

**Título:** “**LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA A NIVEL LOCAL: EL CASO DE LAS ILE**”. Relato de experiencia acerca de la ILE como política institucional. Hospital Protomédico “Manuel Rodríguez”. Recreo. Santa Fe. 2016

**Autorxs:** Bordón, Federico; Campi, Martín; Donnet, Maria I; Montenegro, Dario; Yasukawa, Natalia.

**Institución:** Hospital Protomédico “Manuel Rodríguez”. Ruta 5. Ciudad de Recreo. (3000) Santa Fe. (0342) 4574922. mareysantafe@hotmail.com

**Tipo de trabajo (enfoque):** Relato de Experiencia.

**Categoría Temática:** Gestión/ Administración de los servicios de salud

**Resumen del contenido:** la ILE como práctica de derechos comienza a abordarse en el HPMR en el marco de la despenalización por causales y el fallo de la CSJN y en un contexto político-social que toma la ILE como política pública. Este relato se trata de cómo nos fuimos organizando como equipo/institución ante la demanda de las mujeres, construyendo diferentes dispositivos dirigidos a la asistencia, capacitación, reorganización de recursos, investigación, información, articulación con otros niveles de atención y organizaciones civiles. Se ha avanzado en la conformación de una red a la que para considerar exitosa como implementación de esta política falta integrar el tercer nivel que históricamente se caracterizó por ser expulsivo y criminalizar la práctica, siendo esperable resistencias por parte de lxs trabajadorxs de salud. Citando a Testa creemos que se debe planificar no ya para obligar a “servicios objetores” a llevar adelante prácticas con las que se encontrarán permanentemente en conflicto, sino que el objetivo central de la planificación deberá contribuir a promover la creación de condiciones que conduzcan al **cambio** de estos “servicios objetores”.

**Palabras Claves:** Política Pública-ILE-Dispositivos-Derechos-Trabajadorxs de la Salud.

**Soporte técnico para presentación:** cañón de proyección y audio.

# LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA

## PÚBLICA A NIVEL LOCAL:

### EL CASO DE LAS ILE.

*Relato de experiencia acerca de la ILE como política institucional. Hospital Protomédico “Manuel Rodríguez”.*

*Recreo. Santa Fe. 2016.*

Autorxs:

Bordón, Federico (Médico Generalista y de Familia)

Campi, Martín Alberto (Médico Generalista y de Familia)

Donnet, Maria Isabel (Médica Generalista y de Familia)

Montenegro, Dario (Médico Generalista y de Familia)

Yasukawa, Natalia (Médica Generalista y de Familia)

Institución: Hospital Protomédico “Manuel Rodríguez”. Ruta 5. KM 1,5. Ciudad de Recreo. (3000) Santa Fe. (0342) 4574922. mareysantafe@hotmail.com

Tipo de trabajo: Relato de experiencia.

Categoría Temática: Gestión /administración de servicios en salud.

**~ TRABAJO INÉDITO ~**



## ÍNDICE

Introducción -----	2
SSyR e ILE -----	2
SSyR en Santa Fe -----	2
ILE en Santa Fe -----	3
Hospital Protomédico “M. Rodríguez” -----	5
SSyR en el HPMR -----	6
Algunas líneas teóricas – conceptuales guiando la práctica -----	7
La ILE como política pública -----	7
La ILE desde la perspectiva de género -----	9
La ILE como práctica legal -----	10
Una política pública en lo local -----	11
Primera respuesta a la demanda: La asistencia -----	11
Socializando conocimientos y saberes -----	12
Consensos, disensos y negociaciones -----	13
Gestión de recursos -----	14
Centralizar – Descentralizar -----	15
La gestión del dato. Registros -----	19
La investigación como herramienta -----	20
Conclusiones -----	21
Propuestas -----	23
Bibliografía -----	23
Anexos -----	25

## **LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA A NIVEL LOCAL:**

### **EL CASO DE LAS ILE.**

**Relato de experiencia acerca de la ILE como política institucional. Hospital Protomédico “Manuel Rodríguez”. Recreo. Santa Fe. 2016.**

**Categoría Temática: Gestión /administración de servicios en salud.**

### **INTRODUCCIÓN**

Facilitado por el marco jurídico nacional y en el contexto político de la provincia de Santa Fe estamos facilitando el proceso de instalación de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) como política institucional en el Hospital Protomédico “Manuel Rodríguez” (HPMR) de la ciudad de Recreo, Santa Fe. Esto significa trabajar por la garantía de derechos y acompañar a las mujeres al acceso de una práctica segura y legal. Reconociendo un camino con obstáculos por los diferentes actores que intervienen en los distintos niveles de la red del sistema de salud, y entendiendo que una política pública es una construcción colectiva en un continuo proceso de encuentros y desencuentros, este relato recupera la experiencia de este camino en el HPMR.

### **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSyR) E ILE**

#### **SSyR en Santa Fe**

En el año 2001 se sanciona la Ley Provincial Nº 11888 que crea el Programa de Procreación Responsable en la Provincia de Santa Fe. Luego, en el año 2003, a través de la ley 25673 se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. Esto permite que, a mediados del año 2003, comience la provisión de insumos proveniente de la Dirección de Farmacia, Bioquímica y Droguería Central dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Es así como comienza a garantizarse el libre acceso a métodos anticonceptivos en forma permanente y sin interrupciones. Desde el año 2010, es el propio Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF), de gestión provincial, quien produce gran parte de los anticonceptivos orales (ACO) que se distribuyen, a través del Programa Remediar, a todos los Centros de Salud del país y en el ámbito de la provincia de Santa Fe, por supuesto.

## ILE en Santa Fe

En 2009 la Provincia de Santa Fe adhirió al protocolo de ILE definido por el Ministerio de Salud de la Nación. Posteriormente, el fallo emitido por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) facilitó la situación y la puesta en marcha del protocolo, ya abierto a la causal salud en el sentido amplio y moderno de la definición de Salud.

Todo esto significó varias acciones; a saber:

- Puesta en marcha del registro público de objetorxs<sup>1</sup> de conciencia (RPOC) desde el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. El RPOC intentó facilitar el acceso a la práctica, posibilitando que cada mujer tuviese la oportunidad de consultar, antes de solicitar la ILE, un padrón de profesionales objetorxs a fin de evitar intervenciones expulsivas por parte de lxs mismxs (a pesar que la objeción no libera al profesional interviniente de informar y orientar a la mujer hacia el lugar en donde se garantice la práctica). Igualmente, la intención del RPOC para quienes son objetorxs pretendió garantizar el derecho a serlo, aunque en la práctica sea un privilegio que limita el derecho de las mujeres. Ha habido enormes resistencias a incluirse dentro del RPOC por parte de aquellxs profesionales que no realizan la ILE y otras prácticas vinculadas a la salud reproductiva por temor a ser condenadxs socialmente. A estxs hemos llamado “objetorxs encubiertxs” y continúan generando trabas cotidianas en el acceso a este derecho.

- En la provincia de Santa Fe los grupos feministas comenzaron a reorganizarse tomando particular importancia a partir del reclamo del derecho a acceder a la ILE. En el contexto del año 2013, comienzan a surgir los grupos denominados “socorristas ante la ILE”. Así, en la Ciudad de Santa Fe nacen las “Socorristas del Foro Santa Fe Contra la Trata” y a principios del corriente año, se conforman “Las AnaMaria” en honor a Ana María Acevedo (*Ver anexo I*). Dichas agrupaciones han representado a veces un nexo entre las mujeres y el sistema de salud, y para algunas mujeres incluso han sido la única respuesta.

- Se inició un proceso que permitiera garantizar la provisión del misoprostol. Se establecieron normas que facilitaron la administración del fármaco por parte de las farmacias de los hospitales. Para ello se activó un sistema on-line de autorización del fármaco por “vía de excepción” que ha comenzado a agilizarse a pesar que no está aún hoy exento de dificultades (enlentecimiento del suministro, pedido centralizado).

---

<sup>1</sup> Cabe advertir que utilizaremos *lenguaje no sexista*. Para ello emplearemos “x” intentando romper el binarismo genérico varón/mujer con el cual muchas personas no se sienten identificadas.

- En la ciudad de Santa Fe, se difundieron los sitios adonde solicitar las ecografías de manera ágil y sin exponer a las mujeres a situaciones violentas, tales como mostrar a las mujeres el embrión en el monitor del ecógrafo, hacer escuchar los latidos del mismo aun sabiendo el motivo de solicitud de este examen complementario. Si bien en el HPMR ya se realizaban estas ecografías ante el pedido médico, se dispuso de otro lugar en el centro de la Ciudad para mejorar la accesibilidad, con personal sensibilizado en ILE.

- En el 2014, desde la Dirección por la Salud en la Niñez, Adolescencia, y Salud Sexual y Reproductiva (DSNASSyR) del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe se estimuló a conformar el Colegiado de co-gestión en Salud Sexual, convocando a trabajadorxs interesadxs y comprometidxs en la temática de salud sexual. Actualmente se discontinuaron estos encuentros debido a que las personas que allí participaban comenzaron a reunirse para conformar la red de ILE que se describe más adelante.

- Se está redactando la guía *“Pautas para la atención de mujeres que deciden interrumpir una gestación”* por parte de la DSNASSyR, mediante revisión bibliográfica y con información aportada por los equipos de salud que vienen garantizando la ILE. Dentro de la guía se incluye un modelo de historia clínica diseñada en el HPMR.

Del *“Informe sobre Aborto No Punible (ANP)”* emitido por la Sala de Situación dependiente de Dirección de Información para la Gestión del Ministerio de Salud en marzo de 2016 podemos observar algunos datos dando cuenta de la situación de esta práctica en la provincia para el año 2014 y 2015.

Para describir las ILE se toman como referencia los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10) que hacen alusión al Aborto Médico con sus diferentes estadios de complicaciones (*Ver anexo II*). Estos códigos se registran tanto en la atención ambulatoria como en internación.

1. ILE en Atención Ambulatoria: En la tabla 1 (*Ver anexo III*), se observa un total de 172 diagnósticos registrados en el grupo etario de 15 a 49 años para el año 2015. La región de salud de Rosario presenta 106 diagnósticos, le sigue la región de Santa Fe con 44, luego Reconquista con 17, y por último las regiones de Venado Tuerto y Rafaela con 3 y 2 registros respectivamente. Si observamos en el grupo etario de 10 a 14 años existen 4 diagnósticos en total, distribuidos en Santa Fe (2), Rafaela (1) y Rosario (1).

2. ILE en internación: Es necesario aclarar que del año 2015 se encuentran solo datos correspondientes al primer semestre. En la tabla 2 (*Ver anexo IV*), observamos que durante el año 2014 se registraron 3 casos en total, correspondientes al grupo etario de 15 a 49 años, 2 de ellos distribuidos en el Nodo Rosario y 1 caso en el Nodo Santa Fe. Para el año 2015 se evidencia un aumento a 19 casos registrados en la provincia, donde 2 de ellos se encuentra en el grupo etario de 10 a 14 años y los restantes 17 se ubican en el grupo de 15 a 49 años. Los Nodos Reconquista, Rafaela y Venado Tuerto no presentan registros para estos dos años seleccionados.

Si bien esa información es muy útil a la hora de valorar una situación más general, observamos que ninguno de los 31 códigos del CIE 10 en su capítulo XV expresa la situación **ILE causal salud**. Se hace necesario continuar trabajando para que sea incluida de esta manera, posibilitando la visualización real de estas situaciones.

### **EL HOSPITAL PROTOMÉDICO “MANUEL RODRÍGUEZ”**

El HPMR se encuentra ubicado en la zona rural de la ciudad de Recreo a 15 Km. al norte del centro de la ciudad de Santa Fe, departamento La Capital, provincia de Santa Fe, República Argentina. Es un hospital integrado a la red de efectores públicos provinciales santafesinos. Antiguamente era un hospital monovalente especializado en lepra; a partir de la década del 80 comienza un proceso de transformación hacia un hospital general.

El HPMR, se ha ido configurando como un hospital general, organizando hoy sus sistemas teniendo como eje estratégico principal la **atención primaria de la salud (APS)**. Desde esta mirada entendemos que **la salud es un derecho humano** y que el **Proceso Salud-Enfermedad- Atención es un fenómeno continuo e histórico**. Continuo en cuanto dinámico e histórico en tanto proceso de construcción socio- cultural. Y en el acompañamiento por ese proceso que, trabajadorxs de la salud e instituciones hacemos a las comunidades, aparecen importantes lineamientos sobre los que se orienta nuestro trabajo. **La Interdisciplina** que nos permite analizar y complejizar los problemas de salud individuales y sociales, se analizan más integralmente, ampliando los abordajes. **La articulación** con los otros niveles de atención, no solo en la comunicación hospital- centro de salud, sino también en las actividades del servicio social en constante relación con las comunas y referentes de la subregión; lo cual constituye el **trabajo mismo en el seno de las comunidades**. Esa misma articulación nos permite brindar **asistencia** a cualquier persona en forma **continua e integral, organizando y**

**referenciando su paso a través del Sistema de Salud;** desde un enfoque tanto individual, como familiar y comunitario. El **crecimiento y la adaptación a las necesidades de la población,** continúan hoy siendo un proceso priorizado institucionalmente. Nuevos problemas socio sanitarios de las poblaciones, han podido ser tomados, y en constante debate al interior institucional y con otros equipos y niveles, dar la contención necesaria.

### **SSyR en el HPMR**

Pensado a la salud desde una mirada integral, en el año 1992 comienza a implementarse un consultorio de salud de la mujer. Además de prácticas específicas como la realización de la toma de PAP, se recetaban y dispensaban ACO. En ese contexto histórico aún no existía, a nivel nacional ni provincial, una ley proveedora de marco jurídico a los derechos sexuales y reproductivos (o similar). En el año 1993 el equipo del servicio social del HPMR establece una relación directa con la Asociación Argentina de Planificación Familiar dando así origen a una gestión formal de compra de ACO, anticonceptivos inyectables (ACI) y dispositivo intrauterino (DIU) a través de la Cooperadora del HPMR. Paulatinamente esta práctica fue extendiéndose a los centros de salud y a otros hospitales de la Región. **De esta manera, se evidencia al HPMR como pionero en políticas institucionales que protejan la SSyR de la población, en este caso de la localidad de Recreo con influencia en la zona norte de la ciudad de Santa Fe.** Hacia el año 1995 se instala la residencia de Medicina General y Familiar (MGyF) en el HPMR lo cual potencia la política institucional en SSyR, constituyendo junto con quienes ya venían desarrollando estas políticas un equipo de trabajo decidido a profundizar la garantización de los derechos mencionados. Como ya se explicitó al principio del relato la provisión de insumos comenzó a garantizarse por parte del Estado entre los años 2001 y 2003 con la implementación de los Programas Provincial y Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Siguiendo las políticas provinciales respecto de la ILE las que constituyen un derecho a garantizar por parte del estado provincial, desde el año 2011- 2012, el HPMR incluye dentro de sus prácticas la ILE. Esta práctica implica el acompañamiento integral a toda mujer que, en situación de crisis ante un embarazo no deseado, desee y decida realizar una ILE y reciba el asesoramiento y de considerar necesaria, la práctica propiamente dicha.

Esta práctica implica para nosotrxs una profunda convicción acerca de:

- El acceso al derecho por parte de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo y su propia vida (principio de autonomía).

- Nuestro compromiso y obligación como trabajadorxs de la salud de informar, asistir, y acompañar estas situaciones. No solo en aquellos casos que encuadran dentro de las causales para ILE, sino también con aquellos casos en los que se decide continuar con el embarazo y encuadran también dentro los causales mencionados.

- Facilitar el acceso a una práctica segura.

Desde estas convicciones y la historia de nuestra institución, sumado a la experiencia antes comentada, estamos facilitando el proceso de instalación de la ILE como política institucional. Para ello, el actual marco legal nacional lo facilita y el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe lo ha definido como parte de su política, y desde nuestro lugar como trabajadorxs de la salud del estado provincial estamos siendo parte de la instalación de dicha política, la cual no está exenta de dificultades y desencuentros. De ese proceso de construcción política trata este relato.

## **ALGUNAS LINEAS TEÓRICAS- CONTEXTUALES GUIANDO LA PRÁCTICA**

### **Las ILE como política pública**

Si bien no existe una única manera de definir qué es una política pública, procederemos a formalizar el enfoque con el que abordaremos dicho concepto a lo largo del presente relato.

Según Molina y Cabrera las políticas públicas son procesos de construcción colectiva de iniciativa, decisiones y acciones, respaldadas y legitimadas por el Estado para dar respuesta a problemas socialmente reconocidos, en un contexto económico, político, social y cultural particular.<sup>2</sup>

“Una Política es la forma en la que un Estado (gobernantes y ciudadanos gobernados) plantean la solución a problemas, conflictos u oportunidades de interés nacional en el marco de las dinámicas sociopolíticas que pueden darse en una población durante el proceso de gobernar, es decir, durante la gestión pública del Estado. En este sentido, las políticas públicas son para el gobierno un instrumento de planificación y gestión del Estado que le permite

---

<sup>2</sup> MOLINA L., CABRERA M. *“Políticas Públicas en Salud: aproximación a un análisis”*. Grupo de investigación en gestión y políticas en salud. Universidad de Antioquia. Colombia. 2008. Pág. 47.

*“LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA A NIVEL LOCAL: EL CASO DE LAS ILE”*.

BORDÓN, CAMPI, DONNET, MONTENEGRO, YASUKAWA.

orientar, dirigir, gestionar e implementar en forma estratégica los asuntos de interés nacional, de tal manera que, cualquier acción que los órganos o entes ejecutores realicen en torno a un tema de interés particular, esté bajo el referente de dicha política pública.”<sup>3</sup>

En este punto cabe destacar las políticas públicas con enfoque basado en los Derechos Humanos y la Equidad. La esencia y fin último de estas políticas tiene como centro a la persona, en su ciclo vital, territorio e identidad.<sup>4</sup>

El enfoque de derecho apunta al establecimiento de obligaciones positivas, lo cual consiste en definir aquello que el Estado debe hacer/garantizar. Los derechos sociales, entre los que queda claramente incluido el acceso al sistema de salud y a prácticas seguras por parte de aquellas mujeres que se encuentran en situación de realizar una ILE, implican básicamente **obligaciones de hacer** (*Ver Anexo V*).

El proceso o ciclo de construcción<sup>5</sup> de las políticas públicas comprende las siguientes fases:

1. Identificación y definición del problema.
2. Formulación de las alternativas de solución.
3. Adopción de una alternativa.
4. Implantación de la alternativa seleccionada.
5. Evaluación de los resultados obtenidos.

Este proceso de las políticas públicas tiene un carácter cíclico, los resultados retroalimentan el proceso y no en todos los casos se siguen secuencialmente las fases.

A pesar del papel protagónico del gobierno, al ser las políticas públicas ejecutadas y articuladas por el Estado, se debe involucrar necesariamente a otros actores: individuos, instituciones, partidos políticos y grupos comunitarios. Vista de esta manera la política pública se constituye en un proceso de construcción y mediación social entre el gobierno y los diferentes actores de la sociedad. La presencia de una variada gama de actores en el desarrollo de una política pública introduce el necesario reconocimiento de que se trata de un proceso de interacción, debate y fabricación colectiva, una construcción sociopolítica.

---

3 Secretaría Subsecretaría de políticas de Planificación de Políticas públicas y Públicas “Guía para formulación de políticas públicas”. Guatemala. 2015.

4 GIMENEZ C. “El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate”. Revistas Cuadernos del CENDES. Venezuela. 2010. Pág 59.

5 BAÑÓN R., CASTILLO E. “La nueva administración pública, el ciclo de las políticas públicas”. Ed. Alianza. Madrid. 1997.

### **La ILE desde una perspectiva de género:**

Desde la ciencia, la religión y el Estado se tejen redes morales, jurídicas y biomédicas que controlan el cuerpo y la sexualidad de las mujeres. Uno de los soportes de estas redes son los discursos hegemónicos sobre aborto que circulan en nuestra sociedad y que tienen que ver con el mandato heteropatriarcal que plantea los roles, normas y valoraciones asignables a las mujeres en razón de su capacidad reproductiva. En las últimas décadas, los argumentos de los sectores más conservadores se han encontrado con otros discursos emergentes contra hegemónicos que, sobre aborto, deconstruyen el predominio del control público por sobre la subjetividad de las mujeres y su capacidad de autodeterminación. Esta capacidad ha sido desde el comienzo la bandera de lucha llevada adelante por las organizaciones feministas que luchan por la despenalización del aborto que, no tiene como fin la promoción de éste sino la reivindicación de los derechos de la mujer a decidir y resguardar su vida e integridad, reformular la dimensión de lo público y lo privado: la inequidad de género, las problemáticas de salud pública participando en las decisiones estatales y gubernamentales, poner en tensión la noción de familia, instaurando (como lo hizo la anticoncepción en su momento) la capacidad de escindir placer de reproducción.

Los temas propios del feminismo se hicieron presentes en la sociedad argentina y en las demandas desde y al Estado desde las décadas del 60/70 del siglo pasado. Si bien el aborto quedó silenciado por decisión política, su lucha nunca fue abandonada transitando otros carriles que no eran ni estatales ni institucionales (Gutiérrez, 2011).

La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, fue lanzada el 28 de mayo de 2005 como una amplia y diversa alianza federal que articuló y recuperó parte de la historia de las luchas por el aborto. La consigna que identifica a la Campaña “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir” pone el eje en una importante amplificación de derechos igualitarios marcando la importancia de la inescindibilidad de los mismos. El proyecto de ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) se presentó en el Congreso Nacional por primera vez en el año 2007. Al no lograr su tratamiento en el recinto, cada dos años el proyecto ha vuelto a presentarse en el Congreso, siendo la última presentación (por 6ta vez) el día 30 de junio de 2016, con el apoyo de 41 diputadxs junto a 350 organizaciones sociales, presentando cambios acordes a las últimas

reformas del Código Civil, con la esperanza que se trate de una vez por todas; pedido que implica al conjunto de la ciudadanía y no se limita a una demanda exclusiva de las mujeres.

### **La ILE como práctica legal**

En nuestro país, desde la sanción del Código Penal por el Congreso Nacional en 1921, rige un sistema de despenalización del aborto por causales. El artículo 86 del citado Código establece que existen cuatro situaciones en que el aborto está permitido, constituyendo por lo tanto un derecho al que deberían poder acceder las mujeres que se encuentran atravesando una de ellas. Estas situaciones son: I.- Si hay peligro para la vida de la mujer y este peligro no puede ser evitado por otros medios; II.- Si hay peligro para la salud de la mujer y este peligro no puede ser evitado por otros medios; III.- Si el embarazo proviene de una violación; y IV.- Si el embarazo proviene de un atentado al pudor sobre una mujer idiota o demente. El Código Penal está sustentado por la Constitución Nacional, por los tratados de derechos humanos incorporados a su texto y por otras leyes nacionales que garantizan el derecho a la igualdad, a la salud, a la autodeterminación, a la privacidad y a la no discriminación.

Dentro de nuestra legislación no podemos dejar de citar la ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable en la que se plantea como objetivo primordial garantizar a toda la población acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y reproductiva. También debemos referenciar a la ley 26485 de Protección Integral a las Mujeres en la que se establece que cualquier acción que vulnere el derecho de las mujeres a decidir voluntariamente acerca de su vida reproductiva constituye violencia sexual y a la ley 26529 sobre *Derechos del Paciente en Relación con Profesionales e Instituciones de la Salud* en la que se establecen como derechos del paciente la no discriminación, el trato digno y respetuoso, el resguardo de la intimidad y la confidencialidad de sus actos.

Con respecto a la jurisprudencia si bien existen múltiples antecedentes, el fallo “F., A. L. s/medida autosatisfactiva”, de marzo de 2012, de la CSJN, en su carácter de último interprete de todo el sistema normativo del país probablemente sea el más relevante. Dicho fallo estableció que quien se encuentre en las condiciones descriptas en el art. 86 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). De esta forma, en la Argentina toda mujer, niña, adolescente y, en general, toda persona con capacidad de gestar, tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo que cursa según los mismos estándares de calidad que el resto de los servicios de salud. En ella se definió que en las circunstancias arriba enumeradas es siempre el Estado, como garante de la administración de la salud de la población argentina, el que tiene la obligación “de poner a disposición de quien solicite la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura. (CSJN, 2012: considerando 25).

A partir de las sugerencias planteadas por la CSJN en el fallo F.A.L. el Ministerio de Salud de la Nación estableció el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la ILE.

En nuestra provincia el caso de Ana María Acevedo resultó trágicamente paradigmático al respecto y se convirtió en emblema de la lucha de Organizaciones de Derechos Humanos y Movimientos de Mujeres por el derecho de las mujeres a abortar.

## **UNA POLÍTICA PÚBLICA EN LO LOCAL**

### **Primera respuesta a la demanda: la asistencia.**

Historizando la práctica de la ILE en nuestro medio es menester recordar que, si bien la práctica ya se realizaba en algunos efectores del área, en general se daba en un marco de “sensación de ilegalidad”, ya que no se dejaban registros escritos y resultaba muy difícil acceder a la medicación justificando el uso de la misma en una práctica de interrupción del embarazo de casos en los que no hubiera intervención judicial. A partir de la implementación del Protocolo de interrupción legal del embarazo del Ministerio de Salud de la Nación del año 2009 esta situación se modificó sustancialmente.

Las primeras demandas de ILE que llegaban al HPMR, en forma esporádica, lo hacían casi siempre a través del Servicio Social del hospital y eran resueltas en internación. En este sentido, la mayor parte de la responsabilidad en las intervenciones fue absorbida y acompañada desde la estructura de la Residencia de Medicina General y Familiar (RMGyF) que tiene sede en el HPMR. Esa entrada de la demanda era bastante “informal” dado que no era de institución a institución ni de profesional a profesional, era por intermedio de los grupos de “socorristas” o mediante personas conocidas, amigas y/o allegadas a las que les parecía,

*“LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA A NIVEL LOCAL: EL CASO DE LAS ILE”.*

BORDÓN, CAMPI, DONNET, MONTENEGRO, YASUKAWA.

PÁGINA 11

creían o sabían que en el HPMR había una posibilidad cierta de encontrar contención y resolución ante estas situaciones. En las internaciones además del consentimiento informado adjunto a la historia clínica de la mujer, se dejaba un documento en el cual el equipo de salud explicaba y justificaba la realización de esta práctica. Luego de sucesivas capacitaciones en lo referente a los aspectos legales de las ILE, consensuamos dejar de llenar este último documento dado que resultaba redundante ya que toda la información de la práctica debía quedar asentada en la Historia Clínica (HC) como establece la *Ley de Derechos del Paciente*.

El aumento de la demanda nos encontró frente al desafío de, apoyadxs en la confianza generada por la experiencia creciente, empezar a hacer ILE en forma ambulatoria. El acompañamiento de las mujeres desde el lugar de la información pormenorizada de lo que podía sucederle, de los signos de alarma y de la importancia del seguimiento posterior, han sido una premisa fundamental para nosotrxs en este tipo de prácticas. Cuando comenzamos a realizar ILE en forma ambulatoria, ese proceso de informar a las mujeres debió ser más sólido aún, dado que las mismas no quedaban internadas bajo nuestra “supervisión”. Nuestras explicaciones debían ser claras y concretas, lo cual se fue perfeccionando con el tiempo. Igualmente, siempre, aún hoy, la decisión de hacerlo en internación o en forma ambulatoria la toma la mujer en acuerdo con el equipo de salud.

Se fue dibujando así, casi sin programarlo, un camino- protocolo donde llegaba la demanda, por servicio social o por guardia o directamente a otrxs profesionales, se iniciaba una historia clínica (o se escribía en la misma si la mujer ya tenía una en este hospital), se tomaban algunos datos no sistematizados que nos parecían importantes, se le daba el consentimiento informado a la mujer para que lo firmara, y se le suministraba el medicamento. Todo mediante información precisa, nunca enjuiciando su decisión, tratando siempre de cuidar su privacidad. Además de esto, hacíamos una cita posterior para control clínico - ecográfico y dábamos signos de alarma con detalle. En el seguimiento posterior, incluíamos la anticoncepción refiriéndola a su Centro de Salud más cercano.

### **Socializando conocimientos y saberes**

Se realizaron numerosas capacitaciones relacionadas a los aspectos legales y técnicos del procedimiento. Dichas capacitaciones fueron abriéndose a lxs profesionales del área que se mostraron interesadxs, en su mayoría médicxs generalistas del primer nivel de atención, trabajadorxs sociales, psicólogxs, y en menor escala enfermerxs. En dichos encuentros

también se trabajó recurrentemente en el derecho de lxs trabajadorxs a realizar la objeción de conciencia; no podemos dejar de recordar que si bien muchxs se expresaron decididamente en contra de la práctica por cuestiones personales casi no se concretaron trámites relacionados a la objeción a la práctica en el transcurso de los últimos 5 años. Se fue logrando paulatinamente mayor participación de otrxs trabajadorxs de la salud del hospital y centros de salud. Se convocó a otras residencias de medicina general como así también trabajadorxs de salud de otras instituciones no sólo de las ciudades de Santa Fe y Recreo, sino también de Santo Tomé, Esperanza, Rafaela y San Justo. La Residencia de MGyF acompañó ese proceso de formación tanto participando activamente de los encuentros antes mencionados, como asistiendo a talleres específicamente armados para residentes, quienes luego han podido compartir lo trabajado en los respectivos equipos de los centros de salud donde se encuentran insertxs, incluso uno de los equipos presentó un taller sobre abordaje de ILE en el Congreso Nacional de Medicina General y Familiar en el 2015.

### **Consensos, disensos y negociaciones.**

A medida que se iban haciendo estas prácticas de ILE, tanto en guardia como en sala, se comienza a percibir y vivir un clima de hostilidad por parte de un grupo de compañerxs del hospital que no acuerdan con esta política, incluso poniendo en duda la legalidad de la práctica. Este malestar se evidenciaba en negativas a realizar los controles cuando las mujeres eran internadas, cuestionamientos por los motivos de la internación, quejas para el traslado de residuos patológicos entre otras. Esto nos impulsa a reunirnos y discutir, ya que para lograr instalar una política institucional creemos imprescindible dialogar y construir consensos alrededor de un objetivo común desde la perspectiva de Derechos Humanos y, reconociendo que alrededor del tema ILE se desarrollan y desatan distintas posiciones y miradas, las cuales suelen complejizar las negociaciones.

Se desarrollaron así una serie de encuentros con los distintos grupos de trabajo del hospital que estaban implicados en el circuito que hace una mujer que llega con una demanda de ILE. En estos encuentros se brindaba capacitación acerca del tema y se discutían distintos puntos claves o problemáticos, incluso se discutieron algunos casos o procedimientos.

Creemos que estas instancias sirvieron además para que cada unx expusiera su posición y poder debatir sobre el derecho a decidir de las mujeres y el derecho a realizar la

objección de conciencia por parte del personal, pero siempre remarcando los límites que hacen a nuestro deber como integrantes de los equipos de salud.

### **Gestión de recursos**

Uno de los resultados de la actividad anterior nos llevó a gestionar y organizar en muchos casos los recursos del HPMR y generar vínculos entre los servicios del mismo y consensos entre trabajadorxs. En este sentido, los sectores claves fueron:

**Ginecología:** el único recurso humano en esta disciplina del HPMR manifiesta la objeción de conciencia y la negativa a realizar la práctica. Cabe destacar que solo lo hace verbalmente y en oportunidades de diálogo, pero no realiza formalmente el registro a nivel ministerial a pesar de informarle acerca de esto. A raíz de esto, se trabaja desde la RMGyF en la orientación de la mujer que solicite la práctica con trabajadorxs que acompañan la misma, y poder trabajar con ginecología conjuntamente en caso de requerir intervención en quirófano (Aspiración Manual Endouterina -AMEU- / Legrado), negociando entonces la orientación por un lado y la asistencia de las complicaciones por otro.

**Ecografía:** comenzó a trabajar priorizando a las mujeres en situación de ILE, realizando el examen además, sin monitor para la mujer y sin sonido.

**Admisión:** a partir de quejas y malestares de las mujeres que llegaban al hospital por recibir malos tratos por parte de este sector, decidimos trabajar para mejorar los modos de acogida y el resguardo de la privacidad de las mujeres que allí consultaban, como también la posibilidad de orientar a la mujer oportunamente y de manera adecuada.

**Enfermería / Personal de mantenimiento / Mucamas:** se discutieron y definieron los roles y funciones en relación a esta situación en internación, vinculados con la administración de la medicación a la mujer, la limpieza del baño, manejo de residuos.

### **Administración en la farmacia del HPMR.**

En el año 2011 desde el servicio se comenzó una búsqueda bibliográfica sobre las alternativas terapéuticas en la ILE, comparándolas con las quirúrgicas; accediendo a documentos y recomendaciones de organismos internacionales y nacionales.

La provincia de Santa Fe cuenta con un Formulario Terapéutico Provincial, y cualquier compra fuera de este se debe realizar pidiendo autorización a la Comisión Provincial de Medicamentos. Por otro lado, las especialidades medicinales autorizadas por ANMAT disponibles en Argentina, que contienen misoprostol no se encuentran autorizadas para su

uso en ILE, por esta razón al tomar la decisión de prescribir este medicamento se está utilizando en condiciones distintas a las señaladas en su ficha técnica autorizada (lo que se conoce como uso *off-label* del medicamento).

A principio del año 2012, se comenzó a pedir autorización a la Comisión Provincial de Medicamentos, a los efectos de poder comprar este producto. Ante la negativa, se creó un circuito alternativo fuera del servicio de farmacia para poder acceder al insumo. Se insistió en la necesidad de establecer los mecanismos adecuados para garantizar la accesibilidad. Finalmente en el año 2013, quedan establecidos los criterios de uso del misoprostol ante determinadas situaciones clínicas (feto muerto y retenido, huevo anembrionado, atención del post aborto e ILE), adoptándose como registro los formularios de pedido de medicamentos por “vía de excepción”, que actualmente se realizan en forma on-line, acordando entre la Comisión de Medicamentos y la Dirección Provincial de Género e Interculturalidad en Salud de la provincia, la autorización de la compra del insumo.

### **Centralizar- Descentralizar**

La demanda continuó creciendo, incluso las mujeres venían desde otros puntos de la provincia de Santa Fe buscando la ayuda que en sus respectivos lugares de procedencia no encontraban o no se animaban a solicitar. Analizamos entonces la necesidad y posibilidad de centralizar normativa y descentralizar operativamente. Siguiendo a Paganini (haciendo referencia a las características de los SILOS) definimos a la descentralización como “un proceso de transferencia o de devolución de poderes de los niveles centrales hacia los periféricos”<sup>6</sup>. La descentralización permite además responder de forma más eficaz a las demandas y necesidades de la población, al dirigirse a los niveles que trabajan en lo cotidiano en el terreno. Por otro lado, es importante remarcar que la descentralización operativa debe estar acompañada indefectiblemente de transferencia de recursos necesarios.

En esta experiencia, centralizar normativamente significó:

- Protocolizar y actualizar las prácticas,
- Capacitar periódicamente,
- Asesorar cuando fuese necesario.

Y descentralizar operativamente implicó algunas actividades que se presentan a continuación.

---

<sup>6</sup> PAGANINI JM, CAPOTE R. “Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos y experiencias” OPS. Washington, D.C. 1990.

“LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA A NIVEL LOCAL: EL CASO DE LAS ILE”.

BORDÓN, CAMPI, DONNET, MONTENEGRO, YASUKAWA.

**Una práctica más accesible:** Acercar los recursos significaba instar y estimular a los equipos locales de la zona para que reciban y resuelvan estas situaciones de ILE en el mismo centro de salud, facilitando la accesibilidad a las mujeres. También así contribuimos a desmitificar a las ILE como prácticas únicamente hospitalarias. Las ILE como derecho humano deben ser accesibles, desde el nivel más cercano a la vida de las mujeres hasta el nivel más “distante” cuando lo necesitaran. Poder descentralizar implicó también la garantía (como un nivel “más central”) para:

- La realización de ecografías cuando fueran necesarias, lo más pronto posible.
- El suministro de medicación desde la farmacia del hospital también en forma rápida y segura.
- Realizar derivaciones eficaces, desde los equipos de los centros al hospital de aquellas situaciones complejas en las que se necesita el trabajo entre equipos y lo mismo si la mujer desea realizar la ILE en internación.

**Consultorio interdisciplinario de acompañamiento en la ILE:** Como ya se ha dicho, estas actividades y procesos no fueron planificados ni sistematizados, se fueron construyendo de a poco; presionados también por la alta demanda que enfrentábamos. Pensamos entonces en organizar de alguna manera la atención. Nos dimos así el debate que significaba optar por centralizar la práctica con una salida rápida, pragmática, abriendo también, y con la expectativa de que se trate de un dispositivo transitorio, un consultorio que atienda a demanda. Esto nos llevó a armar equipos interdisciplinarios dispuestos todos los días para recibir demandas de ILE. Las mujeres pueden llegar al mismo con un turno programado (inmediato) que pueden solicitar vía telefónica o acudir directamente al hospital (guardia o servicio social). La consulta se realiza siempre en forma interdisciplinaria y se trabaja con una historia clínica que recaba datos acordados en equipo, en base a nuestra experiencia previa y a otras historias clínicas existentes. Esta estrategia también nos ha permitido continuar descentralizando, en tanto que, si la mujer que se comunica por teléfono vive cerca de algún efector que resuelve las situaciones de ILE, la referenciamos en forma precisa al mismo, comunicándonos con el equipo de ese centro. Asimismo, se trabaja con los controles posteriores, en cuanto a referencia. Remarcamos que, si la mujer elige venir hasta el hospital para realizar la ILE, puede hacerlo y el equipo resolverá la situación. Es necesario remarcar que siempre nos planteamos este consultorio en forma provisoria o transitoria, dado que se

trata de descentralizar las prácticas una vez instauradas y la expectativa es que este grupo de trabajo interdisciplinar pueda convertirse finalmente en un grupo matricial para los equipos locales de la zona en relación a la temática de ILE.

**Tejiendo la red:** La alta demanda ya mencionada que se atendía en el HPMR que incluía a mujeres de lugares distantes de la ciudad de Santa Fe y de otros puntos de la provincia, sumado a la dificultad en la derivación de mujeres al tercer nivel para resolver situaciones de interrupciones de mayor edad gestacional, nos llevó en abril del corriente año a realizar una convocatoria a armar **la red de ILE** junto a trabajadorxs de primer y segundo nivel de atención y organizaciones de la sociedad civil. Esta red, se propone:

- Constituirse como actor social poniendo en agenda política la ILE.
- Debatir acerca de distintos puntos de la práctica en el 1° y 2° nivel de atención.
- Reclamar el pronunciamiento y consecuente accionar por parte de las autoridades de más alto rango en la estructura de gobierno en salud; a los fines de garantizar las intervenciones con los mismos criterios de calidad que venimos desarrollando en este relato también en los centros de mayor complejidad que necesariamente deben intervenir en estas situaciones cuando se trata de gestas avanzadas o de aquellas que presentaron algún tipo de complicación y requieren la realización de prácticas invasivas.
  - Llevar adelante acciones en conjunto con las organizaciones civiles.
  - Impulsar el abordaje de las ILE en las consejerías de SSyR a fin de empoderar a las mujeres y promover el acceso a la información por parte de la ciudadanía.
  - Construir y actualizar protocolos de atención.
  - Gestionar recursos necesarios para asegurar la práctica en todos los niveles de atención.
- Articular con otras redes locales que han empezado a trabajar de la misma manera en otras subregiones de la ciudad de Santa Fe y alrededores.

Participan también de esta red niveles de gestión intermedia (Coordinadorxs de nodo; Dirección por la Salud en la Niñez, Adolescencia, y Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe), lo cual es muy importante a la hora de la implementación de algunas acciones y han asistido a algunas reuniones organizaciones de la sociedad civil que trabajan con mujeres que solicitan la ILE.

Esta articulación que significa la red, nos ha permitido:

- La elaboración de un recursero con los “equipos amigables” de la región, lo cual al difundirse puede ser una alternativa superadora a la antes mencionada del listado de objetorxs de conciencia como herramienta para evitar pérdida de tiempo y exposición a malos tratos a las mujeres que solicitan una ILE.

- Consensuar la edad de gestación límite a resolver en el 1° o 2° nivel garantizando una práctica segura, en 14 semanas. Edades mayores, se derivan a un tercer nivel de complejidad. Para facilitar estas derivaciones, se acordó una línea de comunicación vía referentes de subregión- directorxs de hospitales- jefxs de servicios, quienes disponían lo necesario para las intervenciones necesarias. Ya hemos observado que este acuerdo no ha facilitado ninguna intervención.

- Conocer registros de información de mujeres que realizaron ILE que fueron acompañadas por organizaciones sociales y discutir acerca de algunos casos.

- Participar en la discusión y construcción de un Protocolo Provincial llamado *“Pautas para la atención de mujeres que deciden interrumpir una gestación”*.

Es importante referir que continuamos encontrando serias dificultades para resolver situaciones que requieren de la complejidad de un tercer nivel, a pesar de los acuerdos comentados que alcanzamos en la red, dado que este proceso de instauración de la política que ha alcanzado un desarrollo considerable en el primero y segundo nivel de atención no ha sido acompañado con éxito en los centros de referencia del centro y norte de la provincia de Santa Fe. En los dos servicios de ginecología de la ciudad de Santa Fe lxs profesionales se han declarado objetorxs de conciencia en forma colectiva transformando a los servicios en “servicios objetores”. Este dato cobra aún mayor jerarquía si tenemos en cuenta que se trata de los únicos dos servicios de formación en la especialidad de tocoginecología del centro y norte de la provincia de Santa Fe, lo que lleva a un condicionamiento de profesionalxs en formación en relación a esta práctica desde sus primeros días en esas instituciones. Estas barreras institucionales, que se posicionan claramente fuera del marco legal referido con anterioridad, suelen ser superadas en la práctica con la intervención esporádica e informal de profesionales que actuando en forma aislada y manteniendo en reserva los motivos de la práctica han realizado en algunos casos, en los que fue necesario, prácticas invasivas como AMEU, legrados, e incluso en un caso una cesárea.

Este proceso que intentaremos recorrer, es semejante al que debe recorrerse en la construcción de cualquier red. En el proceso de construcción existen diferentes niveles, cuyo conocimiento nos sirve para organizarnos, monitorear los grados de profundidad de una red. Siguiendo a Rovere<sup>7</sup>, estos niveles podrían nombrarse como: reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación. Creemos encontrarnos en la Red construyendo el nivel de “asociación”, a partir de compartir objetivos y proyectos, y el valor “confianza”, en el primer nivel. Cuando queremos ampliar la red al 3er nivel de atención, aún estamos en el inicio, ante la ausencia del reconocimiento del otrx. Y una red no puede ser con solo una parte, requiere de todas las partes posibles para ser sustentable.

### **La gestión del dato. Registros**

Toda política pública requiere de un sistema de información que acompañe el proceso de atención, visualice las diferentes situaciones que se trabajan y avale las decisiones técnicas y políticas necesarias.

Desde el inicio de las prácticas de ILE hemos sostenido un registro de casos, como base de datos de las mujeres a las cuales se les expendió el medicamento misoprostol, desde la farmacia del HPMR y se extendieron historias clínicas que, en las internaciones se acompañaban del consentimiento informado, y de un documento escrito donde, desde el equipo de salud se explicaba, se justificaba la realización de esta práctica. Si la ILE se hacía ambulatoriamente, se tomaban algunos datos, no sistematizados, que nos parecían importantes a lxs integrantes del equipo que intervenían en cada caso. Diseñamos entonces una historia clínica para los casos ambulatorios que nos permite registrar a todo el equipo de salud la misma información de todas las mujeres.

Sea en internación o ambulatoria, continuamos con el consentimiento informado y colocamos el diagnóstico: ILE según las causales; el cual luego debe registrarse a nivel provincial como se ha explicado.

---

<sup>7</sup> ROVERE, M. “Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad”. Edición Secretaría de Salud Pública/AMR - Instituto Lazarte Rosario. Rosario. 1999.

**“LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA A NIVEL LOCAL: EL CASO DE LAS ILE”.**

**BORDÓN, CAMPI, DONNET, MONTENEGRO, YASUKAWA.**

## La investigación como herramienta

La investigación, es necesaria e importante para problematizar las prácticas, identificar problemas, construir consensos y aportar soluciones. Siguiendo estos postulados, entre los años 2014 y 2015 un grupo de trabajadorxs de la salud del HPMR realizamos el primer trabajo de investigación sobre esta problemática de salud. Se trató de una investigación cuali-cuantitativa titulada *“CONTEMOS Y HABLEMOS DE ABORTO”*, diseñada y ejecutada en dos partes:

- 1° parte: que consistió en un relevamiento de datos numéricos acerca de la cantidad de mujeres que realizaron ILE, junto a otras variables de interés y,
- 2° parte: que mostró entrevistas en profundidad realizadas a mujeres que realizaron ILE.

Este trabajo nos permitió tener una mirada general acerca de nuestro trabajo y también particularizar en las historias y vivencias de las mujeres que deciden interrumpir un embarazo.

Se sintetizan algunos datos cuantitativos del trabajo enunciado:

- En el HPMR entre el 1° de junio de 2013 y el 31 de marzo de 2015, se realizaron 66 ILE con progresivos aumentos mes a mes desde fines de 2014 y hasta lo registrado en el primer trimestre de 2015. Este dato es significativamente mayor que el aportado por el informe de la Sala de Situación mencionado con anterioridad lo que nos obliga a revisar las formas de registro que se pusieron en práctica, el sistema de información en uso y los modos de carga de los datos.
- La mayoría de las mujeres que realizaron ILE en el HPMR fueron jóvenes sin gestas previas o con 2 o menos hijxs y por partes iguales había mujeres que se cuidaban con ACO y mujeres que no usaban ningún método. En muchos casos se trató de toma de ACO o uso de ACI en forma irregular.
- La mayoría de las que realizaron la práctica en el HPMR no pertenecían a su área de influencia y para acceder a la misma debieron trasladarse de 10 a 80km de sus domicilios.
- En tres casos se trató de mujeres que realizaron dos interrupciones en un período de tiempo menor a un año. Y en la mayoría de los casos se trató de gestas de 11 o menos semanas que realizaron la ILE en forma ambulatoria de manera efectiva, y el procedimiento les resultó fácil y sencillo. En los casos de complicaciones ninguna fue fatal.

## CONCLUSIONES

El caso de las ILE exige la implementación de una política pública por diversos motivos. Por un lado, se trata de un derecho que ha sido sistemáticamente vulnerado en nuestro país por cuestiones culturales y religiosas. Las afectadas por la problemática han padecido una doble discriminación: por su condición de mujeres y por ser pobres. Por otra parte, los movimientos feministas se han transformado indiscutiblemente en los últimos 30 años en actores sociales con capacidad de hacer visibles estas inequidades y exigir respuestas concretas por parte del Estado. A esto se suman movimientos dentro del colectivo de trabajadorxs de la salud que, progresivamente más numerosos, han podido poner en discusión el funcionamiento de los servicios públicos de salud y plantear la necesidad ética de dar respuesta a las mujeres que demandan una ILE. Todo esto confluye en la obligación por parte del Estado de articular las medidas necesarias para garantizar el acceso en forma universal y gratuita a la realización de prácticas de ILE seguras.

Una política es una propuesta acerca de la distribución del poder y la estrategia es la forma en la que se implementa una política, dado que “de detentar el poder se trata”<sup>8</sup>. El análisis de la implementación de una política pública como la ILE nos lleva a considerar que se hace imperioso “**establecer una relación necesaria entre propósitos, métodos para alcanzarlos y organizar las instituciones que se encargan de ello**”.<sup>9</sup> Como colectivo de trabajadorxs de la salud hemos:

- Realizado “propuestas” (*propósitos*) de organización de la red de atención de todos los niveles; identificando referentes locales y territoriales como también institucionales y
- Planteado mecanismos para el *Cómo* (*métodos*) mediante la discusión de casos y la comunicación entre trabajadorxs de los centros de salud y los diferentes hospitales (*instituciones que se encargan de ello*).

Creemos que en nuestra provincia se han producido avances significativos en la materia en parte porque se ha establecido como **propósito del gobierno** el garantizar el acceso a prácticas de ILE seguras. Este propósito está en gran medida determinado por el permanente conflicto que se produce dentro del **Estado** (desde su concepción moderna, en la

---

<sup>8</sup> Testa, M. “Pensar en salud”. Editorial Lugar. Buenos Aires. Pág. 109. 1997.

<sup>9</sup> Idem 7.

“LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA A NIVEL LOCAL: EL CASO DE LAS ILE”.

BORDÓN, CAMPI, DONNET, MONTENEGRO, YASUKAWA.

PÁGINA 21

que representa el lugar social donde se articulan las diferentes clases y fracciones de clases de una sociedad), y en este sentido creemos que han jugado (y deberán seguir jugando) un rol preponderante las organizaciones civiles y movimientos de trabajadorxs de la salud como actores sociales que ponen en agenda la problemática y visibilizan las falencias del sistema erigiendo propuestas. Los movimientos que operan en el sentido contrario a esta lógica de derecho seguirán existiendo y nunca se resignarán a aceptar al aborto como política pública. Así, habrá avances y retrocesos en tanto esto no esté afianzado como tal y no sea considerado como parte esencial de los derechos de las personas, en este caso de las mujeres. Por otra parte, consideramos que hay argumentos jurídicos, técnicos y biológicos de la **teoría** que determina los **métodos** puestos en juego suficiente y totalmente coherentes con la implementación de la política descrita a lo largo de este trabajo. Por último y en relación a las **organizaciones** que deben actuar como garantes finales de la práctica en cuestión, se observa una variabilidad enorme en la forma de responder. Creemos que esta variabilidad no puede ser analizada sin poner en relevancia a la **historia** de nuestras instituciones de salud. No es casual que en el HPMR se haya brindado acompañamiento a las ILE. Está en su historia y su cultura organizacional. Tampoco debe sorprendernos la respuesta de instituciones de otros niveles de atención en las que impera una mirada heteropatriarcal y el mandato de maternidad. En estas instituciones, donde históricamente se denunció a aquellas mujeres que ingresaban con un aborto en curso sospechado como inducido, parece lógico pensar que un “cambio” de interpretación de la ley, desde una mirada restrictiva que predominó durante décadas en nuestro país a una mirada garantista del acceso a interrupciones decididas con autonomía, en forma rápida y segura, evitando la judicialización proporcionada nada menos que por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, pueda generar resistencias y conflictos en lxs trabajadorxs de la salud involucradxs.

Creemos que este es un punto clave a trabajar para afianzar esta política pública garantista del acceso a prácticas de interrupción seguras a todas las mujeres. Existe un largo camino a recorrer desde la definición y postulación de una política pública hasta la puesta en marcha y la evaluación de los resultados. Máxime cuando esa política erosiona intereses hegemónicos y de diferentes sectores. Creemos que la coherencia se construye en el día a día, enmarcando en la teoría y con un método acorde, pero con organizaciones que asumen la responsabilidad de manera tan disímil, se hace complicado catalogar a la ILE como una **política**

**exitosa y sustentable.** En este punto y volviendo a Testa creemos que se debe planificar no ya para obligar a “servicios objetores” a llevar adelante prácticas con las que se encontrarán permanentemente en conflicto, sino que el objetivo central de la planificación deberá contribuir a promover la creación de condiciones que conduzcan al **cambio** de estos “servicios objetores”.

### **PROPUESTAS**

- Después de varios meses de actividad, consideramos importante evaluar el funcionamiento del consultorio interdisciplinario de acompañamiento en la ILE.
- Continuar mejorando nuestros registros de casos e HC.
- Fortalecer la red con el objetivo de garantizar la accesibilidad a estas prácticas.
- Profundizar en la articulación con movimientos feministas.
- Reclamar por una fórmula farmacéutica acorde a las necesidades de ILE, autorizada para tal fin y así evitar el uso *off label*.
- Durante el Congreso Nacional de Medicina General a realizarse en noviembre de este año, vamos a proponer la construcción de un diseño de investigación multicéntrico que de cuenta del trabajo en esta problemática llevado adelante por las diferentes sedes de la FAMG.

### **BIBLIOGRAFÍA**

ALMA A. y LORENZO P. *“Mujeres que se encuentran”*. Edit. Feminaria, Bs. Aires. 2009

ANZORENA C. y ZURBRIGGEN R. *“Trazos de una experiencia de articulación federal y plural por la autonomía de las mujeres: la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito en Argentina”* en Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible, Editorial Herramienta, Buenos Aires. 2013.

BELLUCCI M. *“Avatares de las conquistas de las mujeres para decidir sobre el propio cuerpo: el aborto con sus retos y sus logros en Argentina”* en Mimeo. Argentina. 1997.

COHEN J. *“Para pensar de nuevo la privacidad; la autonomía, la identidad y la controversia sobre el aborto”* en Debate Feminista, México DF, Año10, Vol.19. 1999

GUTIERREZ, MA. A. *“Aborto y ciudadanía: la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto legal, seguro y gratuito en Argentina”*. Argentina. 2014. En:

<http://espaciospoliticos.com.ar/aborto-y-ciudadania-la-campana-nacional-por-el-derecho-al-aborto-legal-seguro-y-gratuito-en-argentina/>

MORRIS M. *“Los ciclos políticos neoliberales”*. En Petras, James (comp.) *La izquierda contrataca*. Akal. Madrid. 2000.

Secretaría Subsecretaría de políticas de Planificación de Políticas públicas. y Públicas *“Guía para formulación de políticas públicas”*. Guatemala. 2015.

VAGGIONE JM. *“Texto Panorámico: Sexualidad, religión y política en América Latina”*. En S. Correa y R. Parker (orgs.) *Sexualidade e política na América Latina: historias, interseções e paradoxos*, Sexuality Policy Watch, Río de Janeiro. Versión electrónica en [http://www.sxpolitics.org/pt/wp-content/uploads/2011/07/dialogo-la\\_total\\_final.pdf](http://www.sxpolitics.org/pt/wp-content/uploads/2011/07/dialogo-la_total_final.pdf). 2011

WILLIAMSON J. y col., *“La cultura de la estabilidad y el consenso de Washington”* Editorial La Caixa. Madrid. 1999.

## ANEXOS

### Anexo I

El Caso Ana María Acevedo:

Ana María era una mujer de 20 años, procedente de la ciudad de Vera, 250 km al norte de la ciudad de Santa Fe. Tenía 3 hijxs, de 8 meses a 4 años de edad y vivía con sus xadres y sus hermanxs en condiciones precarias. En el año 2006 y con varios meses de demora desde el inicio de los síntomas se le diagnosticó un sarcoma en cara en el Hospital Cullen de la capital provincial y se le practicó una cirugía que consiguió la excéresis incompleta del tumor. A fines de noviembre de ese año fue derivada al servicio de Oncología del Hospital Iturraspe donde se le indicó radio y quimioterapia. En ese momento Ana María refirió a los médicxs tratantes la posibilidad de encontrarse embarazada lo que se confirmó y por lo que dejaron en suspenso el tratamiento y la refirieron al servicio de ginecología del mismo hospital en donde quedó internada solicitando el alta voluntaria en vísperas de navidad. Se retiró del hospital el 24 de diciembre en ausencia del médicx de guardia y sin indicaciones. El 14 de febrero de 2007 Ana María regresó al Hospital con signos locales de progresión de la enfermedad, dolor y un embarazo ya de 13 semanas. La internaron en el servicio de oncología administrándole analgésicos en dosis que no implicaran riesgo de afectación fetal. El jefe del servicio de oncología solicitó entonces intervención del Comité de Bioética del hospital que no se encontraba funcionando por encontrarse la mayoría de sus integrantes de vacaciones. Sin embargo, las únicas integrantes del comité convocaron a una reunión que se realizó el día 27 de febrero y de la que participaron tres médicos del servicio de oncología, la asistente social y la psicóloga que venían interviniendo en el caso, un médico del servicio de obstetricia, un radioterapeuta ajeno al servicio en calidad de experto y tres integrantes del comité. El jefe de ginecología se excusó de participar de la reunión por tratarse de un “día de cirugía”; tampoco asistió el cirujano de cabeza y cuello del hospital Cullen. En la reunión no quedó claro para qué se había convocado al comité puesto que los médicos no se mostraron dispuestos a aceptar ningún cuestionamiento ni cambio de rumbo en sus acciones y reconocieron que en ningún momento se había planteado la posibilidad de realizar un aborto terapéutico por “convicciones, cuestiones religiosas, culturales” (de los médicos). El obstetra agregó que a esa altura del embarazo (15 semanas) y en el estado en que se encontraba Ana María, los riesgos de realizarle un aborto eran muy grandes, por lo que no resultaba viable. Se acordó una

interconsulta con la Asociación de Cuidados Paliativos del Hospital Iturraspe para un adecuado manejo del dolor, inducir el parto después de las 24 semanas en el servicio de obstetricia si el estado general de la paciente lo permitía y opción de regresar a Vera puesto que era el deseo de la joven. Ana María regresó a Vera con un tratamiento analgésico que no fue suficiente para aliviar el dolor. A fines de marzo lxs xadres de Ana María solicitaron al director del Hospital Iturraspe la interrupción del embarazo para poder iniciar el tratamiento oncológico indicado lo cual no sucedió. Finalmente, y por incompatibilidad sanguínea materno-fetal, se produjo el parto el día 29 de abril, con 22 semanas de edad gestacional y dando luz a una recién nacida de 450grs que sobrevivió sólo algunas horas. Para entonces la salud de Ana María estaba muy deteriorada y la primera sesión de quimioterapia derivó en una traqueotomía; poco después le indujeron el coma farmacológico y falleció el día 17 de mayo. El caso tomó estado público y se convirtió en emblema de la lucha de Organizaciones de Derechos Humanos y Movimientos de Mujeres por el derecho de las mujeres a abortar. Derivó en el apartamiento del entonces director del Hospital Iturraspe por autoridades del Ministerio de Salud y el cese de la actividad del Comité de Bioética que nunca volvió a funcionar. En julio de 2008 fueron procesados, entre otros profesionales que intervinieron en el caso, el exdirector del Hospital y los jefes de los servicios de Oncología y Ginecología por los delitos de lesiones culposas e incumplimiento de los deberes de funcionario público.

## **Anexo II**

Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10) que hacen alusión al Aborto Médico con sus diferentes estadios de complicaciones:

**0040-** Aborto medico incompleto, complicado con infección genital y pelviana.

**0041-** Aborto medico incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía.

**0042-** Aborto medico incompleto, complicado por embolia.

**0043-** Aborto medico incompleto, con otras complicaciones especificadas y con las no especificadas.

**0044-** Aborto medico incompleto, sin complicación.

**0045-** Aborto medico completo o no especificado, complicado con infección genital y pelviana.

**0046-** Aborto medico completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía.

**0047-** Aborto medico completo o no especificado, complicado por embolia

**0048-** Aborto medico completo o no especificado, con otras complicaciones especificadas y con las no especificadas.

**0049-** Aborto medico completo o no especificado, sin complicación.

### Anexo III

TABLA 1: Total de diagnósticos Aborto Médico (O040-O049) por Regiones de Salud en consulta ambulatoria según grupo etario. Provincia de Santa Fe. 2014 y 2015.

REGIONES DE SALUD	Edad de la Mujer			
	10 a 14 Años		15 a 49 Años	
	2014	2015	2014	2015
<b>RAFAELA</b>	0	1	4	2
O045	0	1	4	2
<b>RECONQUISTA</b>	0	0	14	17
O044	0	0	2	5
O046	0	0	12	9
O047	0	0	0	1
O049	0	0	0	2
<b>ROSARIO</b>	7	1	71	106
O040	0	0	1	3
O041	0	0	2	0
O044	0	0	2	3
O045	7	1	46	50
O048	0	0	1	1
O049	0	0	19	2
<b>SANTA FE</b>	0	2	16	44

0040	0	0	0	1
0041	0	0	0	1
0043	0	0	0	1
0044	0	0	2	1
0045	0	0	12	27
0049	0	2	2	13
<b>V. TUERTO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
0044	0	0	0	1
0045	0	0	4	2
<b>Total general</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>109</b>	<b>172</b>

**FUENTE:** SICAP. Dirección Información para la Gestión.

#### Anexo IV

TABLA 2: Total de diagnósticos Aborto Médico (0040-0049) por Regiones de Salud en internación según grupo etáreo. Provincia de Santa Fe. 2014 y 2015.

Nodo	2014		2015	
	10 a 14 Años	15 a 49 Años	10 a 14 Años	15 a 49 Años
Santa Fe	0	1	2	17
Rosario	0	2	0	0
Total	0	3	2	17

**FUENTE:** SIHOS, Dirección Provincial de Estadísticas.

## Anexo V

Características del enfoque tradicional en la formulación de políticas públicas y la incorporación del enfoque de equidad y derechos humanos.

Enfoque Tradicional de Políticas Públicas	Enfoque de Derechos y Equidad en Políticas Públicas
Enfoque sectorial con intervenciones verticales y fragmentadas	Visión integral e intersectorial para el desarrollo
Las necesidades son alcanzadas o satisfechas	Los derechos son realizados (respetados, protegidos y cumplidos)
Las necesidades no conllevan responsabilidades u obligaciones, aunque pueden generar promesas	Los derechos siempre conllevan una correlación de responsabilidades y obligaciones
Las necesidades no son necesariamente universales	Los derechos humanos siempre son universales.
Las necesidades pueden ser priorizadas	Los derechos humanos son indivisibles dada su interdependencia
Las necesidades pueden ser alcanzadas a través de acciones de caridad y asistencialistas	La caridad y el asistencialismo no tienen cabida desde la perspectiva de derechos humanos
La sostenibilidad es deseable	La sostenibilidad es necesaria
La participación es una estrategia	La participación es un objetivo, una meta y una estrategia
Se centra en las manifestaciones de los problemas o en sus causas inmediatas centradas en el acceso a servicios básicos de calidad	Centrados en las causas estructurales básicas así como en las manifestaciones focalizadas en el cumplimiento de derechos y en empoderamiento
Las necesidades básicas pueden ser alcanzadas por medio de metas o de resultados	Los derechos humanos se pueden realizar solamente atendiendo tanto los resultados como los procesos

Fuente: Adaptado de El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes. Giménez. 2010