

“Formación de redes informales: Nuestra experiencia en el acceso a la interrupción legal del embarazo”

Autores: Torelli Noelia, Motaffere Roxana (Instructoras de Residentes) Avila Natalia V., Romera Maria L. (Jefas de Residentes), Giordano Griselda A., Crudele Ana C., Zaloaga Eliana R., Averanga Rocío M., Pereiro Paula, Sossa Centurión Diego C., Rampello Verónica V., Ishihara Karina G., Schicht Fernando D. (Residentes de Medicina General), Scalabrini Cynthia C. , Alonso Laura M.(Trabajadoras Sociales)

Centro de Salud N°7 “Dr. Eizaguirre”, Juarez Celman y Gonzales Chavez S/N (CP 1732), La Matanza, Provincia de Buenos Aires, TEL: 46223117 mail: generalistascelina@gmail.com

Trabajo inédito realizado entre Julio de 2015 y Agosto de 2016.

Relato de Experiencia vinculado a Clínica ampliada / Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado

Introducción:

Durante el año 2015 el Ministerio de Salud de la Nación toma en cuenta esta problemática, llevando a cabo una versión revisada y actualizada de la Guía técnica integral de los abortos no punibles, elaborada por el mismo en el año 2010.

A partir de julio de 2015 se realizaron múltiples capacitaciones, brindadas desde el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As dentro del mismo y los Hospitales Balestrini y Paroissien.

Estas incentivaron, en conjunto con la problemática que representa la mortalidad materna asociada a abortos inseguros y la sensibilización ante las situaciones de vulnerabilidad de las mujeres a algunos de los profesionales de nuestra institución a conformar un equipo de abordaje para la temática de interrupción legal del embarazo.

El equipo de salud (residentes no objetores, trabajadoras sociales, psicóloga) toma la iniciativa en este contexto de construir un espacio que brinde información, derechos, marco legal, autonomía y la reducción de riesgo para la salud.

Identificación, delimitación y justificación del problema:

Debido a cuestiones legislativas, culturales, morales y religiosas que atraviesan a los trabajadores de la salud en particular y a la población en general casi la mitad de los abortos que ocurren en el mundo son inseguros¹. A causa de esto las cifras que se tienen son estimativas, la única información disponible es el número de hospitalizaciones en establecimientos públicos por complicaciones relacionadas a abortos.

¹GutmacherInstitute, 2012

En nuestro medio los abortos realizados en condiciones inseguras están particularmente presentes. Dentro de los procedimientos que habitualmente se utilizan son: recurrir a mujeres del área “parteras” que se ofrecen a finalizar el embarazo mediante sonda Foley, perejil o ruda colocadas en el tracto genital.

En el fallo “F.A.L. s/medidas autosatisfactiva”, de marzo de 2012 la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en su carácter de última intérprete de todo el sistema normativo del país, estableció que quien se encuentre en las condiciones descriptas en el art. 85 inc.2 del código penal “[...] no puede ni debe ser obligada a solicitar una autorización judicial para interrumpir su embarazo, toda vez que la ley no lo manda, como tampoco puede ni debe ser privada del derecho que le asiste a la interrupción del mismo ya que ello, lejos de estar prohibido está permitido y no resulta punible” (CSJN, 2012: Considerando 21).²

En el marco del protocolo citado en la Argentina toda persona con capacidad de gestar tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo en las siguientes situaciones:

- Cuando el embarazo representa un peligro para la vida de la mujer o la salud de la mujer (La conferencia internacional de Alma Ata de 1978 reitera firmemente que la salud, estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades es un derecho humano fundamental).
- Cuando el embarazo proviene de una violación hacia una mujer con o sin discapacidad mental.

No hay acceso público a cifras de mortalidad materna relacionadas a abortos inseguros dentro de La Matanza, tampoco se cuenta con información al respecto de prácticas de interrupción legal del embarazo.

El protocolo está disponible y da un marco legal a la interrupción del embarazo como una

²Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Ministerio de Salud de la Nación, 2010

práctica realizable sin intervenciones adicionales. Sin embargo la aplicación del mismo depende de la voluntad del Jefe/Director de Servicio y/o Institución y/o equipo de Salud, siendo el principal motivo la objeción de conciencia aunque la misma debe ser siempre individual y no institucional.

Objetivos generales:

- Disminuir el riesgo de muerte asociado a la realización de abortos inseguros.

Objetivos específicos:

- Conformar equipos con diversidad de disciplinas.
- Construir una red informal.
- Ampliar la red incluyendo distintos actores sociales.
- Informar sobre los métodos disponibles de interrupción legal del embarazo.
- Ofrecer métodos anticonceptivos post aborto.
- Brindar apoyo y contención dentro del contexto de un trato humanizado.
- Adquirir mayor capacitación respecto a la interrupción legal del embarazo.

Marco teórico:

En lo referido a los aspectos legales y técnicos en la Argentina³ y a nivel internacional existen un gran número de leyes que fomentan la protección de los derechos humanos en general y de las mujeres en particular: El Pacto de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belén Do Para”, la Ley Nacional 25673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, la Ley Nacional de Educación Sexual Integral (Ley 26150), Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en todos sus ámbitos donde desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley 26435). Además existen a nivel mundial Protocolos para el Abordaje del Aborto Seguro, Guía Técnica de la OMS Edición 2007 y sus actualizaciones en el año 2012 (Aborto sin riesgos: Guía Técnica y de Políticas para el Sistema de Salud) y 2014 (Manual de Práctica Clínica para un Aborto Seguro). En

³Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir. “¿Quiénes somos?”, diciembre 2014.

nuestro país existen guías y protocolos nacionales al respecto: Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos no punibles y cumplimiento efectivo de los Derechos Sexuales (www.msal.gov.ar), Guía de Métodos Anticonceptivos Acceso sin Barreras, Guía Nacional de Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, Guía Nacional de Atención Post Aborto y la Guía Nacional de Investigación a la Acción, Aportes para la Reflexión de los Equipos que hacen Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva. Además el artículo 86 del Código Penal Argentino establece la legalidad del aborto por causales: aborto no punible por causal violación (Inciso 2), reforzada por el fallo F.A.L.de la Corte Suprema de Justicia, 13 de marzo del 2012; causal vida y causal salud (Inciso 1), entendida en el sentido amplio como el de OMS (salud como completo bienestar biopsicosocial).

Es oportuno mencionar que la Argentina fue observada en reiteradas oportunidades por no cumplir con la normativa antedicha; como no garantizarlos abortos no punibles o por las torturas sufridas en los hospitales. Un ejemplo es el Dictamen del Comité de Derechos Humanos sobre negativa de las autoridades médicas y judiciales para autorizar un aborto, en la víctima L.M.R. ante petición individual – Comunicación Nº 1608/2007 – fecha de aprobación del dictamen 29/03/2011.

A pesar de todas las reglamentaciones y decretos vigentes, los mismos no son implementados, ya sea por decisiones políticas y/o institucionales y/o directivas en la mayor parte de los efectores tanto del sistema público como el privado. El municipio de La Matanza no es la excepción. En este contexto, y con la demanda real de mujeres de nuestra comunidad con deseo de interrumpir su embarazo, es que se arma un equipo en el Centro de Salud y se generan distintas estrategias para conformar una red informal. Aquí intentamos brindar un espacio de escucha, asesoramiento acerca de la práctica segura y los riesgos que conlleva un aborto inseguro con su posterior derivación y seguimiento.

Según Mario Rovere, “el concepto de redes parte de la fragmentación de la realidad que pone en el centro al sujeto como actor y productor de futuros posibles. Si la fragmentación sobrepasa límites tolerables aparecen como posibilidades las soluciones autoritarias (como la

homogeneización), salvo que se construya otra posibilidad que se llama redes, como formas de articulación multicéntrica”.⁴

Para él, “redes son redes de personas, se conectan o vinculan personas, aunque esta persona sea el director de la institución y se relacione con su cargo incluido, pero no se conectan cargos entre sí, no se conectan instituciones entre sí, no se conectan computadoras entre sí, se conectan personas. Por esto es que se dice que redes es el lenguaje de los vínculos, es fundamentalmente un concepto vincular”.⁵

Según Davas, “... las redes informales existieron desde que el hombre es hombre y pareciera ser que son las formas naturales de interacción humana, dentro o fuera de sistemas de organización jerárquico-piramidal.

Estas acciones “micro” suelen darse en ámbitos locales, temporalmente coyunturales a las necesidades y motivaciones. Generan un aprendizaje que resulta reducido cuando no existe la posibilidad de comparación, generalización y articulación con otras, propias o de otros grupos o comunidades”.⁶

Desde este equipo de salud se construyeron redes informales, conceptualizando a las mismas como más horizontales, de formación artesanal. Las redes que se han formado se caracterizan por poseer gran fragmentación, tener amplias distancias geográficas, distintas gestiones y se organizan en función de la persona, llevando en algunos casos a situaciones de fragilidad de los vínculos formados dentro de la red.

A partir de la experiencia con cada mujer y sus necesidades específicas fuimos armando una red de acuerdo a los deseos y necesidades de cada una de ellas.

⁴Cienc. docencia tecnol. no.46 Concepción del Uruguay mayo 2013. HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES: COMUNICACIONES. Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. Bang, Claudia; Stolkiner, Alicia

⁵ REDES EN SALUD; UN NUEVO PARADIGMA PARA EL ABORDAJE DE LAS ORGANIZACIONES Y LA COMUNIDAD. Rovere, 1999

⁶Davas, E; Najmanovich, D. (Compiladoras) “Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil.” Editorial Paidós, Buenos Aires, 1995.

Si bien las características de la formación de nuestras redes son individualizadas con el consecuente centrado en la mujer, en nuestra experiencia el peligro de la formación de estas redes tan artesanales, informales y fragmentadas, además de centrarnos en la subjetividad de cada mujer nos obliga a la improvisación y la falta de sustentabilidad de este entramado.

Materiales y Métodos:

El equipo se conformó con los Residentes de Medicina General no objetores de conciencia, jefes de Residencia, trabajadora social y psicóloga.

Las mujeres llegan al dispositivo en principio derivadas por los servicios de Medicina General, Ginecología, Obstetricia del Centro de Salud, Envión y por difusión entre la comunidad.

La primera estrategia desarrollada por el equipo fue la realización de consejerías compuestas por un médico y un trabajador social o psicólogo, una vez que la mujer tomaba la decisión de interrumpir el embarazo se confecciona un informe para derivación al segundo nivel municipal, donde contábamos con un médico ginecólogo que utilizaba la técnica AMEU (El único médico que realizaba este procedimiento dentro de la institución).

Sólo se pudieron realizar 2 consejerías con esta metodología, debido a que la Gestión Municipal considero que ante la inexistencia de una red formal de referencia y contrarreferencia no existía garantía de atención ante posibles complicaciones.

A partir de ese momento el rol del centro de salud es la articulación con distintos equipos de primer y segundo nivel, la conformación de redes informales, brindar una preconsejería quedando la consejería (Entendiéndose por esta aquella avalada por la institución y que provee el método para la interrupción del embarazo) para el segundo nivel.

A partir de esta situación se decidió contactar con otros centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires que realizan actualmente las consejerías y el acceso a la medicación con restricciones por causales psicosociales relatados por las mujeres que fueron a estos Centros y las dificultades para adquirir el misoprostol. Luego se contactó con el Hospital Equiza por medio

de la residencia de Trabajo Social, ya que cuenta con profesionales que realizan las interrupciones mediante AMEU.

El último lugar con el que se articuló fue el Hospital Provincial Simplemente Evita de Gonzales Catán donde encontramos dentro de la construcción de nuestra red un equipo interdisciplinario más receptivo, con una mayor disponibilidad de horarios y además un acceso facilitado a la ligadura tubaria para las mujeres que lo soliciten y a diferencia de las instituciones previamente mencionadas, el procedimiento se realiza de forma ambulatoria siempre y cuando no presente alguna complicación.

Actualmente y a partir de la creciente demanda y el fortalecimiento de los profesionales que se involucraron con la temática conformamos un equipo de entrevista integrado por duplas de profesionales de Trabajo Social, médicos de la residencia de Medicina General y Psicología. A aquellas mujeres que no se hayan realizado una ecografía se les facilita el turno en el Centro de Salud con un profesional amigable. Una vez corroborado el embarazo armamos un informe en el cual figura el causal contemplado dentro del protocolo de interrupción legal del embarazo, se le informa de cuáles son las prácticas habilitadas para realizar el procedimiento y en caso de dar su consentimiento se informa sobre las redes disponibles dentro de la región sanitaria. En caso de que decida continuar con el embarazo el control del mismo se realiza dentro del Centro de Salud.

Luego de la interrupción del embarazo se otorga un método anticonceptivo en el segundo nivel de atención o bien se realiza la contrarreferencia para consejería de anticoncepción y entrega gratuita de métodos dentro del contexto del Programa de Salud Sexual y Reproductiva en nuestro Centro de Salud.

Consideraciones éticas:

La interrupción legal del embarazo es un tema ligado a controversias que genera debates y divisiones en el equipo de Salud. Respetamos la postura de quienes se declaran objetores de conciencia siempre y cuando cumplan con las derivaciones pertinentes en tiempo y forma y con el respeto debido. Creemos que las consideraciones personales ante una situación de aborto, no deben interferir bajo ningún punto de vista con el deber médico ante una instancia que representa un riesgo claro para la salud de la mujer sumado al estado particular de vulnerabilidad que genera.

Sostenemos que para reducir el riesgo de afección de la salud en todas sus esferas es necesario *“Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”*⁷.

Relevancia para la Medicina General y los Equipos de Salud:

Como equipo de salud de un ámbito de atención primaria consideramos que nuestra labor representa una puerta de entrada al sistema de salud público.

Las prácticas para la interrupción legal del embarazo son realizables en su totalidad dentro del primer nivel. Sostenemos que la salud es un derecho y abogamos por la generación de herramientas en pos de la comunidad que ayuden a la resolución de sus conflictos. Parte de ello, es la garantía de las prácticas relacionadas con la libertad sexual y reproductiva, incluyendo la interrupción legal del embarazo por todos sus causales.

Resultados:

Se intervino en un total de 17 casos desde el inicio de la sistematización, los primeros dos se articuló con el Hospital Germani y fueron por causales social y psicosocial respectivamente. El tercer caso se articuló con el CESAC N°5 y el causal fue psicosocial. Se destaca que por los problemas institucionales relatados previamente se derivó a la paciente sin informe. A partir del cuarto caso hasta el octavo la red se amplió al Hospital Equiza, donde las causales fueron médicas para la primera mujer derivada al segundo nivel de atención y sociales para las otras 3.

⁷ Campaña por el derecho al aborto legal. http://www.abortolegal.com.ar/?page_id=10

El caso número 9 fue el único que no accedió al ILE luego de arribar a nuestra preconsejería, ya que se encontraba cursando la semana número 16 de su embarazo. El décimo caso fue la primera articulación con el CESAC N°7 ya que no fue posible conseguir las pastillas necesarias para el procedimiento. El causal fue la falla de método anticonceptivo.

A partir del onceavo caso en adelante el lugar de referencia principal de nuestra red pasó a ser el Hospital Simplemente Evita de Gonzalez Catán. El primer caso manejado junto con esta institución tuvo como causal violación. El segundo no se realizó el procedimiento por decisión de la mujer (Llegó a la preconsejería por presión familiar). Se anexa una tabla con los detalles de los causales y si fue o no posible realizar las consejerías post aborto dentro de la sala y gráficos que muestran los resultados obtenidos.

Discusión, conclusión y propuestas:

Consideramos a modo de logros que:

A pesar de todas las adversidades por las que atravesamos, sean institucionales o políticas, logramos como equipo de salud, en solo un año de funcionamiento, armar una red informal centrada en las necesidades de la mujer para que accedan en tiempo y forma al procedimiento. Además se favoreció una instancia de trabajo interdisciplinario en el centro de salud.

Logramos dar un espacio de escucha, atención y respuesta a las 17 mujeres que se acercaron a la preconsejería.

Si bien consideramos que durante la implementación de nuestro dispositivo hemos tenido importantes logros y éxitos, no perdemos de vista que estas prácticas deben estar instaladas institucionalmente dentro de todos los efectores de salud sin restricciones ni prejuicios por parte del equipo de salud. Esto solo puede lograrse si hay voluntad de los decisores en Salud con respecto a respetar las normativas legales vigentes. La falta de decisión política condiciona la implementación efectiva de las sobradas normativas y protocolos actuales.

Propuestas y desafíos del equipo:

- Generar espacios interregionales dentro del Municipio, para fortalecerlos y armar una Red formal que brinde a la mujer estrategias para defender sus derechos y mayor accesibilidad a la hora de decidir sobre su cuerpo.
- Acceder a capacitaciones permanentes sobre ILE (técnicas y manejo de medicación)
- Acceso a provisión de recursos materiales para el Centro de Salud garantizados por el Estado (Misoprostol y AMEU)
- Mejorar las instancias de la consejería post aborto incluyendo la contrarreferencia institucional.
- Favorecer el vínculo entre la mujer y el equipo de salud posterior a la interrupción del embarazo.
- Generar mayor fluidez en la comunicación y el abordaje desde el equipo interdisciplinario.

Tablas y gráficos:

CASO	F. de Nac.	Mes de consulta	Motivo del I.L.E.	Edad gestaciona l	Consejería Post
Caso 1	17/01/93 (22 años)	Agosto /2015	Causal social: abandono de su pareja, extorsión sexual, sin red familiar y en 1º fase de tratamiento por TBC. Derivada a HtalGermani	9 semanas	SI
Caso 2	10/12/91 (23 años)	Agosto /2015	Causal psico-social: abandono previo de su ex pareja y desinterés de la actual con este embarazo. Falla en la toma de A.C.O. Inseguridad y falta de elaboración de traumas anteriores. Derivada a Htal. Germani. Técnica: AMEU	5 sem, 4 días	SI. Continúa con D.I.U.
Caso 3	12/12/83 (32 años)	Septiembre /2015	Causalpsico social: labilidad emocional, desapego con embarazo. Por problemas institucionales es derivada a CESAC N° 5 sin informe.	Entre 8 y 10 semanas	SI. Informa que tomó pastillas indicadas por la médica general del CESAC. No se

					<p>produjo el aborto. Decide continuar con embarazo. Rea-liza ecografías de control y sigue embarazo con obstétrica del Centro de Salud.</p>
Caso 4	28/04/87 (28 años)	Octubre /2015	<p>Causal médica: TBC multiresistente. Riesgo por antecedentes de eclampsia en parto anterior. Paciente informada de los efectos teratogénicos de la medicación y la paciente decide interrumpirlo. Derivada a Htal. Equiza</p>	<p>Se ignora. Se ha manejado en forma clínica por el Dr. Falcone (médico tratante)</p>	NO
Caso 5	Entre 28 y 30 años	Noviembre/2015	<p>Causal social: 4 hijos, dos DIU descendidos, falla en ACO, situación de pobreza. Fue derivada al Serv. Social del HtalEquiza para nueva Consejería y luego se realiza AMEU</p>	Entre 8 y 10 semanas	<p>Volvió a informar que se le ha colocado un DIU</p>
Caso 6	5/09/84 (31 años)	Enero/2016	<p>Causal social: violencia de género, violaciones por parte de la ex pareja. Actualmente separada, 2 hijos. Derivada al Serv. Social del HtalEquiza para nueva Consejería. Se realiza AMEU</p>	Entre 10 y 12 semanas	<p>SI. Continúa con inyecciones por falta de DIU</p>
Caso 7	8/07/92 (23 años)	Febrero /2016	<p>Causal social: violencia de género por pareja actual, viudez reciente, 2 hijos pequeños. Situación de extrema pobreza. Derivada al Serv. Social del HtalEquiza para nueva Consejería. Se realiza AMEU</p>	12 semanas	<p>SI. Continúa con ACO</p>

Caso 8	13/12/94 (21 años)	Febrero /2016	Causal social: DIU descendido, proyecto de vida en pareja sin contemplar un nuevo hijo. Su pareja acompaña en la decisión y en la entrevista. (total: 3 entrevistas). Se deriva a Htal. Equiza para realizar AMEU.	Entre 7 y 8 semanas	NO
Caso 9	17/08/97 (18 años)	Febrero /2016	Sin causal para ILE. Relaciones sexuales sin protección, buena contención familiar, desapego con su embarazo e indiferencia con la situación. Sólo se da nombre de la pastilla y se sugiere el CESAC 5 ante cualquier duda por los altos riesgos de realizar aborto por su cuenta con un embarazo tan avanzado.	16 semanas	NO
Caso 10		Mayo 2016	Causal para ILE: falla de método anticonceptivo. Además: 2 niños pequeños con problemas de salud a los que debe atender e ingresos inestables. Decide abortar por sus propios medios accediendo a las pastillas. No las consigue y es derivada a CESAC 7 para su nuevo encuadre.	6 a 8 semanas	SI. Asesorada por Res. Medicina General para DIU
Caso 11	27/07/94 (21 años)	Junio/ 2016	Causal para ILE: violación por parte de su pareja, con episodios de violencia grave. Un Protocolo de Violencia sin denuncia. Separada a posterior de esta situación. Pareja detenida por asesinato. Usaba DIU, tiene dos hijos y quiere abortar. Derivada para AMEU a Htal Simplemente Evita	Entre 5 y 6 semanas	Se retiró con un DIU puesto en el Hospital.
Caso 12	01/11/98 (18 años)	Junio/ 2016	Sin causal. Postura dudosa de la joven en torno al aborto. Relación muy inestable con su pareja, mucha presión de la familia para interrumpir el embarazo. Decidió continuar con su embarazo	9 semanas	
Caso 13	29/09/95 (21 años)	Julio/ 2016	Causal: "afectación de la integridad física y psicológica por parte de su pareja. Separación en curso de esta pareja. Dificultad de conseguir ingresos para su mantención ya que hasta ahora	Entre 8 y 10 semanas	Post en Hospital. DIU ya colocado. Situación de violencia a tratar

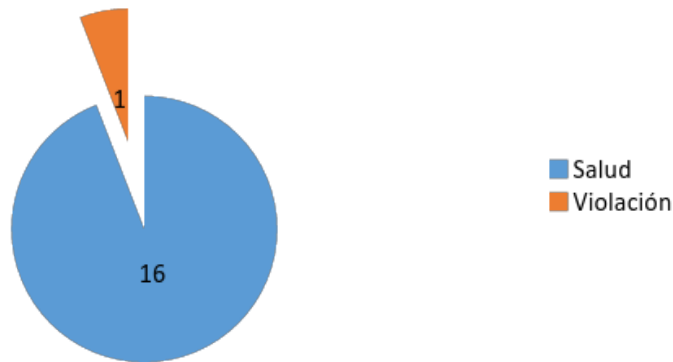
			dependió de su pareja. Ausencia de pareja o de un padre para llevar adelante la crianza de un niño. Falla del método anticonceptivo.”		allí o en este Centro de Salud.
Caso 14	8/9/92 (24 años)	Julio /2016	Causal para ILE. Psicológicos, angustia ante la posibilidad de criar a un cuarto niño, sobrepasada por la situación. Sociales: Carencias económicas y un solo ingreso económico en situación de precariedad laboral. Falla del método anticonceptivo (continuó con la mini píldora con su hijo de un año, mala información o mal entendimiento). Derivada del servicio social del Hospital Posadas al Hospital simplemente Evita.	8 semanas	Post en Hospital. DIU ya colocado.
Caso 15	31/05/80 (36 años)	Julio/ 2016	Causal médico y social: tiene 6 hijos (el menor de 2 años) y 5 abortos (2 en hospital y 3 en su casa “pujando”). En el último, hace 1 año, estuvo muy mal. Tiene el Plan Argentina Trabaja y debe destinar muchas horas al comedor B. Sissa. Suspendió ACO. Solicita ligadura de trompas. Se deriva a Htal. Simplemente Evita para ILE y posterior ligadura.	10 semanas	El día 30/08 el hospital informa que no ha interrumpido su embarazo.
Caso 16	17/03/86	Julio/ 2016	Causal social: 3 hijos (el menor de 11 meses), necesidad de trabajar ambos padres, bajos ingresos, se lleva al niño mientras trabaja de cocinera. No usaba método anticonceptivo efectivo (según los días “controlados” por su esposo). Se enteró de las interrupciones de los embarazos por “gente con guardapolvo que pasaba por el barrio”. Se deriva a Htal. Simplemente Evita.	7 semanas 5 días	
Caso 17	18/01/89 (27 años)	Agosto/2 016	Causal psicosocial. Conductas autodestructivas, inestable y depresiva. Dependiente de sus padres. Tiene 3 hijos y un aborto previo de 20 semanas	14 semanas	

		<p>hace 7 años. Bajo peso y sin controles de salud. Desapego con el actual embarazo. (quiso tomar la pastilla del día después). Derivada a Htal Simplemente Evita para evaluar posible ILE por los médicos. Se realiza el día 30/8.</p>	
--	--	---	--

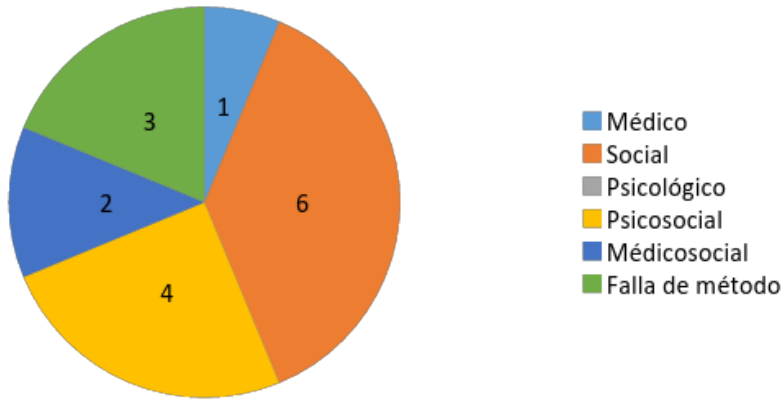
Mujeres que recibieron método anticonceptivo post interrupción del embarazo



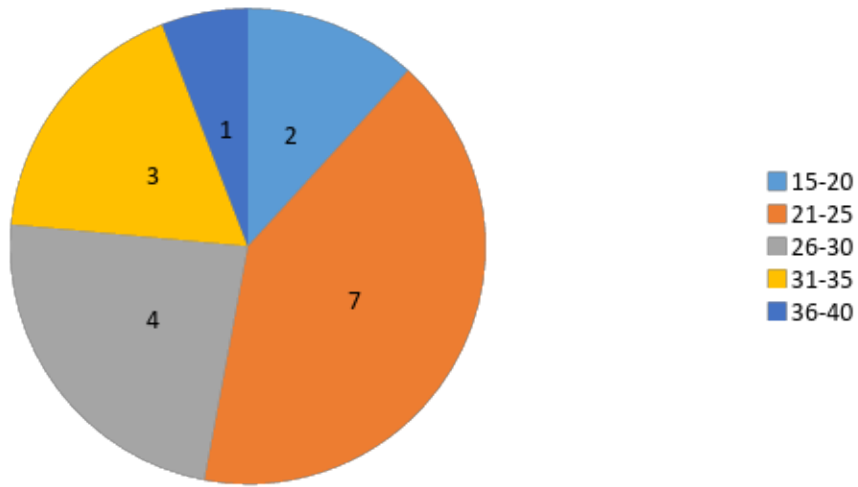
Causales de ILE



Causales de salud



Rango etario



Método utilizado

