultorio de AMEU, recuperando algunas nociones teóricas desde perspectivas como la Medicina Salud Latinoamericana. El análisis destacó la agencia de las trabajadoras para dar respuesta a las consultas de las personas creando una estrategia que devino en un proceso de trabajo particular: la realización de un procedimiento en el Servicio de Salud Comunitaria, en el cual las entrevistadas resaltan la importancia del uso de maletín de tecnologías blandas, desvistiendo ese “aura de quirófano” y buscando que la persona viviera ese momento lo más cómoda y tranquila posible.

Bibliografía:

Cortés, B(1997). Experiencia De Enfermedad Y Narración: El Malentendido De La Cura. Revista Nueva Antropología, agosto, año/vol. XVI, número 53-52 Nueva Antropología A.C. México, D.F., México pp. 89-115.

Dussel, E (1994). trabajo vivo y filosofía de la liberación latinoamericana en Dussel, E (Ed), *Historia de la filosofía latinoamericana y filosofía de la liberación*. (1era Ed, pp 205-219).

Delgado, M; Gatica, J; Hesayne, María; et al (2011). Aborto inseguro. Abordaje de un equipo de atención primaria. Congreso ALAMES, Uruguay.

Fernández Vázquez, Sandra Salomé (2017). Políticas públicas difusas: la implementación de las consejerías pre y post aborto en Argentina. *RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 16(1),87-98.[fecha de Consulta 16 de Octubre de 2022]. ISSN: 1577-239X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38051452004>

Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable Ministerio de Salud de la Nación Av. Rivadavia 875, Piso 7 Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2014

Merhy,E (2016). En busca del tiempo perdido: la micropolítica del trabajo vivo en acto en salud en Franco,t; Merhy,E (Ed),*Trabajo producción del cuidado y subjetividad en salud: textos seleccionados*. (1era ed,pp.19-60) Lugar Editorial, ISBN 978908925282

Mintzberg H. (1991). Diseño De Las Organizaciones Eficientes. (4ta ed) Librería "El Ateneo" Editorial. ISBN 950-02-3611-7.

Neffa, JC (2015). Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio. Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (1er Ed) - CEIL-CONICET. ISBN 978-987-21579-9-9

Spinelli, Hugo. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293. Recuperado en 16 de octubre de 2022, de

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300004&lng=es&tlng=es.

Garza Toledo, E (2009). Hacia un concepto ampliado de trabajo en Galarza Toledo, E Trabajo, empleo, calificaciones profesionales, relaciones de trabajo e identidades laborales. (1ra Ed, Vol. I pp 111-140). CAICyT CLACSO. Recuperado en 16 de octubre de 2022: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20160216041739/07.pdf>.