

Mejor (no) hablar de ciertas cosas

Consejería pre y post aborto del PRIM Lanús

Relato de Experiencia/Gestión

Año 2016



Autores:

Julia Vergottini DNI 30219181

Ailin Peña DNI 33466377

Facundo Galizio DNI32742586

Constanza Pardo DNI 35096624

Rubén Nordinelli DNI 33626831

Romina Huaracallo DNI 31940460

Juliana González DNI 31575398

Julieta Bazan DNI 34258614

Florencia Fernández DNI 32498916

Lugar de Realización:

Unidad Sanitaria 1° de Mayo – Sánchez de Bustamante 2355, Lanús Este (CP: 1824)

Teléfono: 4246 - 8689

Provincia de Buenos Aires, Argentina

ÍNDICE:

| | |
|--|-----------|
| Introducción..... | 3 |
| Objetivos..... | 4 |
| Unidad Sanitaria..... | 4 |
| Actores..... | 6 |
| Marco Teórico..... | 6 |
| Marco normativo..... | 8 |
| Dispositivo..... | 10 |
| Estadística..... | 12 |
| Determinantes y condicionantes..... | 16 |
| Importancia para la comunidad y para nuestro equipo.... | 17 |
| Conclusiones y propuestas..... | 18 |
| Bibliografía..... | 21 |
| Anexo..... | 22 |

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es resultado de la sistematización y el análisis de la experiencia de una Consejería pre y post aborto que funciona en una Unidad Sanitaria del conurbano sur de la provincia de Buenos Aires y fue elaborado por residentes de Medicina General y Trabajo Social que intervienen en el dispositivo.

El motivo devino del interés por obtener datos y conocimiento que nutran nuestras intervenciones, mejoren el funcionamiento de la Consejería y también sean un aporte a otros equipos de salud que aborden el área de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva. Ya que entendemos que hay cuestiones que son compartidas por todas las Consejerías de pre y post de toda la provincia (por perfiles de la política pública) y hay aspectos propios de ésta Consejería y que surgen de su inserción territorial, en un municipio determinado.

Metodológicamente recurrimos a fuentes primarias y secundarias. Con secundarias nos referimos a historias clínicas del dispositivo, documentos elaborados por el propio equipo como el protocolo de intervención, actas de reuniones, etc. Respecto a las fuentes primarias, recogimos relatos de personas que participaron en los momentos de inicio de la Consejería como ex residentes y administrativos de la Unidad Sanitaria, entre otros.

Quisiéramos señalar, que la historia clínica de la Consejería es un instrumento confeccionado por el equipo de salud en base a intercambios con otros profesionales de diferentes efectores, que también trabajan la temática. En un inicio tenía un perfil más cualitativo y en la actualidad tiene un diseño más estandarizado que facilita su sistematización. Aún así, al momento de las consultas, las entrevistas son semi- dirigidas, lo que permite registrar aspectos subjetivos en casos que lo requieran.

El trabajo se estructura en tres grandes momentos; en principio planteamos los objetivos (general y específicos), presentamos el marco teórico desde el cual intervenimos y que a su vez nos da insumos conceptuales para analizar el relato; realizamos un acercamiento a la experiencia concreta de la Consejería en Unidad Sanitaria 1ro de mayo ubicándola espacialmente, describiendo los actores y relatamos su funcionamiento. A continuación, un segundo momento más analítico, que nos permitió reflexionar sobre la propia práctica y evaluar el impacto que tiene el trabajo para el equipo de salud, así como para la comunidad.

Y finalmente, un tercer momento que llamamos de conclusión y propuestas, para no cerrar la discusión.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Describir y analizar el funcionamiento de la Consejería pre y post aborto de la Unidad Sanitaria 1º de mayo - Lanús Este-, durante el periodo mayo 2012 a marzo 2016

Objetivos específicos

- Historizar el devenir de esta Consejería
- Conocer el perfil demográfico de las usuarias
- Conocer los alcances y límites del dispositivo

SOBRE LA UNIDAD SANITARIA 1RO DE MAYO

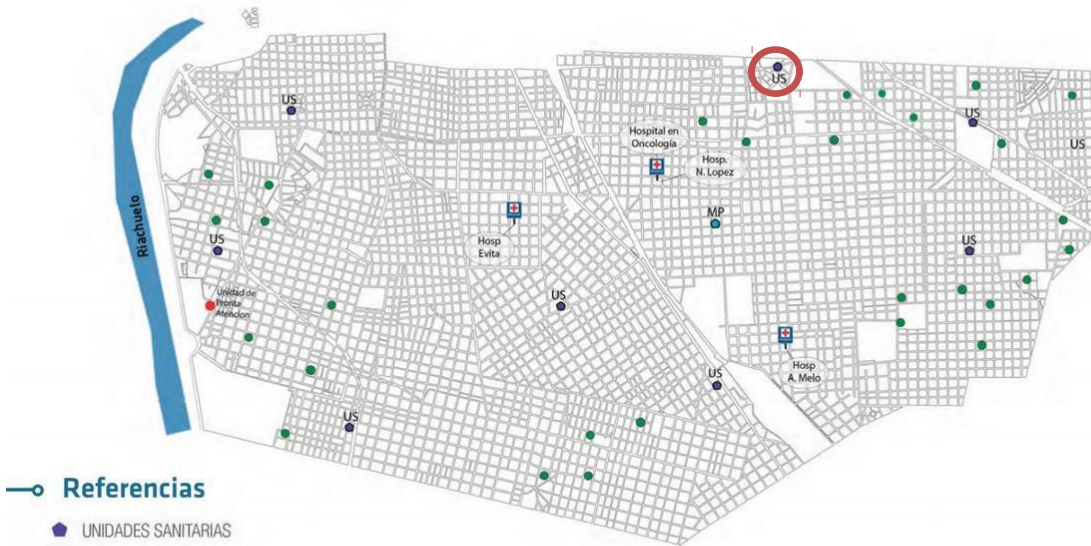
Ubicación témporo - espacial y Encuadre institucional

La Unidad Sanitaria 1ro de mayo pertenece a Lanús Este, en el límite con el partido de Avellaneda, específicamente en el Barrio Villa Sapito. El municipio de Lanús está ubicado al sur de la Capital Federal y forma parte del primer cordón del conurbano bonaerense. Es uno de los municipios con mayor densidad poblacional del Gran Buenos Aires.

De la Unidad Sanitaria dependen cinco Centros de Salud: Centro de Salud N°22 “La Maquinita”, Centro de Salud N° 24 “General Belgrano”, Centro de Salud N° 48 “Villa Porá”, Centro de Salud “Villa Fiorito” y Centro de Salud “Héroes de Malvinas”.

La Consejería inicia su actividad en diciembre del año 2012 por iniciativa de un grupo de residentes de ese momento y el acompañamiento de quien fuera Director de Salud Sexual y Reproductiva del municipio de Lanús.

Ubicación geográfica



Referencias

- UNIDADES SANITARIAS
- MEDICINA PREVENTIVA
- HOSPITALES
- CENTROS DE SALUD
- UNIDAD DE PRONTA ATENCIÓN

Lanús es un municipio que se encuentra dentro de la región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. Se divide en 6 localidades, conformadas cada una, por diversos barrios. Ellas son: Lanús Oeste, Lanús Este, Remedios de Escalada, Gerli, Valentín Alsina y Monte Chingolo. Gracias a la ubicación geográfica de la Unidad Sanitaria 1° de Mayo, que se encuentra en el límite de dos municipios, Lanús y Avellaneda, debemos hablar de área de influencia y no de área programática, debido a que los pacientes que concurren al establecimiento provienen de ambos lugares. El área programática es la zona geográfica en la que le corresponde intervenir al centro de salud. El área de influencia, en cambio está por fuera del área programática, y corresponde a los lugares de donde vienen los pacientes, sea por cercanía o por haberse creado una derivación espontánea por parte de otro profesional.

Sobre los Actores

Los actores que participan del dispositivo, de forma *directa* son residentes de distintas disciplinas que conforman la Residencia PRIM (Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias) y de manera *indirecta* son el personal de la Unidad Sanitaria 1° de Mayo e instituciones con las que se articula para efectivizar la práctica:

En la Unidad Sanitaria, residentes de diferentes disciplinas desarrollamos nuestra actividad diaria, en el marco PRIM del municipio de Lanús, que depende del sistema de residencias del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Forman parte de él: Enfermería Comunitaria, Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social y Medicina General. La sede administrativa se encuentra en el Hospital Narciso López. Se trata de una capacitación en servicio de profesionales, que busca descentralizar la atención sanitaria, dirigiendo recursos hacia el primer nivel de atención, basándose en la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Hubo una fuerte iniciativa por parte de un grupo de residentes para que el dispositivo funcionara allí, luego de participar en una capacitación referida a cuestiones de género y salud sexual y reproductiva.

Asimismo en la Unidad Sanitaria se encuentra trabajando profesionales de distintas especialidades como Pediatría, Clínica Médica, Otorrinolaringología, Neurología, Obstetricia, Ginecología, Medicina General, Trabajo Social, Psicología, Enfermería y Personal Administrativo. Funcionan en la misma, tanto consultorios externos, como guardia externa de 24 horas de Pediatría y Clínica Médica. Si bien el dispositivo no funciona con personal de

la sala, los mismos actúan como interlocutores de las necesidades de los vecinos. Especialmente personal administrativo, pues al vivir en el barrio, se constituyen como referentes sanitarios. Por otra parte, las Instituciones con las que articulamos son: Unidad sanitaria Medicina Preventiva, HZGA Narciso López, HIGA Evita Lanús.

MARCO TEÓRICO

Dados los objetivos planteados, son pertinentes los aportes de la Atención Primaria de la Salud (APS), de la Teoría Feminista por su desarrollo del concepto Género y el Marco Legislativo propio de la temática que nos convoca.

Los aportes de la APS

La Atención Primaria de la Salud es definida como *“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”* (extraído de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 1978).

Vislumbramos elementos básicos de la APS en los fines del dispositivo y en nuestra intervención, como por ejemplo brindar de manera clara y oportuna información científicamente validada. Por otro lado, desde la Consejería se realiza un abordaje integral de la salud, es decir nos detenemos en la dimensión física, social y emocional con la misma fuerza y contemplando que cualquiera de estas esferas puede verse afectada ante un embarazo no deseado/no planificado. La consejería como su nombre lo indica, tiene instancias pre y post aborto, esto quiere decir que el equipo de salud se propone el acompañamiento de la mujer en la medida que lo demande.

A su vez el abordaje interdisciplinar permite trabajar sobre la prevención de embarazos no aceptados, de ITS, así como de otros problemas de la salud que exceden la salud sexual y (no) reproductiva. Con esto nos referimos a padecimientos de salud mental, situaciones de violencia basada en género, discriminación en las escuelas, etc.

Otro de las herramientas fundamentales de la APS es diseñar las intervenciones con la mirada puesta en el territorio comunitario. Con esto queremos decir que las campañas de

difusión, de promoción y visibilización se elaboran considerando características propias de Villa Sapito.

Perspectiva de género e intervenciones en salud

El género es definido como la construcción social de la diferencia sexual (M. Lamas, 2003) Esa diferenciación que se va construyendo en procesos de socialización (escuela, familia, espacios de salud) también produce y reproduce roles asignados/asumidos para varones y para mujeres. Para el caso de las mujeres la maternidad se ha constituido históricamente en un aspecto definitorio de su identidad de género. Como equipo de salud pretendemos que esa perspectiva de género se refleje en nuestras intervenciones, reconociendo en principio que la maternidad no es destino único de la mujer y que además, éstas pueden elegir cuándo, cómo y con quién tener hijos/as. Creemos, entonces que esta perspectiva, aporta a construir también otras masculinidades (por ejemplo, convocar a los varones cuando se trata de anticoncepción).

La interdisciplinabilidad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. (Stolkiner, 2005). Entiende a la interdisciplina como diálogo entre disciplinas, que trasciende las mismas en el abordaje de los problemas.

Marco normativo

Decimos que en Argentina el marco legal es *restrictivo*, ya que esta práctica es penada por la ley, en el artículo 85 del Código Penal, excepto en las salvedades o causales señaladas en el artículo 86 del mismo código: cuando el embarazo representa un peligro para la vida o la salud de la mujer -y este peligro no puede ser evitado por otros medios-; cuando el embarazo proviene de una violación. Respecto a este último causal, el 13 de marzo del año 2012 la Corte Suprema de Justicia de la Nación resolvió por unanimidad que las mujeres violadas podrán practicarse un aborto sin necesidad de autorización judicial previa ni temor a sufrir una posterior sanción penal. Este fallo, conocido como Fallo F.A.L sentó jurisprudencia y representa uno de los elementos más importantes para interpretar la legalidad de los abortos en casos de violación, además aclara que el único requisito para acceder a la interrupción del embarazo en estos casos es que la mujer realice una declaración jurada

donde afirme que el embarazo es producto de una violación, y firmar un consentimiento informado.

Por su lado, la Causal Salud supone la legalidad de la interrupción ante una afectación o potencial afectación de la salud en cualquiera de sus tres dimensiones: física, emocional y/o social, (OMS 1945).

Por otra parte, Argentina cuenta con una serie de leyes que apuntan a la promoción y a la garantía de los derechos sexuales y (no) reproductivos¹: Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2002), la Ley de Anticoncepción Quirúrgica (2006), la Ley de Educación Sexual (2006) la Ley 14738 de consejería de la Provincia de Buenos Aires

La Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Ley 25. 673) dio origen al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable proveyendo un marco legal nacional, así como orientación y asistencia técnica; el mismo aporta insumos y regula el trato que deberá darse desde el servicio de salud para que los y las adolescentes gocen del más alto nivel de salud sexual, respetando su derecho a la autonomía progresiva y al secreto médico. El espíritu de esta ley está en sintonía con los Pactos y Convenciones Internacionales antes señalados.

Desde el Programa Nacional se han elaborado una serie de Guías y Protocolos a fin de operacionalizar los objetivos de la Ley, así como brindar las herramientas a los equipos de salud que la deben implementar. Entre ellos el que nos interesa evocar es el Protocolo para la Interrupción Legal del Embarazo (2015) que es una actualización de la Guía para la atención de Abortos no Punibles del año 2010.

Según el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) del Ministerio de Salud de la Nación, este “derecho incluye a todas las personas con capacidad para llevar adelante una gestación” es decir, mujeres, y varones trans. Para lo cual será necesario, atendiendo al principio de autonomía, el consentimiento informado de la persona. El equipo de salud debe brindar información clara, segura, debe habilitar la evacuación de preguntas, dudas o temores por parte de la mujer. Podemos pensar que aún en este *marco restrictivo*, se promueven intervenciones profesionales que habiliten la legalidad de la práctica, efectivizando una perspectiva de salud integral.

1 En materia de Derechos sexuales y (no) reproductivos los tratados con jerarquía constitucional (art. 75 de la Constitución Argentina) más destacados son: la Convención para la eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer, 1979 (CEDAW, por su sigla en inglés), el Pacto de San José de Costa Rica (1969), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Nueva York, 1966) y recuperando documentos más actuales, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013)

Dispositivo.

La consejería es un dispositivo que funciona en la Unidad Sanitaria 1 de Mayo desde diciembre 2012, está conformado por un equipo interdisciplinario de salud a cargo de residentes de trabajo social, medicina general, psicología y psiquiatría. La misma está enmarcada dentro de la estrategia de reducción de riesgos y daños, política pública que tiene como objetivo disminuir los daños producidos por una conducta como contraposición a la prohibición de la misma. El dispositivo de la consejería está basado en el modelo uruguayo de reducción de riesgos y daños frente al aborto provocado, creado por un grupo de profesionales de la salud en el año 2001. El mismo se sustenta en hacer efectivos el derecho a la salud (sexual), el derecho a la información y a la autonomía para la toma de decisiones.

Unos de los objetivos principales es la disminución de los abortos inseguros, constituyendo estos como la primera causa de mortalidad materna en nuestro país.

Además incorpora otros como generar un espacio de escucha y acompañamiento, Brindar información para que la mujer pueda tomar decisiones autónomas, Promover el ejercicio de los derechos humanos, Prevenir la muerte por aborto en condiciones inseguras.

Cuando hablamos de aborto inseguro tomamos la definición de la OMS (**Organización Mundial de la Salud**) como:

“un procedimiento para finalizar un embarazo no planeado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar sanitario mínimo o ambos”.

En este sentido pensamos que los trabajadores de la salud tienen la responsabilidad de tomar esta problemática y trabajar con ella en los distintos espacios laborales.

La forma en la que se realiza la atención es con duplas interdisciplinarias (médica/o y trabajadora social o psicóloga), siempre trabajadores de la residencia. Y los días en los que se realizan las entrevistas son lunes, miércoles, jueves y viernes de 8:30 a 17hs. La modalidad es por demanda espontánea, la cual es recepcionada por las administrativas de la Unidad Sanitaria.

Las mujeres llegan a través de algún familiar, amiga/o, vecina, organizaciones sociales feministas o trabajadores de salud que le brindan información. También hay carteles con días y horarios de atención colocados en la sala de espera y algunos consultorios de la Unidad.

La Unidad sanitaria no cuenta con un consultorio específico para realizar la atención, por lo que se utiliza el consultorio desocupado al momento de la entrevista.

En función a nuestro contexto de legislación restrictiva, entendemos que la consejería se divide en dos momentos, uno pre aborto y otro post. Esta situación se da en todos los casos, incluidos en las situaciones de ILE donde a pesar de realizar la derivación correspondiente a un segundo nivel para su realización, se invita a la mujer a concurrir a la Unidad Sanitaria posterior a la realización del procedimiento.

La instancia *pre-aborto* tiene los siguientes objetivos:

- Conocer las demandas de la mujer, sus miedos, inquietudes.
- Evaluar el estado clínico, psicológico, social.
- Identificar casos de aborto no punible.
- Informar acerca de riesgos asociados con métodos inseguros de interrupción del embarazo.
- Pautas de alarma.

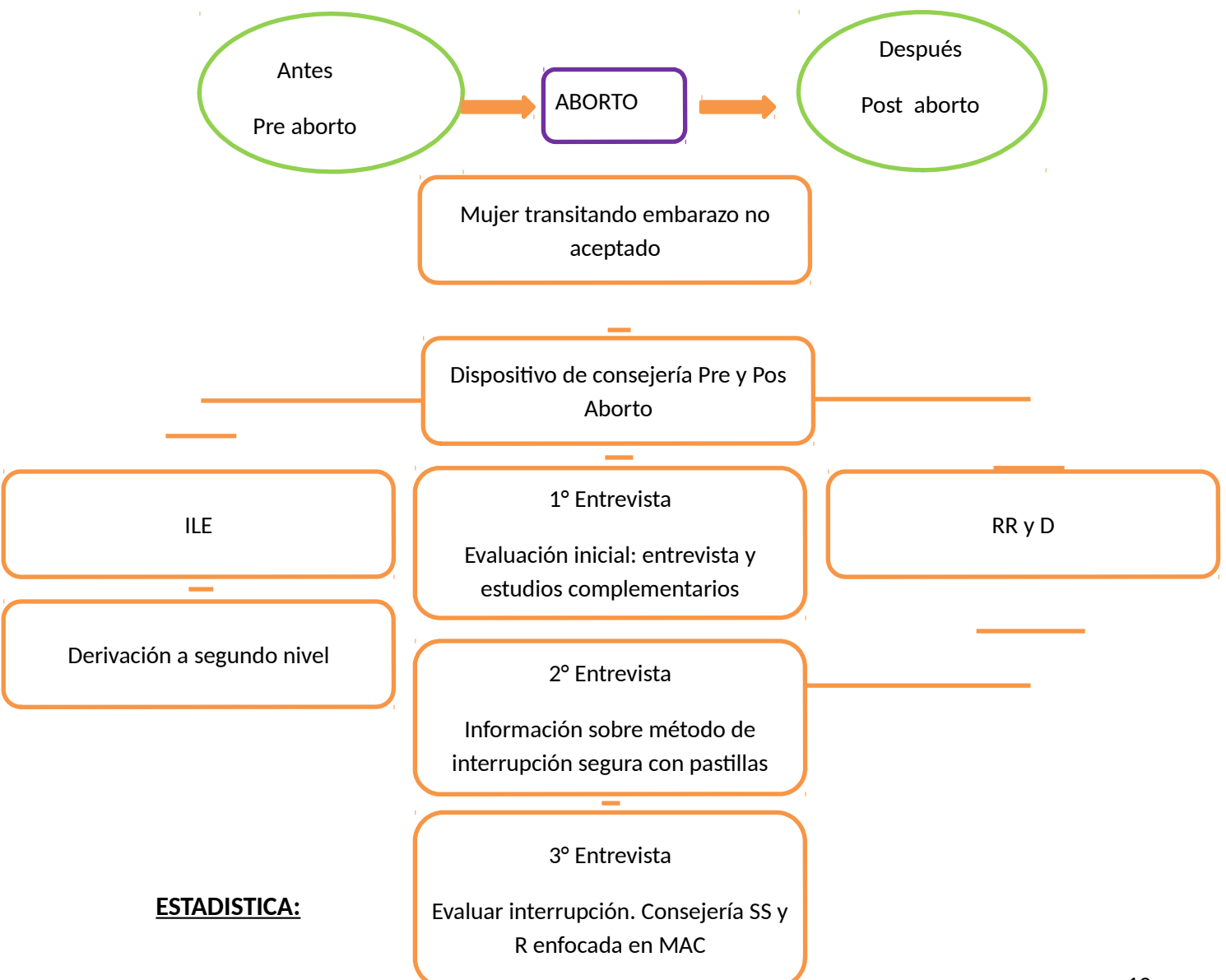
Este momento puede constar de una o dos entrevista según la circunstancia en la que se encuentre la mujer. Las tareas que se realizan son primeramente escuchar la demanda de la mujer, saber porque viene, sus inquietudes, miedos, certezas. Asimismo se genera la apertura de una historia clínica específica de Consejería, se consigna la EG por FUM (fecha de ultima menstruación), y se solicitan estudios complementarios como ecografía, hemograma y grupo y factor (estos últimos estudios no son limitantes en la realización del procedimiento de interrupción). Se realiza evaluación del estado clínico, psicológico y social y si encuadra en un caso de ILE. Si esto es así, se establece la articulación con el segundo nivel-Hospital Evita de Lanús, y sino se la cita a una segunda consulta con los resultados de los estudios complementarios solicitados. La demora para la realización de los mismos es aproximadamente de 3 o 4 días, ya que está establecido que las pacientes que asisten a este dispositivo se les realice estos estudios de forma prioritaria. Aquí también se brindan la información del procedimiento para la interrupción, la dosis de misoprostol, se explican los efectos adversos y las complicaciones posibles del uso del método. Antes de finalizar la

entrevista se entrega una orden para la realización de una ecografía ginecológica para ser realizada entre 10 a 15 días posterior a realizar el procedimiento. A veces, según la paciente y su situación, se realiza una consejería sobre los métodos anticonceptivos.

En un segundo momentos, en la instancia *post-aborto* se trabaja con estos objetivos:

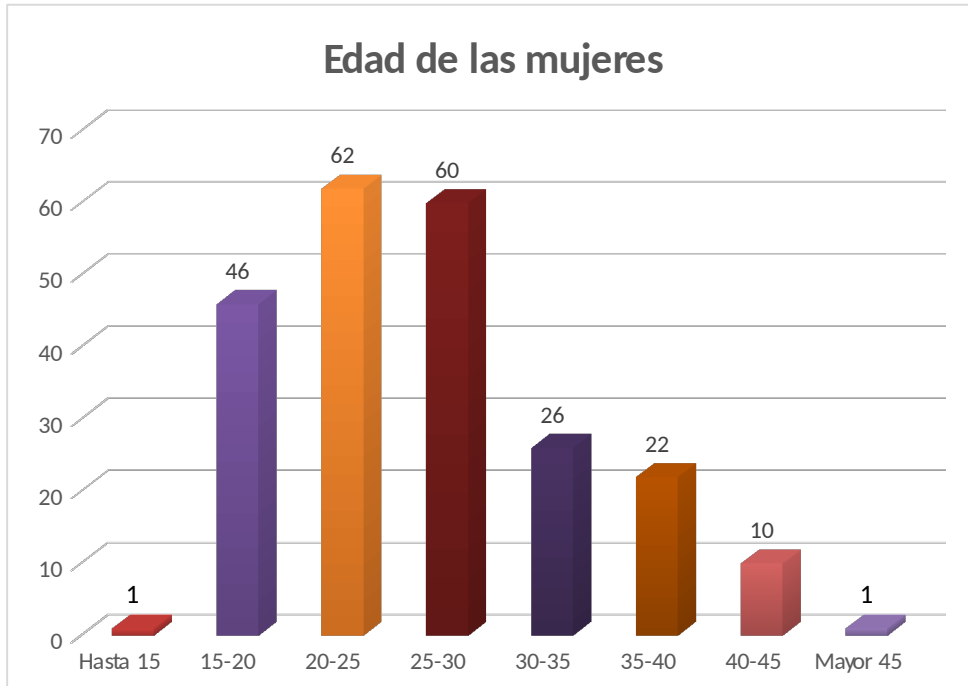
- Evaluación integral de la mujer.
 - Articulación con el segundo nivel en caso de ser necesario.
 - Entrega de métodos anticonceptivos.
 - Información sobre distintos espacios institucionales y comunitarios.
- Este momento es crucial en nuestras mujeres, ya que muchas no asisten a esta entrevista.

Por eso entendemos que estos pasos pueden no establecerse de forma rígida y lineal.

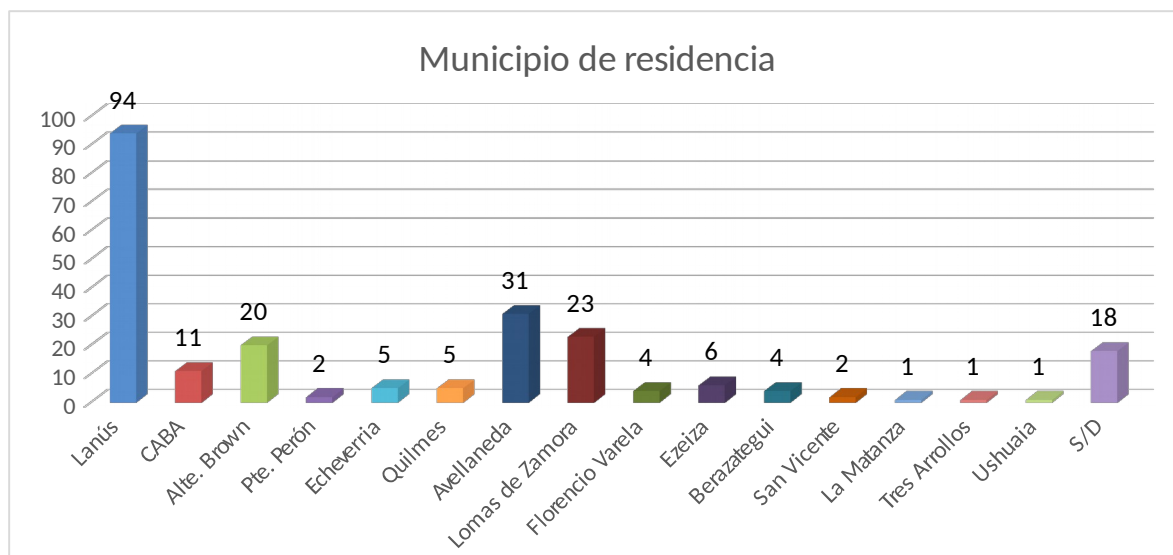


Historia de la herramienta, del soporte

Se han analizado 228 entrevistas realizadas entre noviembre del 2012 y mayo del 2016, con un promedio de 5,23 consultas nuevas por mes, con tendencia en aumento con la progresión del dispositivo.

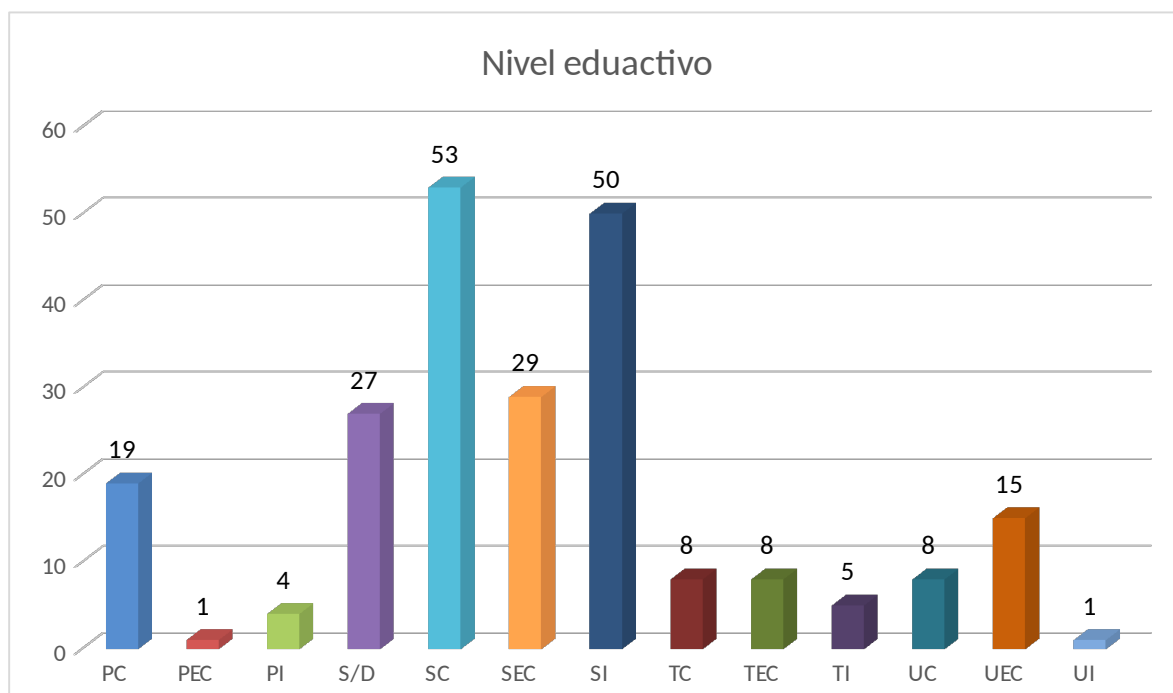


El gráfico hace referencia a la distribución por franja etaria de las mujeres que concurren al dispositivo, se visualiza que la edad promedio es de 25 años, presentando una mayor concentración la franja etaria de 15 a 30 años.

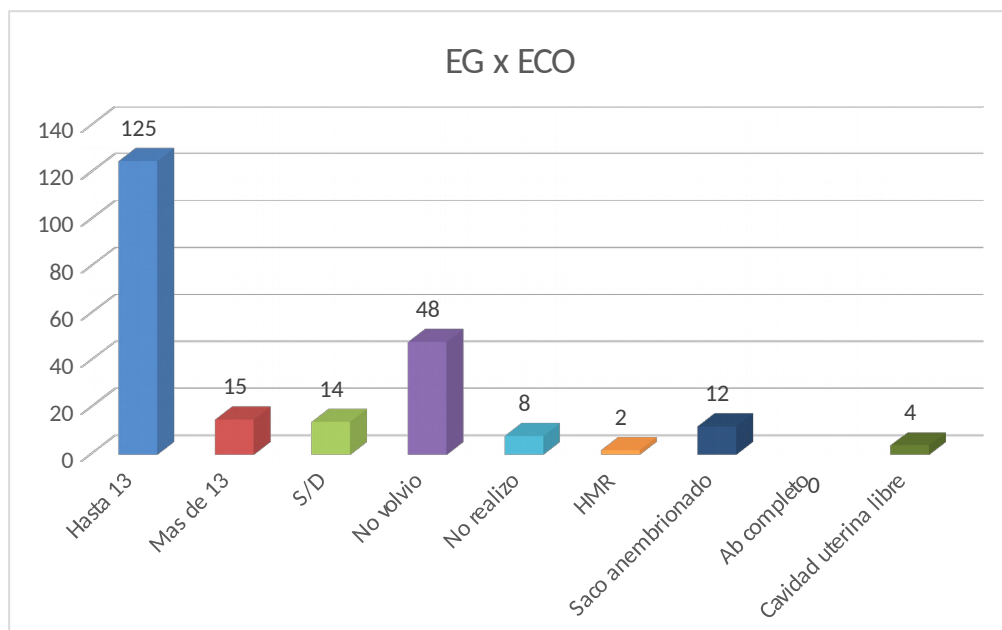


Podemos observar que el 41,2% de las mujeres provienen de la localidad de Lanús, seguida por otras localidades lindantes: Avellaneda (13%), Lomas de Zamora (10%) y Alte. Brown (8%), pertenecientes de la Región Sanitaria VI. Cabe aclarar que en estas localidades no existen Consejerías en unidades sanitarias del sistema de salud público, que trabajen de forma continua e interdisciplinariamente.

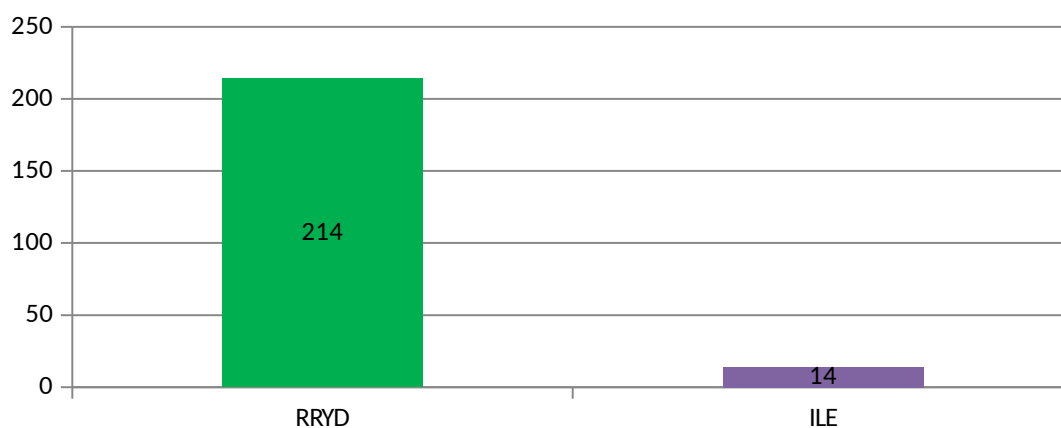
Asimismo se registra como lugares de procedencia CABA, y otras regiones sanitarias mayoritariamente de la provincia de Buenos Aires.



El 58% de las mujeres presentan nivel educativo medio (secundaria completa, incompleta y en curso). Asimismo también observamos que un número relevante presenta nivel primaria (10,5%). El 19,73% ha finalizado o se encuentra cursando estudios superiores.

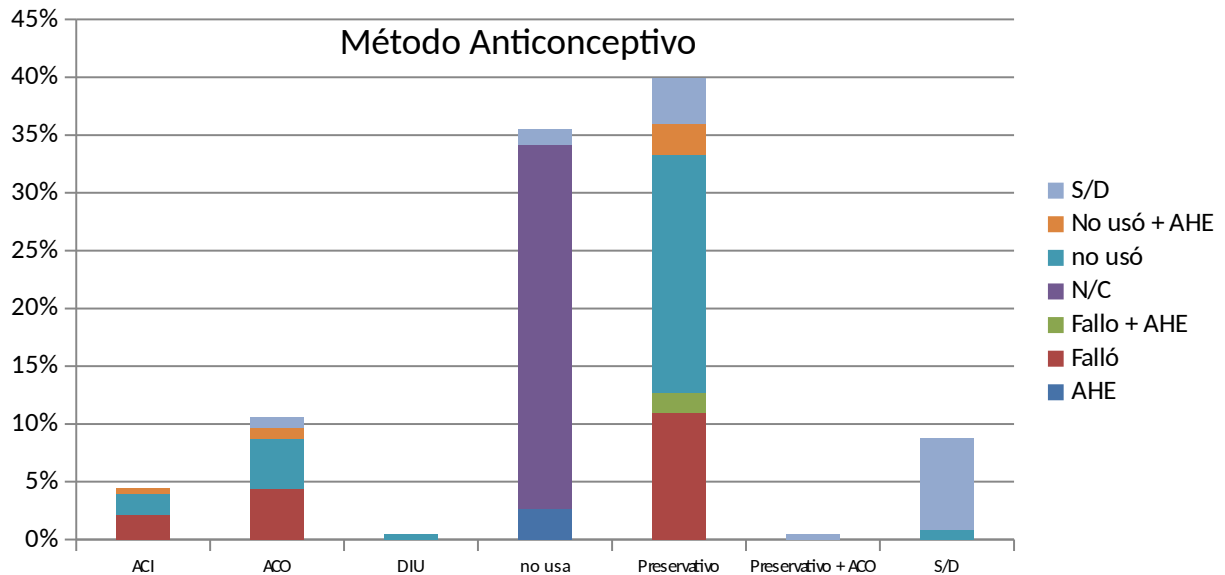


El 54% de las mujeres realizaron la primera ecografía antes de la semana 13 de gestación. El 6,57% cursaban con saco anembrionado, huevo muerto y retenido, aborto completo o sin producto de la concepción. El 21% no volvieron a consultar luego de la 1º entrevista.

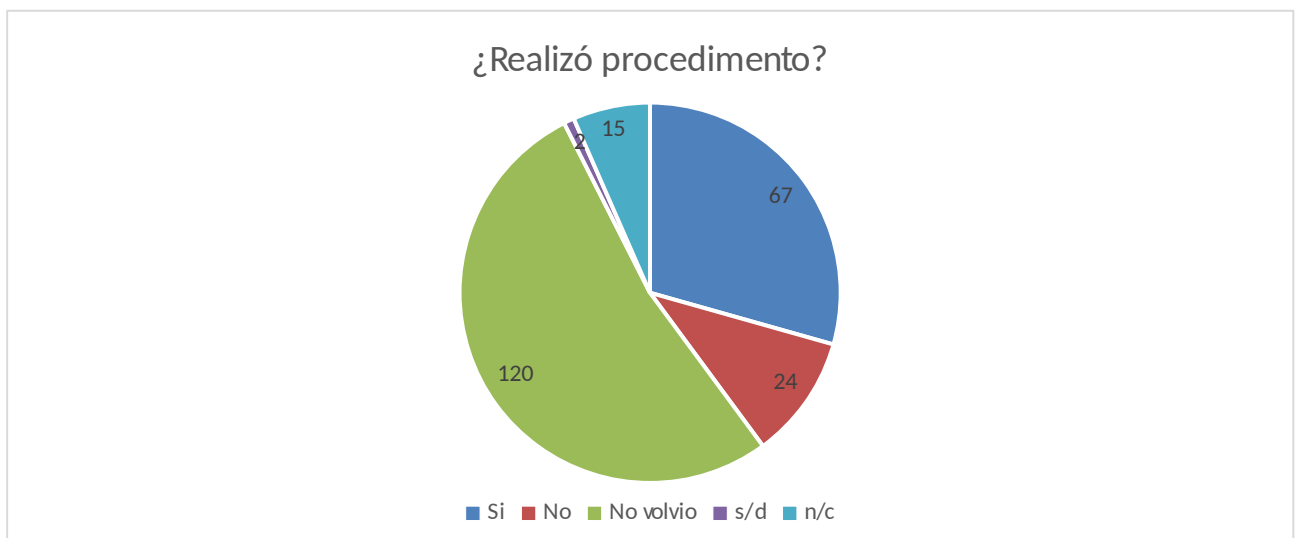


El equipo de consejería adhiere a la concepción integral de la interrupción legal del embarazo (ILE). Sin embargo tanto en la municipalidad de Lanús como en los Hospitales provinciales de la zona existe una visión restrictiva, por lo que en el gráfico solo se muestran como ILE aquellas mujeres quienes han interrumpido su embarazo en un Hospital, en sus diferentes causales, y los casos en los cuales se realizado RR y D.

De los que se realizaron bajo la caratula de ILE, 5 fueron por causal salud físico, 2 por causal salud mental y físico, 2 por no haber viabilidad de vida extrauterina, 1 causal salud social, 1 causal salud social y salud mental y 3 causales violación.



En cuanto a los métodos anticonceptivos el 39,9% usaba preservativo como método habitual, pero el 58% no usó durante esa relación sexual y al 31% le falló el método. El 35% no utilizaba ningún MAC habitualmente. Solo 19 mujeres han acudido al anticonceptivo hormonal de emergencia.



El 53% de las mujeres no ha vuelto, luego de haberse tomado contacto en una o dos entrevistas, dependiendo del caso.

Del resto de los casos el 10% no realizó el procedimiento debido a que continuó la gesta (8 casos), porque curso un aborto espontáneo (8 casos) o provocado por procedimiento anterior a la consejería (3 casos), realizó interrupción en otra institución (2 casos) o porque no estaba embarazada en primer lugar (2 casos).

Del 29% que realizó el procedimiento el 76% lo realizó según lo informado, 36% tuvo un aborto completo, 13% aborto incompleto, 7% continuaba la gesta, 3% HM y R, 3% saco anembrionado, 19% no realizó ecografía posterior y 14% no volvieron tras solicitar la ecografía.

Se registraron 9 casos de complicaciones de aborto: 7 de hemorragias y 2 de infecciones los cuales fueron resueltos en diferentes nosocomios.

Determinantes y condicionantes

El funcionamiento se ve limitado por diferentes variables: estructurales, y formativas; recursos físicos y humanos. En principio no se cuenta con un lugar físico establecido o propio en la unidad sanitaria, interfiriendo en la cotidianeidad de trabajo. En segundo lugar, el recurso humano que forma parte del dispositivo solo son residentes en proceso de formación disciplinaria e interdisciplinaria, ello implica rotaciones de diferentes residentes por la unidad sanitaria. Es menester aclarar que no presenta personal específico y designado para trabajar en el espacio.

Asimismo es dificultosa la articulación con servicio de ginecología del hospital de referencia, siendo nula con los servicios de trabajo social y salud mental. Cabe aclarar que desde el dispositivo y desde los residentes hay predisposición para dicha articulación, ya que la creemos necesaria para una mejor accesibilidad, garantizando el derecho a la salud integral. Sin embargo, desde los servicios mencionados han obstaculizado el acceso al mismo por desconocimiento, por ser objetores de conciencia o por atravesamientos morales y subjetivos del profesional de la salud. Por este motivo, se ha articulado con profesionales del HIGA EVITA de Lanús, que implementan y garantizan la práctica. En relación a las instituciones de región sanitaria a la que pertenecemos, hay escasos de efectores de salud con estructura, formalidad y constancia como nuestra consejería.

A su vez, no contamos con la medicación en el primer nivel de atención. Por lo que presentamos una limitación en la accesibilidad económica a la hora de garantizar la práctica, ya que muchas de las mujeres que asisten no pueden acceder a la medicación por problemas económicos.

En términos generales y estructurales, visualizamos una falta de aplicación de las leyes e implementación del protocolo vigente. En este sentido, entendemos que las políticas actuales en relación a la temática son difusas, quedando la implantación en voluntades individuales.

Importancia para la comunidad y para nuestro equipo

La importancia del dispositivo radica en garantizar el acceso a la información científicamente validada sobre la realización de un aborto seguro para garantizar la plena decisión de la mujer en sus actos, y también evitar el aumento de mortalidad materna. Se brinda información a las personas, haciendo promoción de salud sexual y/o reproductiva para así fomentar el empoderamiento de la población con respecto a su salud. El entendimiento de la misma como un derecho. Se genera un lazo con las usuarias del centro de salud y del dispositivo en sí, ya que gran parte de ellas es de Lanús, pudiendo así conformar redes. Al funcionar dentro de una institución pública se legitima una temática que socialmente es clandestina y punitiva, haciendo hincapié en reducción de riesgos y daños y garantizando el acceso a una interrupción legal del embarazo en caso que así pueda ser encuadrado, según las limitaciones que imponen las instituciones con las cuales articulamos. Para nosotros, es importante el trabajo en equipo, interdisciplinario, donde cada disciplina se enriquece de y con la otra. El abordaje integral de las mujeres, entiendo la salud como una sola y no fraccionada en partes es fundamental para el funcionamiento del dispositivo

Evaluación

El dispositivo ha atravesado por diferentes etapas. En un primer momento el número de participantes del equipo era menor, con una herramienta de entrevista semiestructurada, con un equipo en plena capacitación, donde se comenzó a confeccionar el equipo. La detección de problemas de equipo, tanto en lo vincular entre disciplinas, la responsabilidad

de afrontar el dispositivo sin referentes en la unidad sanitaria y el alarmante “no volvió”, llevo al equipo a comenzar un espacio de supervisión con la Lic. Susman, en donde se abordaron problemas de fondo y se adquirió una nueva dinámica grupal, cohesionando y afirmando las posturas grupales.

Al transcurrir el tiempo se observó como necesario instrumentar la estadística como método de autoevaluación y de valoración del dispositivo de la población que a él asiste. De esta manera se actualizó la entrevista de forma que esta sea estructurada, para facilitar la sistematización estadística.

Actualmente el equipo se reúne cada 15 días, se han conformado comisiones de capacitación, estadística, difusión y de gestión, de manera que los residentes roten por los diferentes espacios, y se apropiación del dispositivo.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Durante el desarrollo del trabajo se realizó una descripción del dispositivo de Consejería pre y post aborto, atendiendo a su historia particular, a su localización territorial, un acercamiento al perfil demográfico de sus usuarias, y sus alcances y límites.

En relación a la Consejería pre y post aborto de la US 1ro de mayo

Esta Consejería en particular, está conformada por residentes lo que dificulta el seguimiento de las situaciones por parte de los mismos profesionales (ante las eventuales rotaciones). Pero al mismo tiempo, este es un elemento enriquecedor si pensamos el nivel de compromiso que requiere el abordaje de un tema socialmente sensible como es el aborto.

La experiencia acumulada permite decir, que hoy es un dispositivo visible y reconocido dentro de la Unidad Sanitaria. Instalado en el discurso de administrativos, promotores de salud y profesionales de planta tanto del municipio como de otras instituciones de salud.

Se caracteriza por una búsqueda constante de capacitación y actualización, lo que repercute positivamente en quienes estamos en una etapa formativa, siendo residentes.

Los alcances del dispositivo los evaluamos a partir de impacto directo e indirecto. El Impacto directo es claramente para las mujeres que concurren a las entrevistas, más allá de las decisiones que luego tomen sobre el embarazo. Habilitar la escucha en un momento tan

preciso como es un embarazo no deseado y legitimar un deseo de interrupción tiene impacto subjetivo más que favorable. Como impacto indirecto, nos referimos a la resonancia que puede tener para la comunidad en temas relativos a la salud sexual y reproductiva, y otros.

Sobre las mujeres usuarias

En relación a las mujeres que concurren, en promedio tienen 26 años, lejos de ideas que circulan en relación a que quienes abortan son adolescentes. Y sumado a esto, el nivel educativo alcanzado encontramos la mayor concentración en quienes alcanzan el nivel secundario (completo, incompleto y en curso).

Sobre el lugar de procedencia, las estadísticas arrojan que la mayoría de las mujeres son de zona sur, ocupando el primer lugar Lanús, seguido por Avellaneda y Lomas de Zamora. Podemos reafirmar aquí, que el área de influencia de la Unidad Sanitaria y del Dispositivo en particular tiene un claro perfil territorial.

La edad gestacional promedio con la que las mujeres llegan al dispositivo es menor a 13 semanas. Este dato es muy interesante ya que consideramos que cuanto mayor sea la difusión de estos espacios públicos de salud, más prontamente las mujeres van a consultar, lo que repercutirá de manera positiva en su salud al disminuir los riesgos por interrupción con pastillas.

Los datos sobre utilización de método anticonceptivos arrojan que un gran porcentaje de parejas no utilizó método anticonceptivo al momento de la relación sexual que produjo que embarazo, aunque un porcentaje no menor elige habitualmente el preservativo. El dato llama la atención debido a que la población que asiste al dispositivo tiene asistido a la escuela, donde se debería garantizar la Educación Sexual Integral.

Como equipo de salud este punto es un aspecto futuro a trabajar con la población usuaria: hombres y mujeres. Además, y esto sí es algo que se aborda en las entrevistas, son los embarazos producto de relaciones sexuales no consentidas, o en condiciones de sometimiento.

Sobre los límites del dispositivo

Los límites que evaluamos, son propios de las políticas públicas difusas o poco institucionalizadas. Es decir esta tensión presente entre reducción de riesgos y daños e Interrupción Legal del Embarazo. Por un lado tenemos un Estado Nacional que diseña e implementa la modalidad de reducción de riesgos, la cual efectivamente brindamos información segura, pero que hace aguas al no garantizar una medicación costosa y que se transforma en el mayor obstáculo de accesibilidad. Por otro lado, como equipo realizamos una interpretación amplia de la salud y evaluamos que la afectación de cualquiera de sus dimensiones legitima una interrupción legal pero encontramos escollos en la articulación con el segundo nivel, por diferencias de criterios. Así se refleja en las estadísticas, que la gran mayoría de las intervenciones resultan en encuadres de reducción de riesgo y una pequeña porción concreta el derecho a ILE.

Volver ni a palos

Grande es el número de mujeres que no completa los caminos prefijados de la consejería. La mayor de las veces no tenemos más contacto luego de informar sobre el procedimiento. Esto nos lleva a la conclusión de que muchas mujeres encuentran alivio luego de la expulsión y deciden interrumpir el contacto, para no seguir exponiéndose a una situación que las vulnera, o simplemente por entender que no existe más riesgos y su deseo se ha concretado. Como equipo nos deja un vacío en múltiples dimensiones. Por un lado no terminamos de conocer la efectividad del método y del dispositivo en sí; por otro lado se pone en la balanza la autonomía de la mujer con la subjetividad de los profesionales que intervienen y el aspecto simbólico que pesa en el “no volvió” de una práctica clandestina no solo ante la sociedad, sino muchas veces ante la familia o círculos cercanos.

Propuestas

- Uno de los mayores obstáculos los ubicamos en la efectivización de la Interrupción Legal, sea para proveer medicación en tratamientos ambulatorios u hospitalarios.
- Consideramos necesarios espacios de sensibilización, capacitación para todos los efectores, los vinculados a la salud sexual y (no) reproductiva y trabajadores de la salud en general, porque todos hacen a la accesibilidad.

- Compartir un marco de referencia común agilizaría el trabajo, evitaría sobrecargas a quienes realizan las interrupciones y fundamentalmente repercutiría en garantizar derechos a las mujeres.
- Concretar redes de articulación con organizaciones sociales y con la Campaña por la legalización del aborto, participando en la Red de Profesionales Por el Derecho a Decidir, en donde hemos encontrado un espacio de contención, impulsor y catalizador de nuevas síntesis teórico/prácticas.
- Se determinó, luego de un análisis en equipo sobre los datos arrojados en la estadística, comenzar a establecer un vínculo telefónico con las mujeres que no vuelven en alguna instancia de la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Briozzo, L. (2002). *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Sindicato Médico del Uruguay. Uruguay.
2. Dosso, D. Iuliano L. Mahffuz, R. Kranewitter, C. Skovgaard, N. (2010). *Consejería pre y post aborto. Reducción del daño a la salud en abortos practicados en condiciones de riesgo. Una cuestión de derechos humanos, salud pública y salud mental*. Argentina
3. Federación Latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología. (2008). *Causal Salud, interrupción legal del embarazo, ética y derechos Humanos*.
4. Guttmacher Institute. (2009). *Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual*.
5. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. *Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología* (2013).
6. International Planned Parenthood Federation (IPPF). (2011). *Guía para difundir y promover el modelo de reducción de riesgos y daños frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*, Iniciativas Sanitarias. Uruguay.
7. IPAS. (2016). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*.
8. Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Consejerías en salud sexual y reproductiva, propuesta de diseño, organización e implementación*. Argentina.
9. Ministerio de Salud de la Nación. Programa de Salud Sexual y Procreación responsable (2015). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*.
10. Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgo, Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra.
11. Romero, M. Zamberlin, N. Gianni, MC. (2010). La calidad de la atención post aborto: Un desafío para la salud pública y los derechos humanos. *Salud Colectiva*, 6 (1), 21-34.
12. Declaración de Alma Ata. Año 1978. Disponible en: www.alma-ata.es.
13. Ley de los Derechos del Paciente N° 26.579.
14. Ley 25.673/2003 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
15. Ley 26.150/2006 PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL INTEGRAL
16. LEY N° 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales y Decreto Reglamentario 1011/2010.-
17. Código Penal de la Nación, 1921.

ANEXO

| | | | |
|--|--|---------------|--------------|
| Historia clínica - Consejería Pre y Post Aborto - US 1° de Mayo - Lanús | | Fecha: | N° HC |
|--|--|---------------|--------------|

1- DATOS FILIATORIOS

-Nombre: _____

-Edad: _____

-Nacionalidad: _____

-Dirección: _____

-Teléfono: _____

- Usuaria del centro de salud: Si No

-Situación de pareja: Sin Pareja Pareja conviviente Pareja no conviviente

- Como conoce la consejería:

Pareja/fliar/amigo Medios de comunicación

Personal de US Otra usuaria de la consejería

Organización social Otra institución de salud

Referente comunitario Otro.....

- Mayor nivel de instrucción:

Primario Completo

Secundario Incompleto

Terciario En curso

Universitario

2- ANTECEDENTES PERSONALES Y GINECOOBSTÉTRICOS

Gestas

Partos vag.

Cesáreas

Ab. Espontáneos

Ab. Voluntarios

-MAC habitual

No usa

ACO

ACI

DIU

Preservativo

Implante hormonal

No usó

Fallo

AHE?

Antecedentes personales de relevancia:

3- GESTA ACTUAL

- Como se enteró: T. orina T. sangre Eco

- FUM: _____ - EGFUM: _____ (Fecha: _____)

- Intentó interrumpir emb?
No Si Como?.....

-Lactancia: Si No

-Pudo contarle a alguien la situación?
No Si Quién?.....

- ILE SI No

Causal violación

Causal Salud: Física Psi Social

Causal sin viabilidad extrauterina

- Contraindicación uso MSP

Trastorno coagulación/ ACO

Disfunción hepática severa

Embarazo ectópico

Alergia a misoprostol/diclofenac

-Factor de riesgo para realizar procedimiento

Hb≤7 Factor de riesgo cardiovascular

Cardiopatía Corticoterapia prolongada

DIU

4- ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| Eco 1° (_____) | Eco 2° (_____) | Laboratorio (_____) |
| EG: _____ | EG: _____ | GB |
| LCF <input type="checkbox"/> | LCF <input type="checkbox"/> | GR |
| Embrión <input type="checkbox"/> | Embrión <input type="checkbox"/> | Hb |
| Saco gest. <input type="checkbox"/> | Saco gest. <input type="checkbox"/> | Hto |
| Ubicación: _____ | Ubicación: _____ | Grupo |
| Normoincerto <input type="checkbox"/> | Normoincerto <input type="checkbox"/> | Rh |
| Ectópico <input type="checkbox"/> | Ectópico <input type="checkbox"/> | |

5- ENTREVISTA POST-ABORTO

A - Realizó procedimiento:

No Si

Continua la gesta S/ informado

Ab. Espontaneo Otra

Otro Vía: V SL

Otra.....

B - Como accedió al método?

Farmacia Conocido

Internet Org. Social

C - Presentación

Suelto Caja x 20 Caja x 16

D - Efecto adverso MSP

NO Gastrointestinal

T°≥38°C Cefalea

Otro.....

E - Complicaciones asociadas al procedimiento.

NO

Hemorragia

Infección

Otro.....

F - Indicación de gammaglobulina (si Rh -)

SI NO

G - Ecografía post (_____)

No realizó

Ab. Completo

HMR *Intervención*

Ab. Incompleto Nueva consejería

Embrión viable Derivación a 2° nivel

Conducta expectante

I - Consejería MAC

No Preservativo

ACO Implante hormonal

ACI ACO lactancia

DIU