

**MUJERES QUE DECIDEN ABORTAR: PROCESOS DE ACOMPAÑAMIENTO POR PARTE
DE UN EQUIPO TRANSDISCIPLINARIO DE SALUD.**

AUTORXS

Bahamonde, Mayra B. Licenciada en Psicología

Cadenas, Gastón. Médico. Concurrente de Medicina General

Delocca, Federico M. Médico. Residente de Medicina General

Espacio de Consejería en Salud Sexual Integral

**Unidad Sanitaria Carlos Cajade - Güemes e/ Ferella y De la Paz, Municipio de
Ensenada. Provincia de Bs. As**

u.s.cajade@hotmail.com - tel: 221 - 4690399

**Trabajo de Investigación con enfoque cuanti-cualitativo. Tipo descriptivo y
explicativo.**

Clínica Ampliada / Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado (s-e-c)

Septiembre 2018 - Inédito

Autores

Bahamonde, Mayra Belen; Cadenas, Gaston; Delocca, Federico Martin

Resumen

El presente trabajo de investigación busca visibilizar y analizar el proceso de acompañamiento a mujeres que deciden interrumpir su embarazo, por parte de un equipo de salud que trabaja en el primer nivel de atención.

Objetivo

Describir y analizar los contextos, los resultados de atención sanitaria y los procesos subjetivos de las mujeres basados en la experiencia de trabajo en el proceso de acompañamiento a mujeres en situación de aborto legal durante el período noviembre 2017 a septiembre 2018 en la Unidad Sanitaria Carlos Cajade de Ensenada, por un equipo multidisciplinario de salud, con modalidad de atención transdisciplinaria.

Material y métodos: Sistematización y análisis mixto cuanti-cualitativo de 117 historias clínicas.

Resultados: De contexto, de atención de salud y percepción de mujeres

Discusión y conclusiones: Se cotejan resultados con estadísticas bibliográficas. Se analiza el rol del patriarcado

Palabras claves: aborto, violencia de genero, estadísticas.

Soporte técnico: proyector de diapositivas y pantalla.

1) INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación busca visibilizar y analizar el proceso de acompañamiento a mujeres que deciden interrumpir su embarazo, por parte de un equipo de salud que trabaja en el primer nivel de atención. Dicho equipo se constituye formando parte de un dispositivo de Consejería en Salud Sexual integral. Ésta es una propuesta de diseño definida desde el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable(PNSSyPR), que consiste en un espacio de encuentro entre profesionales del equipo de salud y personas usuarias del sistema de salud .

Los espacios de consejería tienen como objetivo principal fortalecer la autonomía de las personas para que tomen decisiones y ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos de manera consciente, informada y acompañada (Ministerio de Salud de la Nación, 2015). En este sentido, el acceso al aborto seguro en los casos permitidos por la ley en la Argentina es uno de esos derechos.

El aborto es la terminación del embarazo posterior a la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial, antes que el feto logre la viabilidad (menor de 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud céfalo-caudal < 25 cm). (Federación latinoamericana de sociedades de Obstetricia y Ginecología, 2013).

La interrupción del embarazo es un procedimiento sumamente seguro si es practicado con los instrumentos y en las condiciones adecuadas (Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, 2015). Sin embargo de acuerdo a las estadísticas vitales publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2016 se produjeron 245 muertes maternas en nuestro país de las cuales un 17,5% se asocian a complicaciones de aborto; un 55% fueron producidas por otras causas obstétricas directas, y por último, un 27% se debieron a causas indirectas, principalmente relacionadas con problemas respiratorios y del sistema circulatorio (Las cifras del aborto en la Argentina, CEDES 2018). Se estiman entre 370.000 y 520.000 abortos por año en la Argentina. Hay más de 1 aborto cada 2 nacimientos. (S. Mario y A. Pantelides, 2005)

En este escenario, y después de casi veinte años de implementación de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, la principal causa directa de muerte de las mujeres que cursan un embarazo hoy es un aborto inseguro, y si se agrega la proporción de mujeres que mueren por continuar con un embarazo que complica alguna enfermedad que padece antes de embarazarse (causas obstétricas indirectas), vemos que en 2016 un 44% de las muertes en personas gestantes podrían haber sido reducidas garantizando el acceso a una interrupción del embarazo legal, segura y gratuita (Aborto inseguro: un problema urgente de salud pública, Fundación Soberanía Sanitaria, 2018).

Continuando con dicha línea discursiva y teniendo en cuenta lo que postula la OMS, un aborto inseguro es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos. (Aborto sin riesgos. OMS, 2012).

2) PROPOSITO DE LA INVESTIGACION

La construcción de este proceso de investigación es una respuesta a la presencia creciente de la temática del aborto en el campo de la salud pública y los derechos humanos, así como en las políticas de Estado en el ámbito internacional, regional y nacional.

Dicha investigación busca aportar más elementos para el análisis de la problemática del aborto. Somos conscientes de que lxs trabajadorxs en asistencia directa con la temática somos actores claves a la hora de recolectar datos, analizarlos y socializarlos. Esperamos que esto sirva como una herramienta más para avanzar en el acceso universal al derecho.

3) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

-¿Qué resultados arrojan las variables e indicadores al atender personas con derecho a abortos no punibles en un primer nivel de atención con un equipo interdisciplinario?

-¿Qué relaciones existen entre las variables e indicadores relevados, analizados desde una perspectiva de género y derechos?

-¿Cuál es la percepción de las mujeres en relación a su situación en el contexto de las consultas?

4) OBJETIVO GENERAL

Describir y analizar los contextos, los resultados de atención sanitaria y los procesos subjetivos de las mujeres basados en la experiencia de trabajo en el proceso de acompañamiento a mujeres en situación de aborto legal durante el período noviembre 2017 a septiembre 2018 en la Unidad Sanitaria Carlos Cajade de Ensenada, por un equipo multidisciplinario de salud, con modalidad de atención transdisciplinaria.

5) OBJETIVOS ESPECIFICOS

1) Analizar el proceso de intervención del equipo de salud en el acompañamiento de mujeres en situación de aborto.

2) Conocer las percepciones de las mujeres que fueron atendidas en el Espacio de Consejería en Salud Sexual Integral.

6) MARCO TEORICO

-La ILE desde una perspectiva de derechos

Los *Derechos Sexuales y Reproductivos* son Derechos Humanos. Es decir que buscan garantizar que cada persona pueda decidir sobre su cuerpo, su vida sexual y reproductiva con libertad, confianza y seguridad, de acuerdo a su vivencia interna (asociada al cuerpo, la mente, la espiritualidad, las emociones y la salud) y externa (asociada al contexto social, histórico, político y cultural). Involucran por lo menos una lista mínima de derechos a saber:

- El derecho a la vida, a la libertad e integridad personal;
- El derecho a la salud, la salud reproductiva y la planificación familiar, incluyendo el derecho a decidir el número y espaciamiento de los propios hijos e hijas;
- El derecho a dar consentimiento para contraer matrimonio, así como disolverlo y a la igualdad en éste;
- El derecho a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes
- El derecho a estar libre de violencia basada en el sexo y el género
- El derecho a vivir libre de la explotación sexual
- El derecho a la intimidad
- El derecho de toda persona a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre sus funciones reproductivas
- El derecho a la educación sexual y reproductiva
- El derecho a ser informada sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción y acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fecundidad
- El derecho a disfrutar del progreso científico en el área de la reproducción humana
- El derecho a no ser objeto de experimentación en el área de la reproducción humana.

(Morlachetti y Michel, 2018)

Es necesario agregar el derecho a tener experiencias sexuales seguras y placenteras, de acuerdo a lo que postula el Informe de la Comisión Guttmacher-Lancet sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, pues lo incorpora a la lista.

Esta perspectiva nos pone a los equipos de salud pública en garantes de los derechos, y por ende en el compromiso de asumir tareas para el acceso oportuno, la atención de calidad y en la defensa de condiciones de trabajo para lograrlo.

-La ILE desde una perspectiva de género

El patriarcado puede definirse como un sistema de relaciones sociales sexo-políticas basadas en diferentes instituciones públicas y privadas y en la solidaridad interclases e intragénero instaurado por los varones, quienes como grupo social y en forma individual y colectiva, oprimen a las mujeres también en forma individual y colectiva y se apropian de su fuerza productiva y reproductiva, de sus cuerpos y sus productos, ya sea con medios pacíficos o mediante el uso de la violencia. (Marta Fontenla, 2008)

Adoptar una mirada de género en salud Implica incorporar el modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad- atención tanto de los varones como de las mujeres. Es necesario pensar dichas asimetrías vinculadas también con edad, etnia y clase social, pues establecerán perfiles de morbilidad específicos así como modelos de gestión de la enfermedad diferencial (Débora Tajer, 2013). En este sentido la autora postula que estas asimetrías sociales entre varones y mujeres en el proceso salud-enfermedad-atención de cada género en tanto colectivo, operan estableciendo vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que mujeres y varones pueden y deben cumplir en el marco del patriarcado, lo cual determina modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidas/os y morir.

Entonces realizar un abordaje desde la perspectiva de género implica analizar la forma en que se configura un núcleo de interacción social entre la diferencia sexual y la desigualdad producto de una relación de poder. Esto nos permite operar con principios de equidad y justicia.

Continuando con dicha línea discursiva, y así como lo plantean diferentes autores/autoras los procesos simbólicos que transforman la diferencia sexual entre varones y mujeres en desigualdad bio-psico-social, habilitan del mismo modo el ejercicio del poder, constituyéndose así diferentes tipos y modalidades de violencia de género (Ley Nacional

26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales; 2009).

Dicha Ley define a la violencia contra las mujeres como toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón. (Ley Nacional 26.485; 2009). Asimismo la misma define tipos de violencia contra la mujer: 1.Física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física. 2.- Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación. 3.- Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres. 4.- Económica y patrimonial: La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de: a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes; b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos

patrimoniales; c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna; d) La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo. 5.- Simbólica: La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

Modalidades de violencia: a) Violencia doméstica contra las mujeres: aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres.

b) Violencia institucional contra las mujeres: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil.

c) Violencia laboral contra las mujeres: aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral;

d) Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo

entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;

e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

f) Violencia mediática contra las mujeres: aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.

-La ILE desde el marco legislativo vigente

En lo referido a los aspectos legales y técnicos en la Argentina y a nivel internacional existen un gran número de leyes que fomentan la protección de los derechos humanos en general y de las mujeres en particular:

- El Pacto de Derechos Civiles y Políticos,
- La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belén Do Para”.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)
- Ley Nacional 26.529, Derechos del paciente.
- Ley Nacional 17132 del Ejercicio Legal de la medicina.
- Ley Nacional 25673 de Salud Sexual y Procreación Responsable,
- Ley 26.130 de anticoncepción quirúrgica
- Ley Nacional de Educación Sexual Integral (Ley 26150),

- Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en todos sus ámbitos donde desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley 26435).

- Código Penal de la Nación Argentina. Artículo 86“El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1º Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2º Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.” (Código penal de la República Argentina, 1921)

- Fallo F.A.L de la CSJN en 2012

En el marco de la agenda de políticas públicas para garantizar los Derechos Sexuales Reproductivos y no Reproductivos (CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO En Cairo, Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y Los Objetivos y metas de desarrollo sostenible, todas de Naciones Unidas), podríamos enumerar:

- Protocolos para el Abordaje del Aborto Seguro (OMS)

- Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILES). Ministerio de Salud de la Nación.

- Documento técnico 1/2017. Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva PBA.

- Guía Técnica de la OMS Edición 2007 y sus actualizaciones en el año 2012 (Aborto sin riesgos: Guía Técnica y de Políticas para el Sistema de Salud) .

- Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos no punibles y cumplimiento efectivo de los Derechos Sexuales (www.msal.gov.ar)

- Guía de Métodos Anticonceptivos Acceso sin Barreras

- Guía Nacional de

- Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva

- Guía Nacional de Atención Post Aborto

- Guía Nacional de Investigación a la Acción, Aportes para la Reflexión de los Equipos que hacen Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva

-La ILE desde la perspectiva de la construcción de redes

En el transcurso de nuestro proceso de construcción como equipo de salud, acompañando a mujeres que deciden interrumpir sus embarazos, hemos visto como imperiosa la necesidad del armado de redes. Entendiendo así que el trabajo en red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que deciden asociar voluntaria o concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes (Libro de posgrado en salud social y comunitaria., Agosto 2006).

De esta manera hemos ido articulando nuestro trabajo con otros equipos similares (locales, regionales, provinciales y nacionales con los que integramos la Red Nacional de Profesionales por el Derecho a Decidir), con organizaciones de la sociedad civil (Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, ONGs, partidos políticos), con instituciones del estado que abordan situaciones de violencia, de niñez, de asistencia social y educación (Dirección provincial de políticas de Género y Diversidad, dirección Provincial de Violencia de Género y familiar, Secretaría de Derechos Humanos, Servicio Local de Niñez y Adolescencia, Facultades de Medicina de la UNLP y UNAJ, Facultad de Psicología UNLP y escuelas secundarias locales).

7) AREA DE ESTUDIO

El presente trabajo se desarrolló en el Centro de Atención Primaria de la Salud Carlos Cajade, ubicado en la ciudad de Ensenada, a 1 kilómetro del centro cívico y comercial de la misma, provincia de Buenos Aires, República Argentina. Dicho CAPS se encuentra en zona urbana de fácil acceso y para toda la ciudad y ciudades aledañas. Por tal motivo nuestro equipo tiene un área de influencia representada por toda la Región Sanitaria XI en particular y, otras regiones de la Pcia. de Buenos Aires.

En esta instancia nos parece importante clarificar que este equipo de salud no trabaja con área programática definida. Esto se vincula con el proceso de historización de la construcción de dicho equipo, pues comienza a trabajar en ésta unidad sanitaria debido a que la misma se constituye como una institución no obstaculizadora del acceso a los espacios de consejería pre y post-aborto de las mujeres. De esta manera podríamos definir a éste equipo de trabajo, como un equipo ad-hoc o especializado en el abordaje a los acompañamientos pre y post-aborto.

8) ACERCA DE LXS AUTORXS

El equipo de trabajo está conformado por una psicóloga, un médico concurrente en medicina general y un médico residente de medicina general. Es un equipo multidisciplinar que luego de tres años de compartir consultorio, capacitaciones y reuniones, considera haberse acercado a la transdisciplina.

El equipo de consejería atiende casos nuevos a demanda, y los casos en seguimiento con citas programadas. Las pacientes llegan por demanda espontánea o referenciadas por instituciones y/o personas que conocen del funcionamiento del espacio. En ese momento se ofrece un espacio de escucha activa. La dinámica de atención toma la forma de entrevistas interdisciplinarias. De esta manera se arriba a un diagnóstico situacional contemplando aspectos de la historia de vida de la mujer, los recursos psíquicos con los que cuenta, su contexto económico, entorno social y cultural. Se abre una historia clínica que ha sido creada desde la interdisciplina del espacio y, se utilizan los modelos de planillas ofrecidos por las guías /protocolos del Ministerio de Salud para el registro de los casos.

Es necesario agregar que el proceso de acompañamiento se inicia con dicho espacio de escucha y finaliza con el encuentro post-aborto, el que tiene también sus particularidades. Éste último, no consiste solamente en el saber acerca de si la mujer interrumpió o no su embarazo, sino que también es un espacio de elaboración psíquica, buscando alcanzar un “cierre” en el proceso. Para este momento el equipo ha trabajado en conjunto con médicos/médicas de la residencia de medicina general en el proceso de co-construcción de un taller en “Derechos Sexuales Reproductivos y no Reproductivos y métodos anticonceptivos”, que tiene como objetivo transversal continuar trabajando en el proceso de decisión y empoderamiento de la mujer que llega al espacio.

-Modalidad de abordaje del equipo

Nos posicionamos desde el paradigma de **Salud Colectiva y Epidemiología crítica**. Por este motivo comprendemos la complejidad de los procesos salud-enfermedad-atención-cuidados (en adelante PSEAC) en su determinación colectiva, política, económica, cultural, en otras palabras, determinado por la **sociedad hetero-patriarcal, capitalista y**

adultocéntrica actual. Esta sociedad expresa en su estado el rol de sostener a fuerza de consenso y/o coerción la división en clases sociales y los mandatos de género. Es a partir de ello, que se generan las principales determinaciones de privilegios a costa de derechos vulnerados. Es decir, inequidades que en salud se expresan por diferencias en la forma y calidad de nacer, crecer, desarrollarse, enfermarse, luchar contra la enfermedad, recuperarse y morir.

Funcionamos de manera sistematizada, singularizada y en red. **Sistematizada** porque respetamos una serie de pasos, principios y normas que permiten, por un lado, mejorar la calidad de atención, propiciando una buena recolección y registro de determinaciones sociales del PSEAC y pesqu岸ando precauciones, riesgos y/o contraindicaciones para posibles tratamientos. Estos pasos los retomamos de la Guía de Aborto sin Riesgos (OMS 2012), Protocolo para garantizar el acceso a personas con derecho a la ILE (Ministerio de Salud de la Nación, 2015), actualización en salud reproductiva (Ipas, 2018) y Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología 2007 y 2013). Por otro lado nos proporciona una herramienta útil para la identificación de causales de no punibilidad y adecuación legal a la normativa vigente. **Singularizada** porque atendemos a las particularidades de cada mujer. El relato de vida, la entrevista con preguntas abiertas, preguntas dirigidas que buscan indagar sobre percepciones diversas en relación a la situación que atraviesa o atravesó la persona, sus miedos, mitos. Estos son elementos puestos en práctica que nos permiten conocer la realidad única que vivió y vive la persona a la que estamos acompañando. **En red** porque creemos que la complejidad de PSEAC se aborda desde la intersectorialidad, la interinstitucionalidad y fundamentalmente con la participación activa de la comunidad luchando por sus derechos.

9) METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

a) Universo

Mujeres en edad fértil embarazadas en situación de aborto.

b) Tipo de muestra

Por criterios:

- Mujeres del área de influencia.
- Mujeres que fueron acompañadas por el equipo, pues consultaron por solicitud de interrupción del embarazo.
- Mujeres que accedieron a participar del estudio.

c) Tipo de Estudio

Mixto Cuanti-cualitativo. Tipo descriptivo y explicativo.

d) Método de recolección de datos

Se realizaron entrevistas interdisciplinarias semi-estructuradas y dirigidas. Así como como también examen físico, solicitud de exámenes complementarios e interconsultas. Se llevaron a cabo estas acciones en el marco del acompañamiento pre-aborto y post-aborto en un proceso que duró en promedio 3 encuentros por mujer. También se articularon y coordinaron acciones con otros sectores de la sociedad civil y con instituciones del estado. Todo fue registrado en la Historia Clínica Interdisciplinaria (ver anexo) y en los cuadernos de registro ampliado cualitativo de la psicóloga.

10) RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

Aceptaron formar parte de nuestro estudio un total de 117 mujeres, de las cuales un 54% corresponde a mujeres de entre 20 y 30 años de edad, seguido de un 28% de mujeres entre 31 y 40 años y el resto entre 15 y 19 años o mayores de 40 años; siendo el 46% de ellas de la ciudad de la Plata, un 39 % de la ciudad de Ensenada y el resto de Berisso y otras zonas de la región sanitaria XI u otras de la Pcia. de Buenos Aires. (Ver anexo)

Respecto al sistema de referenciación el 84 % de las mujeres ya habían concurrido al menos a una institución de salud, sin haber obtenido respuesta alguna respecto a su decisión. Por fuera de este porcentaje, y en un 14% acompañamos a mujeres referenciadas por nuestro segundo nivel de referencia (Hospital Cestino de Ensenada).

Teniendo en cuenta el indicador de estructura familiar, el 36% de las mujeres se constituyen como familia monoparental, mientras que el 30% viven en familia nuclear. Asimismo, respecto al indicador “acompañamiento” un 82% cuentan con al menos una persona que conoce y respeta su decisión al momento de la consulta, y sólo un 3,4% vive esta situación en soledad.

En vinculación a los datos de alfabetización, nuestra muestra arroja que un 31% de las mujeres no han finalizado sus estudios secundarios o se encuentran en proceso de hacerlo. Mientras que un 29% ha finalizado sus estudios secundarios y otro 29% ha accedido a estudios de nivel superior.

En relación a las herramientas de subsistencia, sólo el 18 % de las mujeres contaban con trabajo formal. El 24% de las mujeres dependía no coactivamente de la colaboración familiar, mientras que el 16 % dependía económicamente de la persona con la cual mantiene una relación de violencia (en la mayoría de los casos pareja-ex pareja).

Teniendo en cuenta el indicador de violencia de género, podemos decir que el 55% de las mujeres de las cuales tenemos registro sufren uno o más tipos de violencia de género. De ellas el 56% sufren o sufrieron dos o más tipos de violencia. Es decir que 3 de cada 10 mujeres que han transitado nuestro espacio sufren o sufrieron dos o más tipos de violencia de género.

En relación al indicador de Método Anticonceptivo, hemos registrado que el 73% de nuestras pacientes hacían uso de al menos un método anticonceptivo al momento de la consulta; siendo de destacar que todas usaban métodos reversibles de corta duración con predominio de anticonceptivos orales y preservativos. Menos de la mitad de las mujeres se protegía con preservativo. Cabe agregar que ninguna paciente usaba método de larga duración ni definitivo. En esta misma línea hemos registrado que el 70% de las mujeres experimentó alguna barrera en el acceso a Método anticonceptivo, siendo la barrera más frecuente “consejería incompleta”.

Teniendo en cuenta nuestro registro de mujeres en vinculación al intento previo de interrupción, el 27% llega a la consulta habiendo intentado interrumpir su embarazo actual. Todas estas de forma inseguras.

El 75% de las mujeres que hemos acompañado, y casi en la misma proporción, han tenido uno, dos o ninguna gestas previo. Asimismo nuestro registro arroja que al momento de la consulta el 30% de las mujeres presentaban un período intergenésico corto, respecto a su anterior evento obstétrico.

Se hallaron 69 enfermedades entre antecedentes clínicos, obstétricos y o padecimientos actuales.

Los indicadores de causales nos arrojan los siguientes valores: 73% de las situaciones se identificaron con 1 solo causal; 16% con 2 causales y 11% presentaban todos los causales. En relación a los tipos de causal se observa: el 100% de las mujeres corrían riesgo para su salud, el 13% riesgo para su vida y el 11% habían sido víctimas de violencia sexual.

Las modalidades de tratamientos acordadas entre el equipo y las mujeres fueron: misoprostol ambulatorio 58%, alternativas bajo internación 33%, y el porcentaje restante, conducta expectante (casos de saco anembrionado, embarazo detenido, huevo muerto y retenido) y maternar (8 y 2 mujeres respectivamente).

Con las mujeres que se acordó resolver la interrupción en el segundo nivel de atención, el 64% fue debido a que su edad gestacional estaba por encima de las 12 semanas, en el 20% de los casos fue por aspectos psico-sociales que condicionaban el correcto procedimiento, en el 13% por preferencia de la usuaria y en el 3% por contraindicación para misoprostol.

De las mujeres inicialmente atendidas, las que han accedido a la atención post-procedimiento representan un 55% de la muestra. Todas ellas han realizado el tratamiento correctamente. Registramos dos casos de fallas al primer tratamiento y dos casos en los que falló dos veces el tratamiento.

Seis mujeres de las 64 que tenemos registro de consultas post-tratamiento realizaron consultas a servicios de emergencias médicas posterior al procedimiento. De ellas una sufrió efectivamente complicaciones del aborto. Fue una mujer con cáncer de mama diagnosticado el año previo que luego del tratamiento había abandonado controles. Ella padeció de una hemorragia que requirió transfusión de sangre e infección posterior que requirió internación, legrado y antibioticoterapia.

Respecto de las prácticas ofrecidas en la atención post-aborto mencionamos que en la elección del método anticonceptivo y luego de una consejería completa, 2 de cada 3 mujeres eligieron métodos anticonceptivos reversibles de larga duración; mientras que el

15% decidieron no usar por el momento y el resto eligió anticonceptivos inyectables y orales, con predominio del primero. Cabe señalar que las elecciones de éstas dos últimas formas de anticoncepción, se han utilizado como método transicional en algunos casos hasta el acceso a la ligadura tubaria, método de difícil acceso en nuestro medio.

El espacio de consejería completa, también implicó la recomendación del uso del preservativo como método de barrera, complementario y permanente.

Como lo expusimos con anterioridad, nuestro trabajo de investigación también tiene un importante componente cualitativo. Esta última información se recolecta a partir de la transcripción directa del discurso de la mujer cuando llega al espacio de consejería. Las preguntas disparadoras que abren dicho momento se vinculan con el objetivo de que la mujer pueda traer los motivos que la traen a la consulta, como se enteró del embarazo, que le sucede con ello, cuál es la situación que la atraviesa.

Inicialmente llevamos a cabo un proceso de categorización y subcategorización, construyendo ejes temáticos a partir de un recorte previo que consistió en establecer recurrencias y convergencias entre los relatos.

De esta manera a continuación exponemos dichos discursos, llevando adelante un proceso de categorización.

PERCEPCIONES DE LAS MUJERES

Una de las principales categorías que nos sirvió para organizar las percepciones fue **“Violencia de Familia y/o Género”**. En ella incluimos las citas que interpretamos, que expresaban contextos de violencia en cualquiera o todos sus tipos y modalidades.

“Yo me lo tuve que coger al chabón para que me de plata”

“Le dije que se cuidara, que yo había dejado las pastillas”

“Desapareció cuando me embarazo”

“No fue consensuado. Usábamos preservativo y él se lo saco. Use pastillas del día después y no funciona. Él sabía que estaba ovulando. Vivo violencia con él”

“No quiere usar preservativo”

“Me dijo que si no teníamos relaciones, no se iba de mi casa y tengo una perimetral”

“Sufrí mucho en toda mi vida. Hubo un tiempo en el que el me pegó”

A su vez identificamos en los relatos frases que reflejan **Obstáculos para salir de círculos de violencia** en relación al embarazo que transitan:

“No estoy en condiciones de traer un hijo al mundo. No quiero estar mas con Ezequiel, el insiste, no se quiere ir, mucho menos con esto”

“No puedo, es como volver atrás”

“No quiero tenerlo, aunque mi pareja si. Estamos muy mal con el, ademas yo empecé a estudiar y no tengo trabajo”

Otra de las categorías que construimos, se vincula con pensar como el embarazo actual de esa mujer obstaculiza o se interpone con un **Proyecto o su deseo de vida**.

“Quiero terminar mis estudios”

“No está en mis planes”

“No lo había planeado”

“Soy muy chica y quiero seguir estudiando”

La categoría siguiente intenta mostrar cómo el embarazo de la mujer que se acerca al espacio interfiere en su **Situación económica** y en la de su familia.

“No tengo trabajo”

“Voy a perder mi trabajo”

“Nos cuesta comer”

“En casa solo cena Esteban (hijo de 2 años)”

“No tengo los medios, no puedo tener otro bebé”

La siguiente categoría tiene como antecedente en el inicio del relato el “no”, y sintetiza la percepción de la mujer de **“no poder”** o visualizar un contexto de **“no es momento”**.

“Mi momento de madre ya paso, soy abuela”
“No Quiero volver a ser madre, ya tengo dos hijos grandes”.
“No puedo sola”

“Estoy sola todo el dia con los nenes”
“No estoy en condiciones psíquicas ni físicas, tome todos los recaudos, tome pastillas durante 11 años”
“Por mis hijos, otro bebe no puedo”

La siguiente categoría intenta describir el **Estado psíco-afectivo** que atraviesa a la mujer cuando llega al espacio. Es necesario hacer hincapié en que todas las mujeres que llegan a la consulta se presentan angustiadas, con ansiedad y miedos.

“Estoy super angustiada”
“Cuando me enteré, me quería matar”
“Me quiero morir”
“Me enteré y me cayó muy mal”
“Tengo miedo de morirme”
“Cuando me enteré me agarro un ataque de ansiedad, sentí mucha depresion me peleo mucho con él, no quiero vivir más”
“Perdi un embarazo a los 6 meses porque tengo SAF y tengo mucho miedo”
“No quiero saber nada, me puse re mal cuando me entere”

Esta categoría, **No deseo de maternar**, nos permite arribar a procesos intrasubjetivos y profundos propios de cada mujer que se acerca al espacio. Asimismo podemos pensar en los efectos subjetivos que se construyen cuando se habilitan espacios que son respetuosos de las decisiones de las mujeres y en espacios libres de prejuicios, ideas y creencias en relación al mandato de maternidad.

“No me hallo no quiero ser madre”
“No quiero ser madre, soy bailarina y necesito seguir trabajando”
“No quiero saber nada, esto fue un error”

“Hace 10 años que estoy en pareja y nunca tuve el deseo de ser madre”

“No quiero saber nada con esto”

“Toda la vida dije que no quería tener hijos”

“No está en mis planes tener hijos”

“Siempre supe que no quiero tener hijos”

Con estas citas categorizadas como **“Riesgo de aborto inseguro”**, se puede observar indicadores de posibles actitudes de riesgo de salud y/o vida. Expresan lo que estarían dispuestas a hacer con tal de salir de la situación que las atraviesa.

“Si pudiera meterme la mano y sacármelo, me lo sacaría”

“Hable con mi mamá para que me consiguiera algo para interrumpir”

“Lo iba a hacer sola”

Las siguientes citas, creemos que no reflejaban incumbencia con ninguna de las otras categorías, son las **“Percepciones varias”**

“Se rompió el preservativo”

“Me enteré por ecografía. Me dijeron que no había posibilidades que sobreviviera fuera del útero”

“Con este diagnóstico de toxoplasmosis, me dieron mucha medicación”

“Queremos interrumpir el embarazo de Jazmín (madre y padre) no estamos dispuestos a asumir los riesgos de la carbamazepina”

“Me enteré y llame a mi ginecólogo, le dije que no quería tenerlo. Me dio oxaprost. La primera semana tome todos, 4 por día. Después me volvió a indicar otra caja y no funciona. Y me dijo que volviera a repetir otra caja”

“Tengo una prótesis de cadera, me enteré que se corrió y me tengo que operar, ahora con esto me cancelaron todo”

11) DISCUSION Y ANALISIS

Analizamos los resultados en relación a dos dimensiones distintas, a saber: “Condiciones de vida” o “Contexto” y “Aspectos de salud y sanitarios”.

Con respecto al contexto, cotejamos los resultados con indicadores del Indec (véase anexo) incluidos en el Censo 2010, en la Encuesta nacional de Salud Sexual y Reproductiva y El Registro Único de Casos de Violencia hacia la Mujer.

Condiciones de vida

La estructura familiar de nuestras pacientes es similar a lo arrojado por el Indec. Nuestro registro de monoparentales y nucleares es de 66%, mientras que el de Indec expresa en esa suma un 62%.

La variable vivienda no es cotejable. En nuestro registro incluimos viviendas construidas mayormente de madera, chapa o cartón, carencia de algún servicio básico (gas de red fue lo que más se detectó) y la presencia de baño afuera. El Indec toma otra definición. Nuestro resultado es de 22%, muy por encima del que expresa el Indec. El hacinamiento registrado por nosotrxs da 18% y el Censo 2010, un 12%. El valor es mayor, pero respeta la tendencia observada teniendo en cuenta resultados del censo 2001 (CELS, 2013). No hemos encontrado casos de niñxs en edad escolar que no asistan a la escuela.

Respecto del nivel educativo de nuestras pacientes, resultan ser similares a los del Indec según sexo y franja etaria, observándose, en nuestra muestra un menor número en primario completo y un incremento en el secundario incompleto. No hemos identificado personas sostén de familia en situación de analfabetismo.

Con todo lo anteriormente dicho, se entiende la imposibilidad de comparar necesidades básicas insatisfechas con nuestros resultados.

Los valores de herramientas de subsistencia, son difícilmente cotejables con los de ocupación, subocupación y desempleo del Indec. Hemos registrado un 22% de trabajo formal y un 51% de trabajo informal (monotributistas, asalariadas sin aportes previsionales y/o contrato). Los datos del Indec arrojan una tasa de empleo entre el 40.3% y el 67.3%. Allí

se engloban tanto trabajos formales como gran cantidad de trabajos informales y precarios. Además la franja etaria analizada por el INDEC llega hasta los 64 años.

La pesquisa y registro de violencia de género a partir de indicadores en los relatos de las mujeres nos ha permitido visualizar la enorme cantidad de mujeres en situación de violencia y el tipo de violencia o los tipos de violencia que sufren. El 56% de nuestras pacientes había o se encontraba vivenciando situaciones de violencia de género. De ellas el 56% sufría todas las formas de violencia. Esto quiere decir que tres de cada diez mujeres sufre todas las violencias. Cabe señalar aquí que por definición del propio equipo, todas las mujeres en las que se identificaron dos o más formas de violencia se entendió que sufrían todas.

El INDEC midió por primera vez los casos de violencia de género en el país y según reveló, más de 260 mil mujeres reportaron situaciones de violencia entre el 2013 y el 2017. Dichas estadísticas se desprenden de los datos que arrojan las denuncias realizadas por las propias mujeres en el marco de la ley de violencia familiar. En este sentido y en un proceso comparativo podríamos decir que nuestro abordaje es más amplio, pues indagamos la violencia de género, que es mucho más amplia, que solo pensar en los procesos de violencia dentro de los ámbitos del grupo familiar. A su vez no son datos comparable, pues INDEC muestra cantidad de denuncias registradas y nosotrxs violencia de género pesquisada a partir de indicadores, como actos de violencia sexual, sometimiento económico, explotación laboral y/o doméstica, obstáculos en el desarrollo educativo y/o personal, coartación de posibilidades de socialización con familia y/o amigxs, etc. Todo esto, en términos de la definición de la ley Nacional 26.485.

Aspectos de salud

La cobertura de servicios de salud sexual, como ser el uso de anticonceptivos, acceso a práctica de citología cérvico-uterina son más bajas en relación a las registradas en la Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva del INDEC y mucho más por debajo de los objetivos sanitarios planteados (100% para mac y 80% para papanicolau).

Hemos analizado un porcentaje elevado y no comparable con registros oficiales en relación barreras al acceso a los métodos anticonceptivos. Nuestros resultados arrojan que

la consejería incompleta, es decir que no se ofrecen todos los métodos disponibles, es la más frecuente de las barreras.

Encontramos indicadores y dimensiones dentro de los antecedentes clínicos y obstétricos que merecen priorizarse a la hora de atender, enmarcándose en regímenes de causales y con responsabilidad sanitaria respecto de las tareas para la disminución de la morbi-mortalidad materna. Hemos encontrado 27 casos de intentos inseguros de interrupción del embarazo, que no cumplen con los estándares de la OMS y que acarrearán un riesgo para la vida de las pacientes. A su vez, la gran cantidad de enfermedades y problemas de salud detectados por antecedentes clínicos y obstétricos nos propone pensarlos en muchos casos como causas de riesgo para la salud y en algunos casos como potencialmente números dentro de la mortalidad materna por causas indirectas. El mismo análisis corre para el examen físico.

Se identificaron causales de no punibilidad en el 100% de los casos. Esto tiene que ver con una adecuación estricta al marco normativo y legal de la Argentina. Nuestro país forma parte de las Naciones Unidas desde 1945, y por tal motivo adopta a la Organización Mundial de la Salud como órgano sanitario rector. Y es la OMS quien propone una definición de salud amplia que permite encontrar causal analizando y registrando aspectos biológicos, psíquicos y sociales posibles de empeorar con el embarazo de la mujer.

Trabajamos en un entorno municipal y con un segundo nivel de referencia de manera aceptada y con criterios compartidos en relación a los diagnósticos y abordajes terapéuticos. Ello nos permitió poner a disposición todos nuestros recursos para la generación de acuerdos y decisiones informadas y libres para las mujeres. De allí surgen los números de 33% de tratamientos bajo internación y sus causas, como por ejemplo, 13% de ellas por elección de la paciente.

El porcentaje de fallas con misoprostol solo es del 6% y 3% al primer y segundo tratamiento respectivamente. Las fallas planteadas por la FLASOG en el 2013 son del 10% al primer tratamiento. Esto quiere decir que en nuestro estudio hemos podido mejorar esa variable. En relación a las complicaciones, el porcentaje teórico según las Actualizaciones en Salud Reproductiva 2018 es del 1% con misoprostol solo. En nuestra casuística es de 1.6%. Ese porcentaje surge de los datos relevados de las 64 pacientes que accedieron a la atención

post procedimiento. Pero no están diferenciadas entre las que realizaron el tratamiento con misoprostol solo de las que lo realizaron con ameu o dilatación y evacuación quirúrgica. Por lo tanto no es cotejable.

12)CONCLUSIONES

Consideramos en este momento de la investigación hacer hincapié en que podríamos pensar en un espacio de conclusiones que abran pensamientos y reflexiones, y no que las cierren.

Las trayectorias de vida de las mujeres nos dan cuenta de la historia de vulneración de derechos que pesa sobre sus cuerpos y psiques por condición de género. En este sistema hetero-patriarcal, donde el mandato es de heteronorma, maternidad obligatoria y servidumbre al varón, las mujeres han perdido el control sobre sus decisiones, en este caso relacionadas a su salud y deseo sexual. Los primeros acontecimientos del nacimiento, la crianza, el sistema educativo, de salud y judicial se encargan de normalizar esto y punibilizar la subversión. Entendemos al aborto no punible por causales muestra de esto.

Las mujeres que asisten al espacio de consejería, llegan con una decisión tomada, que se constituye como desidentificatoria al mandato de maternidad. Son mujeres que han llevado adelante un proceso propio e intrasubjetivo de decisión, y que se encuentran implicada en el proceso de interrupción. En este sentido consideramos que el proceso de acompañamiento que podemos llevar adelante desde el espacio de consejería, empodera a las mujeres y las hace salir de la clandestinidad .

13)PROCESO DE REFLEXIÓN Y AUTOCRÍTICA DEL PROCESO DE INVESTIGACION

Es importante demarcar algunas características propias de nuestro proceso de escucha y de registro. De esta manera y teniendo en cuenta los múltiples atravesamientos con los que llegan las mujeres al espacio, nos hemos permitido pensar como equipo que las mujeres que se quiebran emocionalmente durante el proceso de entrevista y ya se encontrado causal de no punibilidad, se evita seguir indagando y registrando. Desde esta perspectiva, el equipo ha consensuado en no continuar abriendo situaciones de vida de la mujer, si después no se va poder alojar lo que aparece en el espacio.

Una de las críticas que podríamos hacer en nuestro proceso de investigación consiste en que dentro del indicador de “herramienta de subsistencia”, no hemos contemplado la variable que implica el entrecruzamiento entre plan/programa y trabajo no formal. Asimismo consideramos que dentro del indicador “Acceso a Mac” hubiese sido interesante agregar una variable que nos permitiese visibilizar las “pérdida del principio de oportunidad por parte del sistema de salud, como indicador de barrera al acceso.

En vinculación al indicador “estado psico/emocional post-interrupción”, consideramos que no se logró el registro cualitativo que deseábamos. Si bien en todas las mujeres, finalizando el proceso se indagaba sobre el estado emocional, o la percepción en ese momento en relación a la que tenía antes de llegar a la consulta, el registro que hicimos fue estereotipado (“subjetivamente bien”, “subjetivamente mal”) y cuantitativo.

Un proceso de reflexión que podríamos hacer es que si bien hemos logrado en estos años de trabajo un aceitado trabajo de referencia y de contra-referencia con nuestro segundo nivel de atención en lo que respecta a los procesos de atención de las mujeres, sin embargo podríamos pensar en un falla en término de registro de datos del segundo nivel de atención. En este sentido no tenemos base de datos en común ni contrarreferencia efectiva de registro. Existen mujeres que han tenido que ser referenciadas al segundo nivel de atención para la efectivización de la interrupción y después no han regresado al espacio de consejería, ya que se le ha garantizado el método anticonceptivo en el hospital. Son mujeres que quedaron con mejor transferencia en aquel espacio y, no logramos cruzar información.

Por último en anexo figuran los resultados crudos. Está el indicador “sin registro” para muchas variables. Expresa inviabilidad o que no es procedente preguntar, indagar y en algunas ocasiones mal registro.

14) PROPUESTA

Una de las propuestas que podemos pensar como equipo de salud consiste en la necesidad de seguir trabajando en miras de un paradigma humanista y transformador, en el cual cobren valor los movimientos dialécticos entre el sistema de salud y las mujeres. En este sentido la apuesta se encuentra en los procesos de socialización y formación de los/las agentes de salud. De esta manera se torna imperiosa la necesidad del trabajo

interdisciplinario, intersectorial y desde una perspectiva de derechos y de género, que apunte a construir salud y no a curar enfermedad.

Esto se vincula a su vez con “mirar” la necesidad que la realidad nos presenta hoy en Argentina, pues no tenemos que perder de vista que las mujeres mueren por aborto clandestino. Eso nos lleva a la necesidad de trabajar desde un compromiso social y co-gestivo que apunte a la restitución de derechos y que jerarquice la voz de las mujeres en la sociedad.

- **BIBLIOGRAFÍA**

-Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (2010 y 2014) Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo. Buenos Aires: Ministerio de salud de la Nación.

-Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (2015) Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto. Buenos Aires: Ministerio de salud de la Nación.

-Castoriadis, Cornelius (1986). Los dominios del hombre: Las encrucijadas del laberinto II, Gedisa, Barcelona.

-Foucault, Michel (1971), “Más allá del bien y del mal” en *Microfísica del poder*, Ed., La Piqueta, Madrid 1993.

-Tajer, D. “Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud”. En Tajer D. Género y Salud. Las Políticas en acción. Buenos Aires, Lugar Editorial(en prensa). Capítulo 1 .

-Libro de posgrado en salud social y comunitaria .Módulo 9: salud y redes. Agosto 2006.

-Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición. OMS, 2012).

-Aborto inseguro: un problema urgente de salud pública. Fundación Soberanía Sanitaria, Marzo 2018.

-Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología. Tercera edición. Federación latinoamericana de sociedad de Obstetricia y Ginecología, 2013.

-Morlchetti y Michel, Módulo Nº 5 Diplomatura en Salud Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivos para América Latina, 2018, Universidad Isalud.

-Fontenla, Marta, diccionario de estudios de género y feminismos, Biblos 2008.

-Actualizaciones clínicas en salud reproductiva, Ipas 2018.
www.ipas.org/RecursosParaProfesionalesSalud.

ANEXO

Historia clínica ILE

Fecha:

Quién la atiende:

Datos personales

Nombre:	Edad:	FN:
Dom:	DNI:	
Barrio/localidad:	Tel	

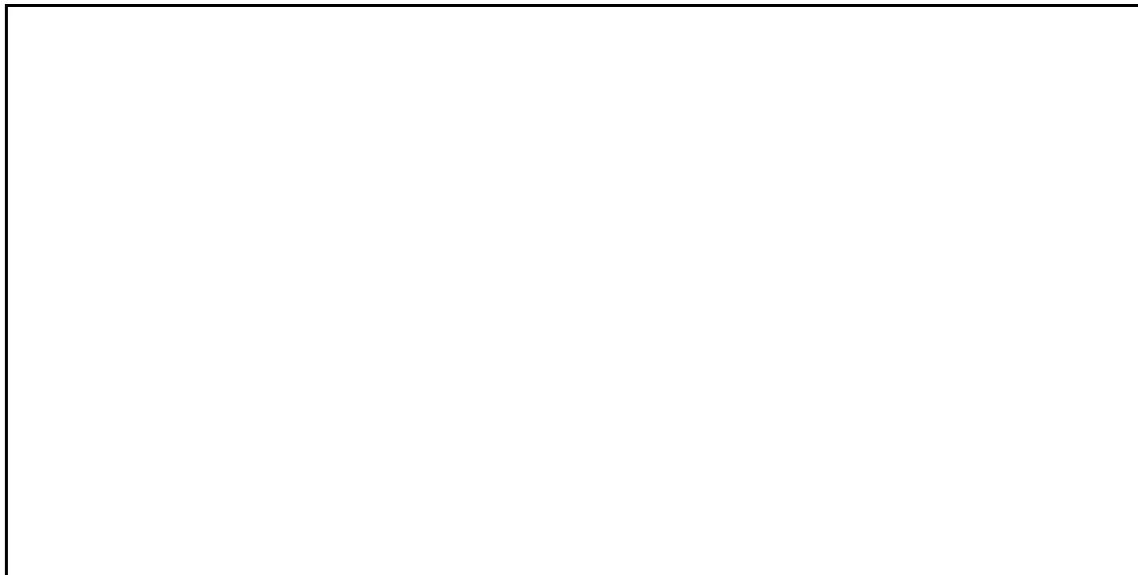
Motivo de consulta

Consejeria en opciones/asesoramiento sobre derechos: Si No

Como llega a la consulta:

Acompañamiento:

Genograma



Nivel educativo- AN - PI - PC - SI - SC - T/U

Herramientas de subsistencia Domestico no

remunerado

Trabajo Formal/Informal/cuentapropia *Plan/programa* *Ayuda*

Dependencia

Situación de violencia Psíquica Verbal Física Sexual Económica

Otra:

Vulnerabilidad: Si No

PAP: 0-1año 1-2años 2-3años

3 o mas

MAC Habitual- No usa -Pastillas - Inyecciones -Implante - DIU - Preservativo -
Pastilla de emergencia - Met de la Lactancia -Met de la Fecha -OTRO:
-Uso: Correcto / Incorrecto

Barreras al acceso: Consejería incompleta/derecho negado/requisitos/mito/otro

No

Intento previo de interrupción de esta gestación: Seguro / Inseguro No

Antecedentes Obstetricos: Total de embarazos: Partos: Cesareas:

Abortos espontâneos:

Abortos provocados:

Fecha de ultimo parto, cesárea o aborto:

- Grupo y Factor:

Patología en embarazo pasado?

Antecedentes de enfermedades previas o actuales:

Diagnóstico de la Gestación :FUM: Edad gestacional (EG) por FUM

Ecografía: EG

Datos positivos del examen físico: TA Tº Sat FC

FR

Precauciones con el uso del MSP

Enfermedad grave del hígado o corazón	
HTA grave (sin control)	
Cesárea o cirugía del útero menor a 6 meses (en gestas de 2 trimestre es contraind)	
Anemia grave	
Infección ginecológica	

Contraindicaciones para el uso de misoprostol:

- Embarazo ectopico (sospechado o confirmado)
- Enfermedad trofoblastica
- Diu (retirar antes)
- Alergia al misoprostol o diclofenac
- Enfermedad de la coagulación o tratamiento con anticoagulantes

Estudios solicitados/interconsultas:

Se procede al llenado de: Consentimiento informado Declaracion Jurada
Planilla de violencia Informe Otro:

Aproximaciones diagnosticas: Causal/es:

Riesgo para la salud

Riesgo para la vida

Violación

Proxima fecha de consulta:

variables;

Definición, dimensiones y resultados.

1) Frecuencia de atención: Cantidad de personas atendidas, medidas con el número de historias clínicas.

N: 117

2) Edad: edad de las personas gestantes al momento de consultar.

10-19: 15

20-30: 63

31-40: 33

41-50: 6

3) Procedencia: Lugar/ciudad que habitan al momento de la consulta.

Ensenada: 46

Berisso: 9

La Plata: 54

Brandsen: 3

Otro: 5

4) Referenciación: nombre o cargo o institución del actor que recomienda la consulta a nuestro equipo.

Persona allegada que conocía el espacio: 14

Demanda espontánea: 4

Trabajador/a Social: 1

Psicologx: 1

Medicx obstetra: 12

Otro medicx: 9

Hospital cestino: 17

Otro Htal: 6

Us Cajade: 3

Otra unidad sanitaria: 6

PSSYR PBA: 2

Red: 5

Socorrismo: 5

Otro: 4

Sin registro: 33

5) Contexto y redes:

- **Estructura familiar:** familia comprende a dos o más miembros de un hogar, emparentados entre sí por sangre, adopción o matrimonio. Usamos una de las clasificaciones más tradicionales:

. Familia nuclear (madre padre hijo/s): 35

. Familia monoparental (madre o padre soltero con hijo/s): 42

. Familia extendida (3 generaciones): 12

. Familia ampliada (2 generaciones, incluye tíos y sus respectivas familias si las tiene): 15

. Familia ensamblada (los tuyos, los míos y los nietos si los hay): 8

. Sin familia (una persona sola): 4

. Sin registro: 1

- **Acompañamiento:** Persona/s que conocen la decisión de la persona que consulta y respetan su decisión.

Si: 96

No: 4

SR: 17

. Hermanos: 7

. Amigos: 37

. Pareja: 26

. Madre: 21

. Padre: 3

. Otra: 2

- **Vivienda:** lugar donde habitan las personas

. Precaria (mayormente de chapa, madera o cartón, baño afuera o carencia de algún servicio básico): 26

. No precaria: 74

. Propia 58

. No propia (alquilada, cedida, prestada): 42

. Sin registro: 17

- **Hacinamiento**: 4 o más personas en un ambiente

Si: 9 No: 87 Sin registro: 21

- **Nivel educativo**: Máximo escalón alcanzado en el sistema educativo

Primario incompleto: 5

Primario completo: 3

Secundario incompleto: 36

Secundario completo: 34

Terciario/universitario (accedió o no accedió): 34

Sin registro: 5

- **Herramientas de subsistencia**: Elementos con los cuales sustenta económica y laboralmente a su persona y sus hijos si es que tiene.

Trabajo formal: 22

No formal: 51

Plan/programa: 34

Ayuda (colaboración no coactiva): 28

Dependencia (subsistencia a partir de recursos generados por persona que la oprime): 19

Sin registro: 1

- **Situación de violencia de género**: Véase marco teórico

Si: 60 No: 48 Sin Registro: 9 Alto Riesgo: 1

Psíquica: 60

Física: 8

Sexual: 16

Económica: 14

Otra: 7

Todas: 34

6) "Aspectos clínicos".

- **MAC habitual:** ¿Usa o no usa método anticonceptivo? ¿Cuál?

Usa: 72

No usa: 26

Sin Registro: 19

ACO: 46

ACI: 2

DIU: 1* (fue colocado con la mujer embarazada)

Preservativo: 47

Pastilla de emergencia: 11

MELA: 2

Ritmo o calendario: 9

- **Barreras al acceso a MAC:** Según la OPS, el acceso se define como la disponibilidad de servicios de salud completos, apropiados, oportunos y de calidad cuando se necesitan, pero en un sentido más específico, el acceso implica tomar en cuenta las preferencias culturales y étnicas, tener idoneidad lingüística y sensibilidad en materia de género, y basar las medidas e intervenciones en las necesidades de las poblaciones según se hayan definido. Otra manera de verlo es como el encuentro entre la disponibilidad y la demanda.

Si: 74

No: 31

Sin Registro: 12

Consejería incompleta: 47

Requisitos: 7

Mitos: 11

Derecho negado: 14

Otros: 7

- **Cobertura de PAP:** Cantidad de mujeres segun fecha ultima de realización.

Al dia: 20

Entre 1 y 2 años: 18

Entre 2 y 3 años: 18

Más de 3 años: 18

Nunca: 5

Sin registro: 38

- **Intento previo de interrupción**: registro de acciones llevadas a cabo por la persona con el fin de interrumpir el embarazo previo a nuestra consulta.

Si: 27

No: 71

Seguro

Inseguro: 27

Sin registro: 19

- **Antecedentes obstétricos**. Historia personal de eventos obstétricos:

Cantidad de embarazos previos

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28	31	28	18	10	2				

Persona con abortos provocados previos: 10

Fecha de último evento obstétrico:

6m o menos: 4

6 a 12 meses: 13

Entre 1 y 2 años : 10

Más de 2 o nunca: 62

Patología o complicación de embarazo parto o puerperio anterior:

BPN: 8

Malformación fetal:

DPNI: 1

Placenta previa: 1

RPMO:

Amenaza de PPT: 1

RNPT: 7

Muerte perinatal: 1

Hemorragia post-parto: 1

HTA gestacional: 10

DM gestacional: 1

Ruptura uterina

Huevo muerto y retenido
Consumo problemático de sustancias
Hiperemesis gestacional
Embarazo ectópico
Oligoamnios
Amenaza de aborto: 3
Aborto espontáneo:
Anemia: 2
Embarazo de alto riesgo: 1
Toxoplasmosis aguda.

-Grupo y factor sanguíneo

A+: 11	A-: 3	B+: 3	B-	AB+: 2	AB-
O+ : 32	O- : 1	Sin registro : 65			

-Antecedentes de enfermedades previas o actuales: Historia personal sobre problemas de salud, tratamientos, internaciones y/o cirugías.

Hepatitis A: 2
Tuberculosis: 1
Síndrome antifosfolipídico
Consumo problemático de sustancias: 8
Intento de suicidio: 4
Asma: 3
Apendicectomía: 4
Anemia: 3
Problemas de coagulación
Epi actual: 3
Itu actual: 5
Varices en MMII
Alergia a dipirona
Cirugía ocular
Tto Psiquiátrico: 4
Tratamiento Psicologico: 13
Psoriasis: 1

Infecciones de transmisión sexual: 1
Vaginitis/vaginosis actual: 9
Mioma: 1
Ca mama: 2
HTA: 1
Quiste ovárico
Aneurisma cerebral con stent
Litiasis vesicular/colecistectomía: 5
Tabaquismo: 10
Hernia inguinal: 1
Lipoma: 1
Obesidad: 2
En estudio por adenopatía axilar
Cirugía bariátrica
Patología cervicouterina sin diagnóstico preciso
Valvulopatía cardíaca
Displasia de cadera con prótesis
DM 1
Fiebre tifoidea: 1
IVC
Radio y quimioterapia suspendida por embarazo
Cirugía cardiovascular
Alergia al ac. fólico.
Pap clase IV
Ectoparasitosis (piojos)
Tiroidectomía
Hipo T4
Síndrome convulsivo: 2
Alergia a la ciprofloxacina
Mamoplastia
Bulimia: 2

1) "Proceso de atención:

- **Diagnóstico y edad gestacional** por FUM y/o ecografía al momento de la primera consulta.

Menos de 8 semanas: 42

Entre 8 y 12 semanas: 49

Más de 12 semanas: 26

Más de 20 semanas

Sin registro

- **Datos positivos al examen físico:**

HTA

Soplo cardíaco: 4

Adenopatía axilar de 2,5cm

Altura uterina discordante

Masa abdominal: 2

Mc Burney +

Flujo patológico:3

Anexos dolorosos

Edemas de MMII 6/6: 1

- **Exámenes complementarios/interconsultas:**

. De rutina:

Hemograma,

serologías,

grupo y factor sanguíneo,

Ecografía

. Ante necesidad de internación:

coagulograma,

ecg con riesgo quirúrgico.

. Eventualmente se necesito:

Ecografía doppler de MMII y cardiaca

Mamografía

IC con cardiología

IC con mastología

IC con hematología

Referenciación a PSSYR

Referenciación a Dirección Provincial de Género y Violencia

Referenciación servicio local de niñez

AMPA

Proteinuria

- **Identificación de causales de no punibilidad:**

1 causal: 85

2 causales: 19

Todos los causales: 13

Riesgo para la salud: 117

Riesgo para la vida: 16

Violación: 13

- **Acuerdo de tratamiento:** Elección conjunta de la persona con el equipo acompañante de la alternativa terapéutica más conveniente según la situación:

misoprostol ambulatorio: 68

Internación (ameu u otras alternativas en segundo nivel): 39

continuación del embarazo.

Maternar: 2

Dar en adopción

Expectante (anembrionado/detenido): 8

- **Motivo de internación:**

Edad gestacional: 25

Contraindicación de miso: 1 (aneurisma cerebral)

Preferencia: 5

Aspectos psico-sociales: 8

- **Acceso a atención post-tratamiento**

Sí: 64

No/Sin registro: 53

- **Acceso al tto** No SR Si: 64

- **Fallas de misoprostol**

Fallas al primer tto (número y porcentaje): 2

Fallas con 2 o más ttos (número y porcentaje): 2

- **Efectos colaterales del misoprostol**

Diarrea: 15 Náuseas: 8 Vomitos: 9

Fiebre o equivalentes febriles durante las tomas: 7

Otro: Desmayo

- **Necesidad de consulta a servicio de emergencias:**

Si: 6

- **Complicaciones de aborto ambulatorio con pastillas**

Hemorragia grave: 1

Infección ginecológica: 1

Observación: Fue la misma paciente, con una comorbilidad grave (cáncer de mama en remisión y sin controles.

- **complicaciones de aborto internada.**

Medicamentoso

Hemorragia grave

Infección ginecológica

Otra: Rotura uterina: 1

Ameu

Hemorragia grave

Infección ginecológica

Otra:

Dilatación y evacuación quirúrgica

Hemorragia grave

Infección ginecológica

Otra

- **Subjetividad/estado psíquico post interrupción.** “¿ Cómo te sentís?

Bien 60

Mal: 2

Sin registro: 2

- **Consejería en MAC post-aborto:**

Se realizó: 64

Sin registro

- **Elección de MAC**

No Usar por el momento: 10

Aco: 4

Aci: 9

Diu: 15

Implante: 27

LT: 3

Sin registro: 3

Obs: Suelen elegir transitoriamente ACI o ACO mujeres que quedan a la espera de algún método de larga duración.

Datos con los que se cotejan nuestros resultados

Según los datos del INDEC

Porcentaje de mujeres de entre 10 y 50 años en **nivel educativo**.

· PI: 7,5 %

En nuestra muestra: 4,2 %

· PC: 21,5 %

En nuestra muestra 2,5 %

· SI: 14,8 %

En nuestra muestra: 30,7 %

· SC: 25,8 %

En nuestra muestra: 29 %

· T/U: 25,7%

En nuestra muestra: 29 %

- **Violencia de género y/o familiar**

“Yo me lo tuve que coger al chabón para que me de plata”

“No me gusta como él cría a los golpes”

“Le dije que se cuidara, que yo había dejado las pastillas”

“Desapareció cuando me embarazo”

“Me forzó a tener relaciones, no es la primera vez”

“No se hace cargo”

“No fue consensuado. Usábamos preservativo y él se lo saco. Use pastillas del día despues y no funciona. Él sabía que estaba ovulando. Vivo violencia con él”

“No quiere usar preservativo”

“Le dije que no quería estar con él, pero no lo respeto”

“Como me había violado no quiero tener la criatura”

“Sergio era muy celoso, no quería que trabaje ni que estudie”

“Me dijo que si no teníamos relaciones, no se iba de mi casa y tengo una perimetral”

“Sufrí mucho en toda mi vida. Hubo un tiempo en el que el me pegó”

“Le puse una perimetral, tengo 2 nenes y no tengo trabajo fijo. Si no se hace cargo de dos, de otro más mucho menos”

- **Interferencia con proyectos de vida**

“Quiero terminar mis estudios”

“Estoy estudiando”

“No está en mis planes”

“No lo había planeado”

“Deje mis estudios”

“Voy a tener que dejar mis practicas de enfermeria”

“Soy muy chica y quiero seguir estudiando”

- **Situación económica**

“No tengo trabajo”

“Trabajo de noche”

“Voy a perder mi trabajo”

“Nos cuesta comer”

“En casa solo cena Esteban (hijo de 2 años)”

“No tengo los medios/ no puedo tener otro bebé”

- **Percepción de no poder**

“Tengo “N” hijos, no puedo”

“No puedo”

“No puedo sola”

“Estoy sola todo el día con los nenes”

“No estoy en condiciones psíquicas ni físicas, tome todos los recaudos, tome pastillas durante 11 años”

“Estoy sola”

“No estoy preparada”

“Por mis hijos, otro bebe no puedo”

- **Estado psico/emocional**

“Estoy super angustiada”

“Casi me desmayo cuando me enteré”

“Me puse a llorar, no lo podía creer”

“Cuando me enteré, me quería matar”

“Me quiero morir”

“Me enteré y me cayó muy mal”

“Tengo miedo de morirme”

“Me asuste”

“Cuando me enteré me agarré un ataque de ansiedad, sentí mucha depresión me peleé mucho con él, no quiero vivir más”

“Perdí un embarazo a los 6 meses porque tengo SAF y tengo mucho miedo”

“Me hice 2 test y me agarré un ataque de nervios”

“Me largué a llorar”

“No quiero saber nada, me puse re mal cuando me enteré”

- **Percibir que no es momento**

“No es momento”

“Ahora no quiero tener otro hijo”

“Mi momento de madre ya pasó, soy abuela”

“No Quiero volver a ser madre, ya tengo dos hijos grandes”

- **No deseo de maternar**

“No me hallo no quiero ser madre”

“No quiero ser madre, soy bailarina y necesito seguir trabajando”

“No quiero saber nada, esto fue un error”

“Hace 10 años que estoy en pareja y nunca tuve el deseo de ser madre”

“No quiero tenerlo”

“No quiero saber nada con esto”

“Toda la vida dije que no quería tener hijos”

“No está en mis planes tener hijos”

“Ya tengo 5 hijos, la interrupción es lo mejor para mi vida”

“Siempre supe que no quiero tener hijos”

- **Riesgo de aborto inseguro**

“Si pudiera meterme la mano y sacármelo, me lo sacaría”

“Hable con mi mama para que me consiguiera algo para interrumpir”

“Lo iba a hacer sola”

- **Obstáculos para la salida del circuito de la violencia:**

“No estoy en condiciones de traer un hijo al mundo. No quiero estar mas con Ezequiel, el insiste, no se quiere ir, mucho menos con esto”

“No puedo, es como volver atrás”

“No quiero tenerlo, aunque mi pareja si. Estamos muy mal con el, ademas yo empecé a estudiar y no tengo trabajo”

- **Otrxs**

“Se rompio el preservativo”

“Me enteré por ecografía. Me dijeron que no había posibilidades que sobreviviera fuera del útero”

“Con este diagnóstico de toxoplasmosis, me dieron mucha medicación”

“Queremos interrumpir el embarazo de Jazmín (madre y padre) no estamos dispuestos a asumir los riesgos de la carbamazepina”

“El tipo del que estoy embarazada está preso por matar al papa de mis hijos, consumo cocaína desde los 14 años y estoy internada en una clínica psiquiátrica”

“Me entere y llame a mi ginecologo, le dije que no quería tenerlo. Me dio oxaprost. La primera semana tome todos, 4 por dia. Despues me volvio a indicar otra caja y no funciona. Y me dijo que volviera a repetir otra caja”

“Tengo 22 años, desde los 15 que tomo pastillas, me fui a un crucero y no pude conseguirlas”

“Tengo una prótesis de cadera, me entere que se corrio y me tengo que operar, ahora con esto me cancelaron todo”