

XXXI CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA GENERAL

RELATO DE EXPERIENCIA

“Entrelazando niveles”

Garantizando el acceso digno a la Interrupción Legal del Embarazo. Bariloche. 2015-2016.



Autores:

- ❖ Allan, Paula (Residente de Medicina General)
- ❖ Ferrer, Eleonora M. (Médica Generalista)
- ❖ Kaszuba Constan, Tamara (Residente de Medicina General)
- ❖ Vera, Gastón (Licenciado en Trabajo Social)

Institución: Hospital Zonal Bariloche “Ramón Carrillo”. Moreno 601. S. C. de Bariloche, Provincia de Río Negro.

Servicio: Residencia de Medicina General.

Tipo de Trabajo (Enfoque): Relato de experiencia.

Categoría Temática: Clínica ampliada/Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado

TRABAJO INÉDITO – SEPTIEMBRE de 2016

INDICE:

- Resumen.....3
- Marco teórico.....4
- Contextualización y encuadre.....9
- Objetivos.....10
- Relato del proceso.....11
- Conclusiones.....15
- Bibliografía.....19

| |
|---|
| <p>TÍTULO: “Entrelazando niveles”. Garantizando el acceso digno a la Interrupción Legal del Embarazo.”</p> |
| <p>Allan Paula A.; Ferrer Eleonora M.; Kaszuba Constan, Tamara; Vera Gastón R.</p> |
| <p>Institución. Hospital Zonal Bariloche “Ramón Carrillo”</p> <p>Moreno 601. S. C. de Bariloche, Provincia de Río Negro, C.P.: 8400</p> <p>Tel de contacto: 0294-4953000</p> <p>Mail de contacto: paulish.ktup@gmail.com</p> |
| <p>Tipo de trabajo (enfoque): Relato de experiencia</p> |
| <p>Categoría temática: Clínica ampliada/Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado</p> |
| <p>El siguiente relato fue construido por integrantes de la residencia de medicina general y servicio social de la Ciudad de Bariloche, a partir de un caso que se dio lugar en la misma, a finales del 2015. Éste, fue trascendental en la ciudad, al ser el primer caso en el que se puso en marcha en Bariloche el protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo publicado en abril del 2015. A partir del mismo, surgieron reuniones interdisciplinarias, dando un vuelco rotundo al manejo de situaciones similares, e insitando a la creación de un protocolo local actualmente aplicado. Nos llevó así, al análisis del manejo de ésta práctica, así como de la temática, que tanta controversia genera. Relatamos el proceso histórico de manejo de interrupciones de embarazo a nivel provincial hasta la actualidad. Nos pareció importante también, exponer las diferentes e interesantes posturas de algunos de los participantes del caso.</p> <p>Creemos oportuno así, continuar el debate y análisis del protocolo, y esperamos que este proceso de cambios que consideramos progresivos, sea sólo el inicio del camino hacia la legalización del aborto.</p> |
| <p>Palabras claves: ILE- autonomía- articulación- accesibilidad - protocolo local</p> |
| <p>Soporte técnico: Cañón de proyección</p> |

MARCO TEORICO:

LA MUJER Y EL ABORTO

“El aborto está en el ADN de la mujer, está en la vida de la mujer: una de cada tres antes de los 45 años va a tener un aborto... ¿Por qué una mujer se provoca un aborto? porque no puede tener un hijo en ese momento de su vida, es fundamentalmente un acto de responsabilidad. Se habla muy mal del aborto y cómo afecta a la mujer, pero nadie hace el seguimiento de una mujer que no debía tener un hijo y sin embargo lo tuvo. Ese estudio no está hecho, pero si se hiciera encontraríamos mujeres que están muy mal, por haber tenido los hijos que no podían tener, pero cuando hay aborto es porque el Estado y la sociedad fallamos, porque ahí hubo un embarazo no deseado.”¹

Empecemos hablando del aborto. Podemos definirlo como la interrupción de un embarazo. Pero ¿por qué hablamos hoy de abortos seguros e inseguros? Aquí llegamos al problema que nos preocupa.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como un procedimiento para terminar un embarazo efectuado por personas que no cuentan con las habilidades necesarias o en condiciones carentes de los estándares médicos mínimos, o ambas circunstancias cuando estas coinciden. (OMS, 2012). Por ende, lo opuesto define al aborto seguro.

En Europa Occidental (2008) donde el aborto tiene una cobertura legal amplia en la mayoría de los países, las tasas de mortalidad son significativamente más bajas (12 abortos por 100.000 mujeres) que en América Latina y Caribe (32 abortos por 100.000 mujeres) y África

¹ (05-09-2016, LA VOZ DEL INTERIOR, Diario digital Córdoba, “Un hijo no puede estar sólo basado en la ternura”, entrevista al Dr. Mario Sebastiani, obstetra desde hace 39 años, lleva atendidos más de nueve mil partos, muchos de ellos en el Hospital Italiano de Buenos Aires donde se desempeña).

(29 abortos por 100.000 mujeres), donde predominan regulaciones restrictivas. Esto se explica porque en los países con leyes de aborto abiertas, el acceso a la anticoncepción es mejor pues se acostumbran a desarrollar políticas integrales de salud sexual y reproductiva complementarias a las medidas que facilitan el acceso al aborto. En condiciones de legalidad, el aborto es uno de los procedimientos médicos más seguros: la probabilidad de que una mujer muera o sea lesionada es insignificante.

La penalización del aborto que rige en numerosos países, lejos de disminuir la incidencia de la práctica, impide el acceso a procedimientos seguros, con lo cual se generan riesgos para la vida y la salud de las mujeres.

El acceso al aborto seguro es limitado en muchos países en vías de desarrollo por las restricciones legales, barreras administrativas, financieras, éticas, religiosas, falta de profesionales con capacitación adecuada entre otros.

Las restricciones legales de cualquier índole al acceso a la interrupción voluntaria del embarazo siempre tienen un efecto marcadamente inequitativo, esto es, afectan a los grupos de adolescentes y mujeres más vulnerables, con menor capital social y educativo y en posiciones sociales más desfavorecidas. De este modo, incluso los abortos considerados de bajo riesgo exponen a las adolescentes a múltiples complicaciones retrasando la búsqueda de atención sanitaria para el aborto y para las propias complicaciones que puedan surgir.

Casi la mitad de los abortos que ocurren en el mundo son inseguros (Guttmacher Institute, 2012).

En los países donde el aborto es ilegal el riesgo de muerte y lesión de las mujeres que buscan interrumpir su embarazo es en promedio 30 veces más alto que en los países donde el aborto está permitido legalmente.

Las adolescentes vulnerables que se desenvuelven en entornos de oportunidades limitadas, marcadas por la desigualdad, sufrirán daños irreparables al no poder contar con apoyo familiar por motivos de desarraigo, abuso o maltrato. Estas adolescentes, que desde una perspectiva equitativa de promoción de la salud reproductiva precisarían de una protección

redoblada, se verán empujadas hacia abortos inseguros o maternidades impuestas. (Elvira Méndez; Mercé Gascó, 2015).

¿QUÉ PASA EN LA ARGENTINA CON LA SITUACIÓN LEGAL DEL ABORTO?

En la Argentina, el Código Penal (CP) justifica el aborto en tres supuestos: peligro para la vida, peligro para la salud, y en caso de embarazo impuesto por violación. En este último caso, se prevé un permiso genérico y uno específico para las mujeres con discapacidad mental.

En el año 2012, en el Fallo FAL, la Corte Suprema de Justicia, basándose el artículo 86 inciso 2º del CP, reafirma, con este pronunciamiento, el imperio del principio de legalidad que prescribe que las leyes están para ser cumplidas, por lo que no puede impedirse a estas víctimas ejercer su derecho a interrumpir el embarazo conforme lo autoriza el CP en esta clase de casos.

La interpretación del artículo 86 inciso 2 en este fallo Incluye personas con o sin discapacidad psicosocial o intelectual, en principio de igualdad y no discriminación, la cual requiere que NO se haga una distinción irrazonable, no justificada entre víctimas de un mismo delito. Priorizando el principio de inviolabilidad de la persona requiere, que se considere a las personas como un fin en sí mismas; no pueden ser usadas utilitariamente y no se pueden imponer conductas heroicas. Sobre el principio de legalidad refiere que interpretar restrictivamente la excepción implica ampliar los supuestos de punibilidad. En cuanto, a las normas contenidas en los tratados internacionales no se puede establecer un mandato para interpretar restrictivamente el CP (restricciones objetadas por los comités de seguimiento de los tratados de derechos humanos). Y por último el proteger el embarazo no es incompatible con permitir su interrupción.

Aclara además, que NO corresponde judicializar los abortos no punibles. La judicialización es una práctica institucional innecesaria ya que no lo requiere el CP, es ilegal porque obliga a la

víctima de un delito a exponer su intimidad, como así mismo contraproducente; la demora pone en riesgo la salud de la mujer.

En cuanto a la intervención del profesional médico, refiere que, el requerir consultas o dictámenes es un proceso burocrático dilatorio, representa un supuesto de violencia institucional, y el impedimento del aborto es una barrera al acceso del servicio de salud con consecuencias.

La obligación del Estado es poner a disposición las condiciones médicas para llevarlo adelante, de una manera rápida, accesible y segura. A partir de ello, exhorta a autoridades nacionales y provinciales a implementar y hacer operativos mediante normas del más alto nivel, protocolos hospitalarios para la atención del aborto no punible (ANP) removiendo barreras de acceso. Contemplando la información y confidencialidad de la mujer afectada. Y se debe evitar procedimientos administrativos o períodos de espera que retrasen la intervención y disminuyan la seguridad de las prácticas; eliminar requisitos no médicamente indicados. Cuya premisa debe ser articular mecanismos para resolver diferencias entre médico/a y paciente; establecer mecanismos que permitan la objeción de conciencia sin perjuicio para la paciente, incorporar protocolos para brindar a las víctimas de violencia sexual asistencia adecuada para su salud física, psíquica, sexual y reproductiva. Realizar campañas de información pública para difundir estos derechos.

En virtud de esto, fue elaborado un protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, publicado en abril del año 2015. En su creación participaron, tanto, profesionales de la salud, como del ámbito legal, a partir de los lineamientos recogidos en el Fallo FAL. El mismo, actualiza la “Guía Técnica para la Atención Integral de los ANP” del año 2010, basándose en el artículo 86 del CP, detalla desde el marco legal, con el objetivo de explicitar el modo de proceder para garantizar el acceso y la realización de la interrupción del embarazo ante distintas problemáticas.

La Provincia de Río Negro se hace presente en materia de salud, produciendo un quiebre en el modelo de atención biomédico y pasando hacia un modelo biopsicosocial, basado en la

atención socio-comunitaria, siendo Río Negro pionera en política de salud mental, salud reproductiva y sexual, y sexualidad humana es así? en la Argentina.

En la última década, la promoción de derechos fue un tema prioritario en la agenda política de salud y educación. La definición de políticas concretas muestran el rol protagónico que asumió el estado, generando mejores condiciones para el ejercicio del Derecho Social en la Salud y la Educación. En 2012 se sanciona la Ley Orgánica de Educación de la Provincia de Río Negro basada en los lineamientos de la Ley Nacional 26.026. La misma enfatiza la incorporación de contenidos asociados a nuevos Derechos: Educación Sexual Integral con perspectiva de género, Educación en DDHH, Educación ambiental.

RN formalizó la aplicación de la Ley Nacional de Educación Sexual Integral 26.150 (sancionada en 2008) en el ámbito del Ministerio de Educación de la Nación, el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, con el objetivo de garantizar el derecho de todos los y las estudiantes del sistema educativo a recibir información relacionada con la sexualidad desde una perspectiva integral, sumando aspectos afectivos, biológicos y de derechos.

Además de la Ley Nacional N° 26586, del Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas Nacional (sancionada en 2009), mediante un proyecto que propone como objetivo promover valores y actitudes que fortalezcan las capacidades de las personas para prevenir las adicciones.

En marzo del 2016, Río Negro incorporó otro instrumento en favor de la aplicación plena de la Ley de Aborto No Punible: El Protocolo ILE, para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo.

CONTEXTUALIZACION Y ENCUADRE:

DESDE UN RINCONCITO DE LA ARGENTINA, CONTAMOS NUESTRA EXPERIENCIA.

La Patagonia es la región con menos habitantes de la Argentina, allí se encuentra la Provincia de Río Negro, pese a que es la provincia más poblada de la región, aporta solo el 1,76% de la población al total país; cuenta con una población de 688.873 habitantes. (Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas 2010).

Los escenarios geográficos y sociopolíticos marcan las diferencias en la distribución poblacional de la provincia. La Provincia de Río Negro está dividida en cinco zonas llamadas sanitarias con un hospital de cabecera en cada zona: en la zona de los valles se asienta el 75% de la población (I zona; este y oeste, zona II y III), un 22 % en la zona andina (IV zona) y el 3% en la línea sur (V zona). (Río Negro 2015).

La zona andina tiene una población de 140.431 habitantes y abarca 26.411 Km² de superficie. San Carlos de Bariloche pertenece a esta zona, se encuentra a 1000 Km de Viedma su capital, y a 1.618 Km de Buenos Aires, y según datos de la sala de situación del 2014, su población es de 127.485 habitantes.

Bariloche cuenta con un hospital público, “el Zonal” o de cabecera, de complejidad 6, con 146 camas. De él dependen 15 centros de salud distribuidos desde el casco urbano hasta un área de 20 Km en la zona periurbana y el más alejado a 45 Km en zona rural.

Dentro de la Ciudad de Bariloche hay una zona denominada “El alto” a 4 km del hospital.

Nosotros lo definimos así:

“El Alto: Ese rincón allá arriba, entre cerros, en-cerrado, donde el Nahuel Huapi no llega. Como tampoco llega (o “tampoco lo hace”) el gas, el asfalto, ni las cloacas. Si tienen, en cambio, corrientes de aire contaminado con la quema del basural, la vista gorda del resto del pueblo, y una de las tasas más altas de desempleo de la Provincia de Río Negro. Homicidios, violencia barrial, problemas de consumo, delincuencia, y necesidades básicas muy lejos de estar satisfechas.

Pero como están en-cerrados, basta con evitar la zona, para olvidarse de que existen, de que son personas, de que tienen derechos y necesidades, y de que NECESITAN de

nosotros, como profesionales y como población, para lograr tener el mismo acceso a su cumplimiento”.

En “El alto” se encuentra El Barrio F, constituido por 600 familias, de las cuales un 42% se atiende en el Centro de Salud del barrio. En este barrio vive MJ, la protagonista de nuestro relato.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Garantizar el acceso digno a la Interrupción Legal del Embarazo en el Sistema Público de Salud de la Ciudad de San Carlos de Bariloche.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Visibilizar la necesidad de articulación entre el primer y segundo nivel de atención en el sistema local de salud de Bariloche para garantizar el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo.

Reflexionar sobre el impacto que generó el caso MJ en los diferentes equipos de salud ante la solicitud de una ILE.

Promover la construcción interdisciplinaria de un protocolo local para la ILE en el hospital local.

Generar espacios de encuentro intersectoriales e interdisciplinarios entre el primer y segundo nivel de atención.

RELATO DEL PROCESO:

En “El alto” se encuentra El Barrio F. En este barrio vive MJ, la protagonista de nuestro relato:

MJ es una adolescente de 17 años, de la Ciudad de S. C. de Bariloche, en dónde vive junto a su hijo de casi 2 años. No terminó el secundario, actualmente no tiene trabajo.

A principios del año 2015, tras separarse del padre del niño, también adolescente, por reiteradas situaciones de abuso emocional y físico, se traslada al Barrio F, en "El alto" de la ciudad, una de las zonas de menores recursos económicos y con mayores problemáticas sociales.

En este barrio reside su familia de origen, con quienes mantiene una relación conflictiva. Ha vivido incontables situaciones de violencia, principalmente con la madre y el padrastro. Tampoco tiene buen vínculo con sus hermanos, quienes además han sido acusados sistemáticamente de “peligrosos por estar involucrados en hechos de robos” en el barrio.

Así y todo, sin más opción, vuelve a la casa de su madre con su bebé de 20 meses. En un principio alterna su estadía entre ésta, y la casa de una amiga, hasta instalarse, más adelante, completamente con su amiga.

En el mes de marzo, comienza a salir con un chico, también adolescente, también violento. No es hasta septiembre, que se enteran en el centro de salud, el retorno de MJ al barrio. Conociendo su historia, ya que había vivido allí hasta un año antes y considerándosela paciente de riesgo, se decide citarla para conversar, principalmente, sobre métodos anticonceptivos.

Costó encontrarla en la casa, pero se logró.

En esta primer entrevista, MJ nos cuenta de ella, su bebé y su nueva pareja. Refiere que éste último, ha sido detenido por la policía la semana anterior, acusado por el homicidio de un familiar, según ella, injustamente.

Se le brinda asesoramiento para realizar denuncia por situación con su anterior pareja y para solicitar régimen de visitas y cuota alimentaria. Se articula con otras instituciones para evaluar posibilidad de mejoramiento habitacional. Se propone cambio de método anticonceptivo de mesigyna a implante, a lo cual accede, por lo que se la cita para el día

siguiente en centro de salud (CS). Como no concurre, pero si lo hace su madre, a control de embarazo, se charla con ella sobre la importancia de la asistencia de MJ al CS.

A los pocos días se acerca, y tras charlar un poco, realizamos el test de embarazo pertinente, dando como resultado positivo.

MJ no se ve sorprendida, relata que tuvo su última menstruación a principios de julio, y que ese mes y el siguiente, no se aplicó la mesigyna. Sabía que habían posibilidades de embarazo. Pese a todo su contexto, se muestra contenta. Solicitamos entonces, ecografía y análisis de sangre.

Al siguiente control, MJ llega tarde, sin haberse realizado ninguno de los estudios solicitados. Insistimos en la importancia de que los realice y volvemos a citar para dentro de 2 semanas.

Ya estamos a finales de octubre, cuando MJ se acerca al CS muy angustiada, a contarnos que su pareja había sido detenida, que *"parece que era verdad que el hijo de puta mató al tío"* y que no quiere saber más nada con él ni el embarazo, por lo que solicita ayuda para la interrupción del mismo. Refiere haberse contactado, mediante una amiga, con el "Socorro Rosa" (red integrada por grupos y colectivas feministas que brindan información y acompañamiento a personas que deciden abortar con misoprostol).

Luego de charlar, aconsejarla y contenerla, le reiteramos la importancia de que se realice la ecografía, para determinar vitalidad fetal y edad gestacional, calculada por FUM (fecha de última menstruación) de 9 semanas. Además. Se ofrece acompañamiento en todo el proceso, que llevaría a cabo con la Red de Socorristas. MJ se retira conforme, más no viene al siguiente control, y en las visitas no se encuentra en su domicilio.

A principios de noviembre volvemos a insistir, y por fortuna, la encontramos en la casa de su amiga. Allí, entre algunos mates, nos relata que 3 días antes, caminando con su hijo por el barrio, fue golpeada en plena calle por sus ex cuñadas, a modo "castigo" por no visitar a su reciente ex pareja que permanece detenida en la cárcel de Bariloche. Refiere también, que *"a causa de los golpes perdió el bebé, por lo que estuvo internada todo el fin de semana, tras realizársele un legrado"*.

El relato de MJ generaba dudas, por lo que se averigua en el hospital, y efectivamente, había consultado en guardia, pero no había estado internada, ni se le había realizado un legrado.

A los pocos días, entonces, se visita nuevamente a MJ, quién desmiente la pérdida del embarazo. Relata haber mentido porque planeaba realizarse un aborto clandestino, dada la

lentitud con que venía avanzando con la Red de Socorristas. Nos cuenta, también, que presenta algunos sangrados vaginales desde la golpiza, y que los últimos días se sintió afiebrada y débil. Al examen físico presenta algunos signos positivos que nos hacen pensar en que puede estar cursando un aborto inminente o haberse realizado maniobras clandestinas, pese a negarlo de manera rotunda. Por esto, solicitamos nuevamente una ecografía de urgencia, le explicamos que debe concurrir en ese momento al hospital, realizarla, y volver luego con nosotros para ser evaluada.

La esperamos toda la tarde... no se presentó.

Al día siguiente acude al CS, manifestando que no se realizó la ecografía por temor a no poder interrumpir el embarazo, por la edad gestacional (alrededor de 14 semanas). Se le explica que la interrupción se puede realizar igual, sin importar el tiempo de embarazo, y la importancia y utilidad de la ecografía, en ese momento, ya que no sabíamos si el embarazo continuaba o no en curso. Más convencida, se retira, prometiendo volver con la ecografía al día siguiente.

Nuevamente, no concurre. Al día siguiente se la visita, no encontrándosela en la casa. Al otro día aparece en el CS manifestando que consiguió "alguien" que le interrumpiera el embarazo ese fin de semana, que le iba a salir re caro pero que no le importaba. Charlamos nuevamente los riesgos de la práctica clandestina, pero MJ decía estar cansada de esperar. "No quiero saber más nada con este bebé, y sigue creciendo... No quiero tener más nada que ver con mi ex ni con su familia. Solo quiero estar con mi hijo y poder volver a la escuela, y sé que si tengo otro no lo voy a querer igual, ni voy a poder salir adelante, porque no voy a poder trabajar ni estudiar, así que no me importa si me pasa algo, mi hijo se quedará con mi amiga, yo no puedo más".

Finalmente, se propone a MJ ser acompañada al hospital, por un miembro del equipo de salud del centro, con quién tenía mejor vínculo, a lo que ella acepta. Allí se realiza la ecografía, que muestra feto de 17 semanas. Durante los momentos de charla con MJ se la percibió angustiada, con episodios de llanto, pero firme en su decisión. Se realiza reunión con el jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia, el jefe de centro de salud, trabajador social de CS, el coordinador médico del Departamento de Actividades Programadas para el Area (DAPA), y la abogada de la institución como asesora legal. Tras discutir el caso, el

protocolo, y la instancia legal de la situación, se decide realizar la interrupción del embarazo, teniendo en cuenta como indicadores: la no planificación del mismo, las situaciones de violencia y amenazas sufridas por MJ, la falta de red de apoyo familiar, y principalmente el potencial peligro hacia su vida que expresa MJ, al referir la probable práctica clandestina a realizarse próximamente.

Se concluye que la situación de MJ se enmarca en una de las causales de salud, principalmente social, del Protocolo ILE, se argumenta la decisión en la causal salud, la cual incluye:

- El peligro para la salud y el peligro para la vida, ya que este último debe ser entendido como la situación extrema de la afectación de la salud.
- El concepto de peligro no exige la configuración de un daño, sino su posible ocurrencia.
- La decisión de la mujer sobre qué tipo de peligro está dispuesta a correr debe ser el factor determinante en la decisión de requerir la realización de una ILE.
- Que en alguna consulta se detecte que la continuación del embarazo pueda representar un peligro para la salud física, psíquica o social de la mujer.

Por todo lo anteriormente citado, se interna a MJ en el servicio de ginecología, dónde uno de los dos únicos ginecólogos del hospital no objetores de conciencia, realiza la interrupción del embarazo mediante el uso de misoprostol vía vaginal.

MJ permanece internada en la institución durante 24 hs., tras lo cual, por cursar buena evolución luego del procedimiento, es dada de alta, citándosele a control al día siguiente e indicándole concurrir al centro de salud para elegir e iniciar nuevo método anticonceptivo. Ese día MJ manda un mensaje por celular a uno de los miembros del equipo del CS, agradeciéndole por la ayuda brindada por parte de todos, y manifestando sentirse “aliviada”.

A la semana, se acerca al CS, donde se conversa sobre todo lo acontecido. MJ se muestra agradecida, despreocupada, aliviada. Le ofrecemos acompañamiento por parte de salud mental, el cual rechaza. Tras conversar sobre los distintos métodos anticonceptivos, elige colocarse el implante subdérmico, lo cual se realiza en ese momento. Con un abrazo se despide, diciendo: “voy a estar bien, ahora estoy tranquila, gracias por todo, de corazón”.

En los centro de salud, en el hospital zonal, en la Ciudad de Bariloche, todavía no se aplicaba el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (Protocolo ILE), actualizado por el MSAL a principios del 2015. Si se venía acompañando a mujeres a interrumpir su embarazo, de manera informal, en algunos centros de salud públicos, con algunos médicos generalistas y no con todo el equipo interdisciplinario, siempre en forma aislada. A este acompañamiento se sumó una red de socorristas locales por más de un año.

CONCLUSIONES:

A nivel local, éste caso, hizo visible la necesidad de una articulación organizada entre el primer y segundo nivel, y entre los mismos servicios intrainstitucionales, para propiciar una adecuada concreción de la práctica de ILE. Por esto, se comenzó la elaboración de un protocolo a partir de reuniones intersectoriales, con miembros del servicio social, de ginecología, asesoría letrada, salud mental, residencias y DAPA.

En un principio, se organizaron videoconferencias con personal de salud de otros hospitales provinciales y ministerios de salud provinciales y nacional. En las mismas, se discutieron tanto el protocolo nacional, como locales, y relatos de casos con distinta resolución. De esta manera, se establecieron herramientas, modos de operar, se unificaron criterios de acción, buscando brindar la mejor calidad de atención a las mujeres que solicitaban la práctica.

Tras dos videoconferencias, entre abril y diciembre de 2015, se concretó reunión en marzo del corriente año, entre CS, DAPA y Servicios de Ginecología, Servicio de Guardia, Servicio Social, Salud Mental, Asesoría Letrada, Comité de Bioética, del cual surgió el nuevo protocolo del sistema de salud público de la Ciudad de Bariloche, que lleva ya seis meses de aplicación, con evaluación y discusión permanente con los servicios intervinientes en la construcción del mismo.

Creemos, de todos modos, que el protocolo debiera ser acompañado de medidas que fomenten o mejoren la calidad y difusión de la educación sexual, considerando la dimensión afectiva, la realización personal, buscando fomentar el respeto y cuidado del propio cuerpo y el de los demás a fin de crecer y madurar responsablemente y no finalizar en situaciones no deseadas. Basándonos, fundamentalmente, en el principio de autonomía, para que la mujer,

así, pueda tomar la mejor decisión posible en la construcción de su propio bienestar, en base a información veraz, adecuada y completa.

En definitiva, entendemos que la legislación reconoce causales para la interrupción legal del embarazo. El ejercicio de este Derecho queda plasmado en legislaciones y guías que dan respaldo.

“... Aquella guía (2010) oficializó una temática e hizo visible la técnica de realización, no hablaba de los derechos ni hablaba sobre el aborto y eso fue el puntapié. Cuando apareció ésta, obligó a todo el mundo a tomar una decisión, porque Nación le planteó a las provincias que tenían que adherir a la guía, (como RN adhirió a la guía 2010 también tenía que adherir a ésta), lo que creó un marco provincial para que se dé el debate localmente.” (Entrevista al Coordinador Médico DAPA, 2016).

Estas líneas deben interpretarse como un punto de partida para iniciar la construcción de políticas públicas cuyos objetivos garanticen el ejercicio pleno del Derecho a la Salud del total de la comunidad. Por lo tanto, enfocarse en abordar los principales problemas que atentan contra la calidad de vida y los derechos de cada persona.

Es necesario, para ello, dar prioridad a las necesidades específicas de los grupos de adolescentes, mujeres y familias más vulnerables y, por tanto, más perjudicadas por una eventual privación de derechos y atención. (Méndez E; Gascó M, 2015).

“.....No es una ley que legaliza el aborto, solo algunas situaciones y entendiendo a la definición de salud desde un concepto integral a la que muchos adherimos, desde ese lugar, dice que el aborto no solo trae un riesgo biológico, en algunos casos, como embarazos complicados, si no también, que la salud de la mujer se ve afectada emocionalmente y socialmente... Y eso, es una novedad para nosotros, que defendíamos esto en los centros de salud... Es un tema visibilizado dentro del sistema de salud, aunque todavía faltan detalles, aún hay equipos de salud que no conocen del todo la práctica, y también hay personas dentro del equipo de salud que creo que ni se enteraron que existe, pero es progresivo... La mirada ha cambiado, ya no es la temática “aborto si, aborto no”; o “ILE si, ILE no”, sino que ahora la temática es el embarazo no deseado y dentro de eso está ILE. Pero también está la

posibilidad de la adopción y está el compromiso de los profesionales de involucrarse más con la anticoncepción y el derecho de la mujer, en eso hay un gran trabajo por hacer.” (Entrevista al Coordinador Médico DAPA, 2016).

Siendo producto de un largo camino transitado por los equipos de salud que acompañaron a estas mujeres en la búsqueda de hacer valer sus derechos, y cuyo detonante fue el caso “MJ ILE” fue y es necesario revisar nuestras concepciones, prejuicios y valores que enmarcan nuestras intervenciones como agentes de salud.

“... A partir del caso se trabajó en capacitación sobre la temática, discusión sobre causal salud, se vió la necesidad de seguir trabajándola en diferentes situaciones que se nos fueron presentando (cada caso es una situación diferente) y planteos sobre responsabilidad de los usuarios, así como de reforzar los métodos anticonceptivos y su adecuado uso. Se trabajó mucho sobre el derecho de la mujer y evitar los juicios de valor al respecto (tarea siempre difícil).” (Entrevista al Jefe CAPS Barrio F., 2016)

“...La intensidad y el ritmo de este caso y de situaciones durante el año que pasó y este, tienen que ver con el proceso de institucionalizar una problemática y una práctica... A partir de abril de 2015, cuando sale la segunda guía de nación (la primera fue 2010, hablaba de guías técnicas y aborto, dos características muy importantes) esto se cambió... Los protocolos tienen que ser locales, la provincia dió un paso más, que fue reglamentar la práctica. Ahora el ministerio dió otro paso más al institucionalizarla, ya que la medicación la daba el ministerio y si no había, farmacia la compraba.” (Entrevista al Coordinador Médico DAPA, 2016).

El caso de MJ ha significado al interior de nuestro hospital un salto cualitativo en la atención y escucha a las mujeres que llegan con la intención de realizar una interrupción. *“Lo que creo es que ahora podemos decir que hay una accesibilidad garantizada y que se borró el fantasma de la conducta ilegal”.* (Entrevista Asesoría Letrada, 2016).

Condujo así, a dejar asentado, que la salud trasciende lo orgánico; que el contexto y las condiciones de vida de nuestro pueblo hacen que el sistema de salud deba “actuar en

función de las demandas del contexto”; que la salud implica diferentes dimensiones, de las cuales, en este caso las mujeres que eligen ésta práctica, son protagonistas.

Asimismo, propulsó el inicio de un proceso de reacomodación y articulación, tan necesaria, entre el primer y segundo nivel de atención, construir, repensar, problematizar el hecho de garantizar una adecuada atención a todas las mujeres que atraviesan por esta situación de estrés.

Consideramos que ésta temática genera diversas controversias, que aún debe ser tema de debate y encuentros entre todos los actores, que de estos emergentes surgen prácticas que generan cambios sustanciales en la atención y asistencia a la población. Y que éstas, nuestras prácticas, deben encuadrarse en el marco de los derechos conquistados, y lo realizado en el caso de MJ, a pesar de generar dudas en su momento, ha sido un claro ejemplo de priorización de la autonomía y respeto por los derechos.

Como equipo de trabajo apostamos a la concreción e implementación de un protocolo de atención local, a la responsabilidad de todos los que intervienen cuando una mujer plantea querer interrumpir su embarazo de forma legítima y legal, a continuar con espacios de capacitación y aprendizajes, a ESCUCHAR.

Entendemos a la salud como la plantea el Dr. Floreal Ferrara, como **“la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida.”**ⁱ. Y es responsabilidad de todos acompañar estos procesos.

BIBLIOGRAFIA:

Caso ILE - Entrevista al Coordinador Médico DAPA

Asociación por los derechos civiles 2013 *ABORTO NO PUNIBLE. PRIMER ANIVERSARIO DE "F.A.L. S/ MEDIDA AUTOSATISFACTIVA". ¿QUÉ OBTUVIMOS Y QUÉ NOS QUEDA POR OBTENER?*

Caso ILE - Entrevista a la Abogada, Asesora Legal del HZB

Caso ILE - Entrevista a la médica del servicio de ginecología

Caso ILE - Entrevista al Jefe del Centro de Salud

Caso ILE - Entrevista al objetor de Conciencia y Jefe del Servicio de Ginecología

Deza, S 2013 *Deber de guardar el secreto profesional en situaciones postaborto*

F. A. L. s/ medida autosatisfactiva. F 259 XLVI Corte Suprema de Justicia

Gebruers C, Gherardi *NEl aborto legal en Argentina: la justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso "F.A.L"*

Guttmacher Institute 2009 *Datos sobre el aborto y el embarazo no planeado en América Latina y el Caribe* Guttmacher Institute

REDAAS *La confidencialidad en la atención del aborto*

Legislatura de la Provincia de Río Negro 2012 *Ley 4796. Atención Sanitaria en caso de Abortos No Punibles*

Méndez E; Gascó M 2015 *Maternidad en la adolescencia y su impacto intergeneracional. Consecuencias de las restricciones legales del aborto* Barcelona Asociación Salud y Familia.

Ministerio de Salud de Río Negro 2014 *El Derecho a la Salud en Río Negro .Fortaleciendo el Sistema de Salud Rionegrino. Etapa 2014-2015*

MSal 2007 *El embarazo en la adolescencia: Diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud* Ministerio de Salud/CONAPRIS, CEDESComisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria, Centro de Estudios de Estado y Sociedad

MSal Abril de 2015 *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo* Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

N Noguera, H Alvarado 2012 *Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería* *Revista Colombiana de Enfermería* 77:151-160

OMS 2014 *Manual de práctica clínica para un Aborto seguro* Organización Mundial de la Salud

Pl Gómez, R Molina, N Zamberlin 2011 *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe* Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX.

Sistema Argentino de Información Jurídica 14 de Marzo de 2016. *DECRETO N° 182/2016. Reglamentación de la Ley Provincial R N° 4796* Sistema Argentino de Información Jurídica

Winkler M, Pérez Salas CP, López L 2005 ¿Embarazo Deseado o No Deseado?: Representaciones Sociales del Embarazo Adolescente, en Adolescentes Hombres y Mujeres Habitantes de la Comuna de Talagante, Región Metropolitana. *TERAPIA PSICOLÓGICA* 23 219-31