

El derecho a decidir: un camino del barrio al sistema de salud

Trabajo Inédito

Año 2018

Categoría temática: Relato de Experiencia, Gestión / Administración de servicios de salud.

Centro de Salud N°3, Eva Perón, Villa Concepción

Independencia 876 Villa Concepción, San Martín

Provincia de Buenos Aires

CP 1651

4830-0711

rominaduarte77@gmail.com

Autoras:

Brisnikoff Johanna Soledad, DNI 31208390, médica generalista.

Duarte Romina, DNI 25757060, licenciada obstétrica.

Monsalvo Paula, DNI 27733567, psicóloga

Sanchez Soledad, DNI 28380495, trabajadora social.

Spalletta Mariel Regina, DNI 31234326, médica generalista.

Villafañe Jimena, DNI 28081337, trabajadora social.

Wahren Verónica, DNI 26474057, médica pediatra.

“El derecho a decidir: un camino del barrio al sistema de salud”

Autoras: Duarte Romina A. DNI 25757060; Brisnikoff Johanna S. DNI 31208390; Spalletta Mariel R. DNI 31234326; Monsalvo Paula DNI 27733567; Villafañe Jimena 28081337; Wahren Verónica DNI 26474057; Sánchez Soledad DNI 28380495.

Institución: Centro de Salud número tres, San Martín, Provincia de Buenos Aires.

Dirección de una de las autoras: Avenida Rivadavia 5474, Piso: 10, Departamento: D, código postal: 1424. Mail: rominaduarte77@gmail.com. Teléfono: 011 1562806034.

Relato de experiencia

Categoría temática: Gestión / Administración de servicios de salud.

La presente experiencia es resultado de un proceso de discusión y reflexión al interior del equipo del centro de salud nº 3 del municipio de General San Martín de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Describiremos los cambios que se fueron dando desde el año 2009, momento en que el equipo tomó el aborto como un problema de salud pública, hasta la actualidad.

Desde una perspectiva de género y derechos es que el espacio de consejería pre y post aborto se inició como estrategia para brindar una respuesta a la demanda de las mujeres y personas con capacidad de gestar que se acercaban al centro de salud. La conformación de este espacio es producto del proceso de trabajo del equipo, el que consistió en instancias de capacitación, reconocimiento de otros actores y trabajo en red para así poder garantizar el acceso al aborto seguro.

Desde un modelo de atención centrado en la salud integral de las mujeres es que consideramos que debemos repensar nuestras prácticas y generar nuevas políticas públicas desde una mirada no androcéntrica. Para ello es imperioso tener en cuenta los efectos que las relaciones asimétricas de poder entre géneros producen en la salud y así potenciar el ejercicio de una ciudadanía plena.

Conceptos y categorías teóricas: área programática, género, situación, trayectoria, aborto, autonomía, consejería pre y post aborto, interdisciplina, intersectorialidad, modelos de atención.

Palabras clave: consejería, aborto, modelos de atención mujeres, derechos.

Índice

Introducción.....	pág. 3
Contexto.....	pág. 3
Objetivo general.....	pág. 6
Marco teórico.....	pág. 6
Material y métodos.....	pág. 9
Historización.....	pág. 9
Síntesis: conclusiones y propuestas.....	pág. 14
Bibliografía.....	pág 18
Anexos.....	pág19

Introducción

En el presente trabajo describiremos los cambios que se fueron dando en el equipo del centro de atención primaria de la salud (CAPS) n°3 desde el momento en que se tomó la interrupción del embarazo como un problema de salud pública hasta la actualidad. Detallaremos además la manera en la que se fueron modificando las relaciones interinstitucionales para garantizar el acceso a la interrupción segura del embarazo.

La institucionalización de políticas de salud de la mujer, con una visión hegemónica del papel de las mujeres como cuidadoras de la salud familiar, en ausencia del varón y de su participación en los procesos reproductivos, trajo aparejadas dificultades para deconstruir y revisar los constructos de género en los que éstas se basaban. Las políticas que toman los aspectos de género, desde la perspectiva de la salud integral y de los derechos sexuales y reproductivos, que pretende este trabajo, se basan en el reconocimiento de que las prácticas y los modelos de atención, requieren nuevos procedimientos para superar las desigualdades. Desde los centros de salud de todo el país y con la implementación del Programa de Salud Sexual dependiente del Ministerio de Salud desde el año 2003 se entregan métodos anticonceptivos a las personas que los soliciten, así como se promueve el goce de la sexualidad plena y se debe garantizar el acceso a abortos seguros ante la solicitud de las mujeres o lxs cuerpos gestantes. En este trabajo expondremos la experiencia del espacio de acompañamiento integral en relación a la temática desde el año 2009 hasta junio 2018.

Contexto

El CAPS n° 3 se encuentra ubicado en el Barrio de Villa Concepción, Partido de General San Martín. El Municipio, integra la Región Sanitaria V de la Provincia de Buenos Aires junto a otros 13 Partidos y forma parte de la denominada Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Es un área totalmente urbana, con una población según proyecciones del Instituto Nacional de estadísticas y censos (INDEC) para el año 2017 de 423.153 habitantes y una densidad poblacional de 7.264 habitantes por km².

El sistema de salud local está conformado por el subsector público que consta de

una estructura para la atención conformada por establecimientos de todos los niveles de complejidad. Existen diecinueve CAPS, dos Hospitales Locales, un Instituto de Rehabilitación Piscofísica, un Centro de Salud Mental y un Hospital Municipal con complejidad de alto riesgo con terapia intensiva. Además, en el municipio existen dos hospitales que dependen de la provincia de Buenos Aires con complejidad de alto riesgo.

Cada uno de los establecimientos municipales tiene delimitada un área programática, las que se pueden definir como un ámbito geográfico de cobertura asignado a un establecimiento de salud, para ejecutar los programas de atención médica y saneamiento ambiental (Lemus J. 1994). Es considerado como un concepto operativo, en el cual cada efector debe prestar asistencia médica y realizar tareas de prevención en el área que tiene bajo su responsabilidad.

En este sentido para que cada CAPS pueda definir y planificar sus actividades acorde a la población que tiene a su cargo precisa conocer, entre otras, las características socio-demográficas y económicas de dicha población.

El área programática del CAPS N° 3 cuenta con un total de 13.419 habitantes (y una población con cobertura pública exclusiva de 6710 habitantes¹), representando el 3,2% del total del municipio y la pirámide poblacional presenta características del tipo expansiva, con una predominancia de población adolescente al momento del censo. Al centro de salud concurren habitantes de los barrios de Villa Concepción, Villa Zagala, Villa Ballester y principalmente del barrio La Rana.

El área programática presenta una gran heterogeneidad socio-cultural, demográfica y habitacional, existiendo diferencias entre Villa Concepción, primer barrio obrero peronista, con muchas instituciones barriales y el Barrio "La Rana", el barrio más vulnerado. "La Rana", cuenta con una densidad poblacional mayor y una pirámide poblacional más joven. Actualmente el CAPS cuenta con 49 trabajadorxs, incluyendo administrativxs, personal de maestranza, enfermeras, técnicxs de radiología y de laboratorio, psicopedagogas, psicólogas, trabajadoras sociales, residentes de medicina general, pediatra, médicas generalistas, personal de mantenimiento, promotoras de salud, médicas clínicas, obstétrica, odontologxs, fonoaudióloga y traumatólogo.

¹ 4º Informe Relevamiento Epidemiológico. Red Perinatal AMBA Documento Técnico N° 01/2009. CISAP.

La decisión de interrumpir un embarazo no deseado o no planificado constituye una de las prácticas más comunes a las que se enfrentan las mujeres de todo el planeta, muchas de las cuales recurren repetidas veces al procedimiento del aborto, ya sea de manera legal o clandestina, practicado en buenas condiciones sanitarias o en condiciones de riesgo.

En Argentina, donde el aborto está legalmente restringido, las complicaciones derivadas de los abortos inseguros son la primera causa de muerte materna lo que lo constituye en un grave problema de salud pública y de justicia social; las mujeres pobres son las más afectadas. Las muertes por abortos representan el 18 % del total de las muertes maternas. A partir de datos relevados por el Ministerio de Salud de la Nación, se estipula que en Argentina se realizan 500 mil abortos al año, unos 1369 por día.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS: 2012) define al aborto provocado en condiciones de riesgo como aquél practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias o en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médica, o ambos. Las consecuencias más dramáticas son sin duda que numerosas mujeres pagan con su propia vida su intento de terminar un embarazo no deseado, debido a las condiciones de inseguridad en que se llevan a cabo esas intervenciones.

El aborto ilegal e inseguro es un asunto crítico en la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe, con consecuencias relevantes en el bienestar y la vida de las mujeres. Es una violación en si misma de los derechos humanos de las mujeres y la expresión inequívoca de las inequidades económicas, sociales y culturales que padecen las mujeres en nuestra sociedad. Esta situación es un problema que está determinado por factores muy diversos: la diferencia de poder entre géneros, la insuficiente educación sexual y la imposibilidad de tener acceso a servicios de salud reproductiva, entre otros.

² Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. Mario y Pantelides, Notas de población N°87 CEPAL 200

Objetivo general

Describir el proceso de conformación del espacio de consejerías pre y post aborto en el Centro de Salud número 3 en el Municipio de General San Martín, Provincia de Buenos Aires, Argentina desde el año 2009 hasta junio de 2018.

Marco teórico

Decidir y transitar un aborto en condiciones inseguras tiene efectos negativos en la salud integral de las mujeres. El proceso salud-enfermedad es una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones de vida y del acceso real a servicios de salud de calidad. Por ello, para identificar, describir y comprender lo que sucede en la salud de las mujeres o cuerpos gestantes en situación de aborto debemos incluir “lo social”, es decir, el contexto en que cada aborto se produce.

Entendemos a la mujer en tanto sujeto social, posicionada socialmente según su pertenencia a determinada clase y, al mismo tiempo, por el género. El género es la forma social que adopta cada sexo, toda vez que se le adjudican connotaciones específicas de valores, funciones y normas, o lo que se llama también, roles sociales. No está vinculado a lo biológico, sino a lo cultural, a lo social. (Lerner 1990)

Cada posición de clase y género se corresponde con determinadas condiciones materiales y simbólicas de existencia, a partir de las cuales se organizan los esquemas de pensamiento, división, orden y clasificación del mundo social. Así, a cada mujer se le presenta un determinado abanico de opciones posibles para abortar, que se encuentran naturalizadas socialmente.

La carga moral que para muchas personas supone el aborto es consecuencia de los estereotipos culturalmente aceptados para definir la feminidad, así como de la valoración de la maternidad como el atributo esencial de las mujeres.

A su vez, el concepto de situación refiere a lo que acontece en un espacio y tiempo determinado entre personas que interactúan. En la situación singular de cada mujer aparecen los “otros significativos”, personas que encarnan un rol familiar o social significativo en relación a la decisión de abortar. En el caso de la familia pueden ser la madre, el padre o la pareja, mientras que el otro social corresponde a médicos, enfermeras, otros profesionales

de la salud y personas que realizan abortos; todos ellos juegan un rol importante en tanto cuentan con algún poder de afectar material o simbólicamente la salud de la mujer.

El concepto de trayectoria del aborto es una forma de organizar la secuencia en que se desarrolla la interrupción de una gesta, teniendo en cuenta situaciones significativas para la salud integral antes y después del evento del aborto. Contempla momentos clave, que van desde que una mujer se entera del embarazo hasta que lo interrumpe o no, con sus implicancias en términos de su salud física y subjetiva, incluyendo la dimensión relacional en que todo el proceso se desarrolla.

Sobre las consecuencias subjetivas de los abortos, varios autorxs coinciden en que es imposible pensarlas independientemente del contexto en que éste se realiza. Fernández y Tajer señalan que al analizar esta problemática es necesario “no suponer que los procesos subjetivos que una mujer puede desplegar frente a un aborto están referidos estrictamente a sus posicionamientos intrapsíquicos”; asimismo, que es central tomar en cuenta las condiciones de posibilidades sociales e históricas, no naturalizar “los sentimientos de culpa como inherentes a toda práctica abortiva” y no confundir “el nivel de los derechos que deben garantizar las políticas públicas con los dilemas éticos que muchas mujeres pueden tener que dirimir frente a su decisión personal de abortar o no”.

En la misma dirección, otras investigaciones coinciden en que las “consecuencias del aborto para las mujeres y la sociedad dependerán de la situación legal y del acceso a un aborto seguro (Fagundes A. 2012). En las sociedades donde es ilegal la práctica del aborto, las mujeres construyen su subjetividad necesariamente en relación a una práctica que “en mejores o peores condiciones según clase social y/o edad, se realiza en condiciones de clandestinidad. Clandestinidad que actúa como base sobre la cual se construyen las significaciones imaginarias en cada mujer que aborta.” (Tajer, D. Fernández A. M, 2008) Esta clandestinidad, además, funciona como un obstáculo al acceso a los servicios de salud, ya que diversos estudios coinciden en que, cuando las mujeres acceden a los hospitales, en esta situación suelen ser tratadas con desconfianza y hostilidad por parte del personal. Esto suele expresarse en marginación, interrogatorios bajo presión, manifestaciones de disgusto.

Las significaciones que cada mujer le da al aborto no son homogéneas, ni lineales, y de ellas dependen que la experiencia se viva como un evento crítico pero superable o como un drama que conmociona y desestabiliza su equilibrio psíquico..

El abordaje de las situaciones que requieren una ILE puede resultar complejo por esto, es recomendable que los espacios que realicen esta práctica cuenten con un equipo interdisciplinario que brinden una atención conjunta, generen espacios de discusión y efectúen interconsultas cuando sea necesario. La Interdisciplina se puede conformar como una oportunidad de acceso a lo nuevo y complejo de aquello que interpela al campo de la Intervención en “Lo Social”. La Interdisciplina es un lugar que se construye cotidianamente en función del diálogo, generándose de esta forma un punto de encuentro.

Las mujeres en situación de embarazo involuntario que se plantean interrumpirlo, al contar con el asesoramiento de una Consejería pre y post aborto pueden tomar decisiones con mayor autonomía.

“La autonomía no es un cerco sino que es una apertura, apertura ontológica y posibilidad de sobrepasar el cerco de información, conocimiento y de organización que caracteriza a los seres autonconstituyentes como heterónomos. Alterar el cerco implica alterar el sistema de información y conocimiento existente, significa constituir un nuevo mundo según otras leyes [...] esta potencialidad la tiene el hombre en tanto condición humana, dado que conlleva la posibilidad de poner en tela de juicio sus propias leyes, su propia institución cuando se trata de la sociedad”. (Castoriadis, 1990) No hay autonomía posible sino se efectiviza un cuestionamiento integral de la sociedad. Si cuando hablamos de aborto nos referimos a garantizar la posibilidad de elección tendremos que considerar en qué medida las mujeres de nuestra sociedad construyen o no su propia posibilidad de autonomía.

Para el caso de la maternidad, la autonomía se define como la posibilidad de elegir cómo, cuándo y con quién tener un hijo. Para que alguien pueda saber qué quiere para su vida y cómo lograrlo, que se sienta con derecho a decir no, a incidir en su realidad para lograr sus proyectos, necesita un tipo de subjetividad cuya construcción no depende exclusivamente de su psiquismo. Entran en juego aquí condiciones de posibilidad sociales e históricas de gran complejidad, y bueno es reconocerlo, de lenta y difícil modificación (Fernández, 2001)

Para brindar una respuesta desde la salud pública, teniendo en cuenta el marco legal vigente, desde hace quince años se están desarrollando en diferentes lugares del país experiencias de Consejerías pre y post aborto destinadas a mujeres que se plantean interrumpir su embarazo. Este modelo de atención está basado en la estrategia de reducción

de riesgos y daños, (IPPF/IRHO. Inicativas Sanitarias 2013= ya utilizada de manera efectiva para disminuir los efectos negativos del uso de drogas y en la transmisión de VIH/SIDA. Este modelo intenta generar cambios al interior de las instituciones de salud dando una respuesta solidaria y oportuna a las mujeres frente al problema del embarazo no deseado. De acuerdo con esta estrategia, desde estos dispositivos se llevan a cabo diversas acciones tendientes a reducir los daños asociados con actividades específicas, sin imponer una valoración moral previa sobre dichas conductas. Es un modelo que encuentra sus pilares conceptuales en la bioética y la deontología, basadas en el respeto y la promoción de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Materiales y métodos

Para la construcción de esta experiencia de trabajo de conformación del espacio de consejería hemos partido de los registros documentales disponibles, como una serie de entrevistas a lxs trabajadorexs del CAPS que estuvieron desde el año 2009. Se realizaron una serie de entrevistas a informantes claves, cuyos resultados formarán parte del presente trabajo. En la misma se indagó acerca de la difusión del espacio, quiénes integraban el equipo, capacitación, formas de registro, circuito de las mujeres en el CAPS, obstáculos y redes interinstitucionales.

La información fue además recopilada a partir de otros instrumentos como cuadernos de campo, archivos de historias clínicas, presentaciones en congresos y espacios de intercambio. Además utilizamos excel y google drive para el registro de las usuarias.; los cuales han sido producto de un proceso de diálogo, y construcción colectiva en torno a la caracterización del espacio de trabajo.

Historización

A continuación se describirá cómo surge y cómo se desarrollan las consejerías de atención pre y post aborto. Esta práctica es fruto de un proceso paulatino, motivado y sostenido por lxs propixs trabajadorxs de la salud, que transitó diversas formas hasta consolidarse tal cual hoy se desarrolla. A través de este recorrido, se pretende exponer cómo

se fueron materializando los cambios en los procesos de trabajo y redefiniendo la modalidad de atención, en base a la reflexión conjunta y a un enfoque de género.

El abordaje de mujeres en situación de embarazo no deseado se inicia en el año 2009 a partir del cambio de dirección del CAPS, con un médico generalista como director y simultáneamente con la incorporación de la Residencia de Medicina General al mismo, la que hasta ese entonces tenía como sede el Hospital Zonal General de Agudos General Manuel Belgrano. Hasta ese momento en el CAPS no se hablaba del tema y tampoco se realizaban consultas de consejería, según trabajadoras del mismo.

Tomando como eje el derecho a recibir información pública y científica respaldada por la OMS y el derecho inalienable de recibir atención médica en cualquier circunstancia es que se inició con este dispositivo. Sumado a la motivación ideológica de garantizar el derecho a la salud integral, se comenzaron espacios de consejería, en los cuales participaban únicamente el director del Caps y algunas residentes de medicina general que se interesaban en el espacio. La difusión de las consejerías era de “boca en boca” y las pocas mujeres/personas con capacidad de gestar en esta situación que llegaban al consultorio eran referenciadas por algún profesional o administrativx amigable al tema, de forma “secreta”, y también referenciadas por la residencia de trabajo social del Hospital Zonal General de Agudos General Manuel Belgrano. No había registro de estas consultas, generalmente no se entregaba receta y cuando se hacía se colocaba otro diagnóstico y era escrita por la paciente. Respecto a las redes interinstitucionales, éstas eran escasas. Ante dudas o complicaciones recurríamos a contactos informales como el CAPS N° 10 del Municipio de San Martín, que realizaba consejerías desde el año 2008. En este momento la temática comenzaba a instalarse en espacios de capacitación por parte de la Organización Social “Lesbianas y feministas”, con algunas médicas de San Martín que garantizaban la práctica y en los Congresos de Medicina General donde se trabajaba sobre las dificultades y obstáculos que se presentaban en los distintos lugares de trabajo.

La difusión dependía casi exclusivamente de lxs profesionales que participaban del espacio, sumado a la cartelera en sala de espera, donde también figuraba el número de la “Línea aborto, mas informacion menos riesgos”, espacio impulsado por una organizacion de la sociedad civil “Lesbianas y feministas por la descriminalizacion del aborto”.

A pesar del avance en el reconocimiento político y social de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos que se registra en la arena internacional, regional y

en escenarios nacionales y considerando que para esta época ya estaba sancionada y reglamentada la Ley de salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25673), el espacio de consejerías, no ha estado exento de disputas y controversias. La mayor parte del equipo de salud estaba en contra de las consejerías, adoptando, en muchos casos, una actitud expulsiva y obstaculizando la difusión.

El dispositivo se enmarca en la perspectiva de la promoción y el fortalecimiento de los Derechos Humanos, haciendo hincapié en los Derechos Sexuales y Reproductivos. El objetivo de este dispositivo es generar un lugar de escucha y contención en donde las mujeres que tengan dudas o la firme decisión de terminar con un embarazo, puedan reflexionar sobre su situación y sean claramente informadas sobre el uso correcto del Misoprostol, medicación considerada por la OMS como segura y exitosa para interrumpir un embarazo de menos de 12 semanas de gestación.

A finales del año 2011, una residente de medicina general del CAPS, luego de realizar una rotación en consejería pre y post aborto en la Organización Social “Mujeres al Oeste”³, confecciona el “Proyecto para la Atención Integral de Mujeres en situación de Embarazo no Deseado en el Centro de Salud N°3”. Es a partir de este momento que las consejerías comienzan a desarrollarse como espacio formal en el CAPS. El mismo estaba conformado por dos médicos residentes y una psicóloga. Los residentes interesados en la temática comienzan a capacitarse en el tema. Se comenzó con la difusión de las consejerías por medio de cartelera en sala de espera que permanentemente desaparecía. Gran parte del equipo se oponía a que se realizaran las consejerías pre y post aborto, adoptando, en muchos casos, una actitud expulsiva y obstaculizadora de la difusión. Con el nuevo espacio se comenzaron a registrar las consultas en un cuaderno, para poder realizar un seguimiento médico de las personas que accedían al espacio.

A mediados del año 2012, año en el que la Corte Suprema se pronuncia con el fallo “F.A.L/ medida autosatisfactiva”⁴ sobre el aborto por violación, comenzamos a formar parte de la red FUSA⁵ con dos finalidades; por un lado, capacitación e interconsulta de casos permanente, y por otra, todas las instituciones u organizaciones que formábamos parte de la

³ Mujeres al Oeste es una asociación civil sin fines de lucro, feminista e independiente, creada en 1995 por iniciativa de un grupo de mujeres del Oeste del Gran Buenos Aires, Argentina, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, afianzar y acrecentar los derechos de las mujeres, niños/as, adolescentes y jóvenes para que puedan ejercerlos plenamente),

⁴ <http://www.cij.gov.ar/nota-8754-La-Corte-Suprema-precis--el-alcance-del-aborto-no-punible-y-dijo-que-estos-casos-no-deben-ser-judicializados.html>

⁵ Asociación sin fines de lucro que se dedica al abordaje de la salud de adolescentes y jóvenes

red participábamos de una investigación en la temática a nivel nacional, completando dos fichas por cada usuaria en forma anónima, donde mensualmente una de las fichas era enviada a FUSA y la otra era utilizada para archivo nuestro. Es así que comenzamos a utilizar estas fichas como única forma de registro y seguimiento de las personas que accedían al espacio de consejerías. A partir de esta red es que generamos contactos informales para consulta telefónica y/o derivación de casos complejos (por ejemplo, edad gestacional mayor a 13 semanas, falla del tratamiento médico con pastillas, etc.) con dos médicas del Hospital Argerich (CABA).

Durante el año 2013, se fue consolidando el espacio de consejería aunque por falta de disponibilidad de otras disciplinas dejó de ser interdisciplinario, quedando como integrantes lxs residentes de medicina general.

De a poco en el CAPS se comenzó a hablar en mayor medida del tema: de manera individual con los distintos profesionales y no profesionales del CAPS y también en las reuniones de equipo. Se fue logrando que la cartelería no fuera retirada de la sala de espera y que el personal del CAPS que antes no referenciaba a las personas que consultaban por las consejerías, lo hiciera. Al interior de la residencia se comenzó a capacitar a todxs lxs residentes en la temática. Dentro de las Jornadas Municipales de San Martín anuales por primera vez se abordó el tema y participamos como capacitadoras la residencia de medicina general del CAPS 3 y la del CAPS 10 y la Organización Social “Mujeres al Oeste”.

Respecto a la forma de obtención de la medicación, en un primer momento, se intentó que la persona gestante consiguiera la medicación (Misoprostol) sin receta y en el caso que no se la vendieran, la realizábamos. La receta era escrita por la paciente y como diagnóstico figuraba: úlcera péptica o artritis reumatoidea (patologías que pueden requerir el uso de Misoprostol para su tratamiento y que su uso se encuentra aprobado por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). La ANMAT aprueba durante 2018 el uso de misoprostol para uso obstétrico.

A mediados del año 2014, se dejó de formar parte de la red FUSA por suspensión de la investigación. Continuamos asistiendo a capacitaciones en otros ámbitos como jornadas interresidencias, congresos de la Federación Argentina de Medicina General, etc. y comenzamos a tejer redes a nivel local:

1- con la residencia de ginecología del Hospital Belgrano, quienes comenzaron a facilitarnos ecografías de urgencia. Hasta entonces la mayoría de las pacientes realizaban las

ecografías en clínicas privadas. Pero desde este momento es que las mujeres pudieron acceder a ecografías en el Hospital. El vínculo con el Hospital Belgrano nos fue muy importante también porque pudimos comenzar a ejercer un diálogo (informal) con el segundo nivel para las personas gestantes que necesitaran derivación.

2- participación en un proyecto de capacitación a equipos de salud de los CAPS de San Martín en Consejerías pre y post aborto del Centro de Salud N°10.

Al dejar de formar parte de la red FUSA también dejamos de utilizar su planilla de registro. Comenzamos a utilizar historias clínicas paralelas a las que se utilizaban para el resto de las atenciones del CAPS y eran archivadas en una carpeta. Las consejerías se enmarcaban como reducción de riesgos y daños. Comenzamos a realizar recetas a todas las mujeres escrita y firmada por el/la medicx tratante.

Año 2015. Con el lanzamiento del Protocolo para la Interrupción Legal del Embarazo del Ministerio de Salud de la Nación y posterior reunión con la coordinadora del Programa de Salud Sexual Municipal de ese momento, decidimos comenzar a enmarcar las consejerías como Interrupción legal del embarazo (ILE). Se crea un protocolo municipal en el que se explicita el acceso de ILE causal salud, se habilita a que las causales violación sean efectuadas directamente en el Hospital Local (Hospital Thompson) y se refuerza la posibilidad de que las mujeres enmarcadas dentro del causal salud luego de dos intentos ambulatorios fallidos con Misoprostol soliciten tratamiento hospitalario. Para esto, el Programa de Salud Sexual municipal luego de efectuar reuniones de trabajo con el mencionado Hospital, crea un formulario para solicitud de atención para estos últimos casos. Se crea una historia clínica de ILE municipal a partir de los modelos de historias clínicas que ya se utilizaban en los CAPS 3 y 10. Se comienza a utilizar una sola historia clínica para el registro de las atenciones por ILE.

En este momento ya se disponía de varios efectores públicos municipales en donde las mujeres podían acceder a la realización de ecografías.

Es durante este año, que con la incorporación de la nueva directora del CAPS (médica generalista) y una médica generalista de planta las consejerías dejan de quedar a cargo solamente la residencia como hasta entonces.

Año 2016. En este año realizamos una experiencia como capacitadorxs del Ministerio de Salud de Nación (MSAL) en consejería pre y post aborto en nuestro CAPS a 30 profesionales de otras provincias el país.

En 2017 participamos de las capacitaciones y reuniones de trabajo organizadas desde la Región Sanitaria V en el Hospital Provincial Manuel Belgrano.

En cuanto al registro epidemiológico, se creó a nivel municipal un código para consejerías pre aborto y otro para las consejerías post aborto; estos códigos se registran en las hojas de estadística clínica que se encuentran en cada CAPS y luego se envían al nivel central municipal.

Acerca del registro de las usuarias del espacio de consejería o ILE en el CAPS, comenzamos a volcar algunos datos en una planilla excel compartida por la aplicación "Google Drive" a todo el equipo.

En cuanto a la conformación de redes, comenzamos a formar parte de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir Regional Norte.

Como resultado de un largo trabajo conjunto entre los CAPS y el Programa de Salud Sexual Municipal es que hoy disponemos en el sitio web de la Secretaría de Salud de varias herramientas para los equipos de salud y la población general.

Síntesis: conclusiones y propuestas.

Establecer lineamientos de trabajo comprendiendo la complejidad, el contexto, el marco normativo, requiere de una capacidad de microgestión en los espacios de intervención que como en la experiencia que presentamos, permite vislumbrar cómo lxs trabajadorxs de la salud se organizan y empiezan a realizar cambios en sus procesos de trabajo, a partir de mejorar la comunicación tanto entre las distintas disciplinas que conforman el equipo, como escuchando y valorizando las necesidades en salud que manifiestan lxs usuarixs. A través de las distintas instancias de discusiones e intercambios como los pases médicos, las reuniones de equipo, reuniones informales, charlas en los pasillos, en nuestro pase interdisciplinario semanal, es que fuimos construyendo un discurso y una mirada común. No somos lxs mismas personas luego de haber compartido con nuestrxs compañerxs y principalmente con las personas que acuden al consultorio de consejería o ILE ya que estas experiencias hicieron mella en nosotrxs.

Es posible apreciar cómo lxs trabajadores de la salud van aprovechando el grado de autonomía que poseen en sus prácticas, pero a su vez se van nutriendo de las experiencias con otrxs y van organizando este tipo de dispositivos que pretenden cuidar a la mujer o persona con capacidad de gestar que va a interrumpir un embarazo.

Entender las relaciones intra institucionales e interinstitucionales desde el concepto de dispositivo puede ser útil en la medida que éste permite una mirada más amplia y la posibilidad de hacer actuar formas de acción desde diferentes nociones, recuperando el concepto de dispositivo como una trama de relaciones. Para la conformación de este dispositivo se articuló con otros sectores del Municipio de San Martín (Dirección de Políticas de Género, Centro Integrador Comunitario “Villa Zagala”, Centro Juvenil La Rana, otros CAPS, Hospitales Locales, Movimiento Evita, Secretaría de Desarrollo, Secretaría de Salud, organizaciones barriales, etc.). La propuesta de trabajo intersectorial requiere de una Intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida. Dicha articulación se relaciona principalmente con la difusión del espacio y la atención a mujeres derivadas desde dichos sectores. El espacio en la actualidad se encuentra abiertamente difundido dentro de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir y también es conocido por instituciones de municipios vecinos, como el de Vicente López.

Un componente importante para la conformación de este dispositivo es la difusión de la información desde la perspectiva de promoción de la salud y reducción de riesgos y daños. Las mujeres se acercan al CAPS principalmente a través del “boca en boca”, a través de amigas, familiares, vecinas que conocen el espacio. Muchas otras llegan a través de espacios barriales con los que trabajamos como el Centro Juvenil “La Rana”, otras se acercan al consultorio de Salud de la Mujer, o son derivadas por profesionales de otros efectores. Además llegan mujeres derivadas a través de las líneas telefónicas que asesoran sobre esta problemática (Línea Aborto, Más Información Menos Riesgo, Socorristas en red, 0800 del Programa Nacional de Salud Sexual del Ministerio de Nación). En general, estas derivaciones corresponden a mujeres que no viven en el área programática, y esto no se constituye en un impedimento para su atención.

Otro componente fue establecer un modelo de Atención integral y personalizada para lo cual es central recordar que no se aborda sujetos con patologías ni a partes del cuerpo, sino que tratamos con personas con sentimientos, dudas, temores, creencias y singulares visiones del mundo. Como mencionamos anteriormente esta intervención considera las múltiples dimensiones: subjetivas y sociales de las personas con capacidad de gestar.

El acompañamiento es llevado adelante por personas del equipo de salud capacitadas en la temática, contemplando la privacidad y la confidencialidad, evitando los juicios de valor y las recomendaciones o prescripciones. En cada momento del proceso de atención se busca generar un espacio que permita conversar en un marco de intimidad y de respeto sobre las cuestiones religiosas, socioculturales, simbólicas, emocionales y afectivas que atraviesa a cada una de las participantes de la consejería. Si bien no todos los profesionales del equipo abordan casos de ILE, sí están informados acerca de cómo realizar la orientación correspondiente. Tanto el sector de administración, como farmacia y enfermería, en caso de ser los que reciben inicialmente a las mujeres, acompañan y realizan la derivación a quienes las realizan. La propuesta de un mecanismo de gestión colegiada crea condiciones institucionales favorables para el intercambio de información y la construcción colectiva de los proyectos terapéuticos. Construcción colectiva, que por consiguiente evita de esa manera que se diluyan responsabilidades y la omisión delante de lo desconocido o frente a lo imprevisto. (Campos S. 1990)

Se ha logrado, mediante el trabajo de varios años, que no haya ninguna persona del equipo que obstaculice la atención. Hoy en día la mayor parte de los médicos generalistas de planta, incluyendo a la directora de la institución, a la licenciada en obstetricia, las trabajadoras sociales así como la psicóloga y gran parte de la residencia de medicina general participan del espacio. Es importante señalar, que la interrupción de un embarazo es una experiencia que las mujeres asumen de acuerdo con sus condiciones individuales y con el entorno social en el que viven. Las mujeres interrumpen sus embarazos por razones muy diversas, y no todas tienen secuelas emocionales y sentimientos de culpa después de un aborto. Muchas se sienten aliviadas y agradecidas cuando reciben una atención integral, segura y respetuosa por parte de los equipos de salud que acompañan situaciones de abortos apoyándose en una postura ética centrada en el respeto a la autonomía de las mujeres.

Otro de los objetivos a través de este tipo de estrategias de abordaje, es facilitar el acceso de la población a la atención de su salud para reducir riesgos y daños, y promover luego el acceso a un método anticonceptivo. Lo que se intenta a través de este espacio es evitar que ocurra un nuevo embarazo no planificado.

Hace poco más de dos meses el debate por la legalización del aborto que se dió en el Congreso Nacional puso de manifiesto no sólo la deuda en materia de salud pública que

tenemos con las mujeres en cuanto a regulación de una ley que les permita el acceso pleno al sistema de salud como sujetas de derecho, sino que también ha visibilizado al aborto como una práctica que existe, como una realidad concreta en la vida cotidiana de muchas personas.

En nuestro país toda mujer, niña, adolescente y, en general, toda persona con capacidad de gestar, tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo cuando éste se encuadre en las causales previstas en el marco normativo vigente. El ejercicio de la opción a la ILE en dichas circunstancias se encuadra en los derechos a la autonomía personal, la privacidad, la salud, la vida, la educación y la información; asimismo, a los principios de no discriminación e igualdad. Pero sabemos que como integrantes de un equipo de salud somos lxs principales actorxs para garantizar el acceso a los servicios de salud.

En general el acceso de las mujeres en el mundo a servicios de abortos legales y seguros ha dependido de múltiples factores y restricciones de orden ético, filosófico, religioso y político, por lo que se continúa manipulando, subestimando cualquier marco de salud pública, derechos humanos o justicia social. Por lo contrario lo primado es la negación de la autonomía sexual de las mujeres por parte de las instituciones del Estado o de las Iglesias dominantes, así como del control de éstas sobre el cuerpo, la sexualidad y la vida de las mujeres. La implementación de este espacio fue (y es) un proceso propiciado por una problemática que nos interpela como equipo y es desde nuestro lugar de trabajadorxs del Estado que somos responsables de garantizar derechos.

Bibliografía

Lemus, J.. Áreas Programáticas. buenos Aires. Editorial Kohan.1994.

OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2º ed. edición, Ginebra, 2012.

Lerner, G. La creación del patriarcado, 1990

Faúndes A., Barzelatto J. “El drama del aborto. En busca de un consenso”. Buenos Aies: Paidós, 2011.

Tajer D. Fernandez A. Maria. “Los abortos y sus significaciones imaginarias”. Cap 1. Realidades y Coyunturas del aborto. Susana Checa compilador. Buenoa Aires Editorial Paisos 2008.

Castoriadis, C. “El mundo fragmentado”, Buenos Aires, Editorial Altamira 1990.

Fernández, Ana María “Autonomías y deconstrucciones de poder” en Irene Meler y Débora Tajer. “Psicoanálisis y Género. Debates en el foro”, Buenos Aires, Lugar Editorial. 2000

PPF/RHO. Iniciativas Sanitarias. Guía para difundir y promover el modelo de reducción de riesgos y daños frente al aborto provocado en condiciones de riesgo, 2012.

Souza Campos G. .La clínica del sujeto: por una reformulada y ampliada. “Gestión en Salud: en defensa de la vida”. Buenos Aires. Lugar Editora. 2000.

Anexos

Guia de Entrevista (antes del 2011) para profesionales

En relación a las consejerías pre y post aborto

1. ¿Cómo se iniciaron en el Centro de Salud N°3? (cuántos profesionales estaban en el espacio. ¿Había intervención interdisciplinaria?)
2. ¿Cómo funcionaba el circuito de la consejería? (Desde que les ingreso al CAPS hasta que llegaba al consultorio)
3. ¿Había obstáculos en el CAPS? Cuáles y cómo se sorteaban.
4. ¿Cómo se difundía el espacio? ¿Se tomaba registro?
5. ¿Había redes interinstitucionales? ¿Cuáles? ¿Cómo articulaban?
6. ¿Algún otro dato o información que quisiera aportar?

Guia de entrevista para administrativos

1. ¿Cuándo y cómo se iniciaron las consejerías en el Caps 3?
2. ¿Noto algún cambio en la visión del personal del Caps respecto las consejerías pre y post aborto a través del tiempo?
3. ¿Reconoce a lo largo del tiempo si existen obstáculos para las pacientes a la hora de acceder a las consejerías?