



Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

María Sol Paéz

Consejerías de atención pre y post aborto en un efector del primer nivel de la Ciudad de Buenos Aires. Un intento de incluir la dimensión del cuidado en los servicios de salud

Trabajo Final Integrador presentado para la obtención del título de Especialización en Gestión en Salud

Director de Trabajo Final Integrador

Hugo Alazraqui

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Paéz, María Sol. (2012). Consejerías de atención pre y post aborto en un efector del primer nivel de la Ciudad de Buenos Aires. Un intento de incluir la dimensión del cuidado en los servicios de salud [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/TFI/EsGS/033563_Paez.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



***Universidad Nacional de Lanús
Departamento de Salud Comunitaria***

***ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN EN SALUD
2ª COHORTE (2007-2008)***

**Trabajo Final Integrador para la obtención
del título de Especialista**

***“Consejerías de atención Pre y Post Aborto en un Efector del
Primer Nivel de la Ciudad de Buenos Aires. Un intento de
incluir la Dimensión del Cuidado en los Servicios de Salud.”***

Autora: Paez, María Sol

Orientador: Hugo Alazraqui

Fecha de entrega: octubre de 2012

Lanús, Argentina

Universidad Nacional de Lanús
Departamento de Salud Comunitaria

ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN EN SALUD
2^a COHORTE (2007-2008)

Trabajo Final Integrador para la obtención
del título de Especialista

*“Consejerías de atención Pre y Post Aborto en un Efecto del Primer
Nivel de la Ciudad de Buenos Aires. Un intento de incluir la Dimensión
del Cuidado en los Servicios de Salud.”*

Autora: Lic. María Sol Paez

Orientador: Dr. Hugo Alazraqui

Integrantes del Jurado:

- Profesora Lic. Raquel Castrovo
- Profesora Lic. Susana Checa.
- Profesor Dr. Santiago Osvaldo.

Fecha de aprobación
4 de Diciembre de 2012

Calificación
8 (ocho)

Fecha de entrega: octubre de 2012

Lanús, Argentina

ÍNDICE

RESUMEN	Pág. 2.
INTRODUCCIÓN	Pág. 4.
MARCO TEÓRICO	Pág. 8.
CAPÍTULO I: "Consejerías de atención Pre y Post Aborto en un Efecto del Primer Nivel de la Ciudad de Buenos Aires"	Pág. 16.
1- El aborto, un problema de Salud Pública	Pág. 17.
2- Antecedentes y Modelo de Referencia	Pág. 19.
3- Breve Caracterización del CESac donde se desarrolla la experiencia	Pág. 21.
4- El Equipo de Salud Sexual y Reproductiva	Pág. 24.
5- Consejerías de atención Pre y Post Aborto	Pág. 32.
CONSIDERACIONES FINALES	Pág. 49.
NOTAS	Pág. 51.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág. 52.
BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA	Pág. 54.

RESUMEN En la primera parte del trabajo, se describe y cuestiona el actual modelo de atención de los padecimientos, focalizando sobre la anulación de la dimensión del cuidado en los servicios de salud. Luego, se intenta dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿cómo desencadenar procesos de trabajo que promuevan la lógica del cuidado? Para ello, se consignan los aportes de Gastao de Souza Campos y Elias Merhy. Todo este marco conceptual, permite pensar que los/las trabajadores de salud pueden realizar cambios positivos en sus procesos de trabajo, debido al grado de autonomía con el cual siempre cuentan. En un intento de articular dichos conceptos teóricos, en el próximo apartado, se describe una experiencia concreta que se está desarrollando en un centro de salud del primer nivel de atención de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, referida a consejerías de atención pre y post aborto, llevadas adelante a través de un equipo de profesionales de diversas disciplinas. Para fundamentar la propuesta, se analiza la problemática del aborto en nuestro país, y se presentan los antecedentes y el modelo de referencia que contribuyó a la emergencia de este dispositivo. Posteriormente se caracteriza brevemente el centro de salud donde se desarrolla la experiencia, y el surgimiento y la consolidación del equipo de Salud Sexual, desde donde se impulsa esta práctica. Se describe además, el objetivo y la modalidad de intervención de las consejerías pre y post aborto, en un intento de reducir riesgos y daños y de favorecer la inclusión al Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Asimismo, se presentan todas las actividades que se implementan en dicho Centro de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) para que todas las personas puedan gozar del derecho a vivir una vida sexual libre de violencias y coerción, y donde cada persona pueda decidir sobre su maternidad y paternidad.

ABSTRACT In the first part of our research, the current model of illness treatment is described and questioned, focusing on the annulment of the health services aspect. Later we will attempt to answer the following question: How do we trigger the work processes that promote the logic of care? In order for this to happen, the contributions of Gastao de Souza Campos and Elias Merhy must be recognized. This conceptual framework allows us to believe that health workers can achieve positive changes in their work process due to the level of autonomy in which they can always depend. In an attempt to articulate these theoretical concepts, the next part of the text describes a particular experiment

that is being developed in a primary health care center in the City of Buenos Aires, which refers to pre- and post-abortion counseling, conducted by a team of professionals of different disciplines. In support of the proposal, we analyze the problems regarding abortion in our country and provide the background and the reference models that contributed to the emergence of this measure. Afterwards, the health center where this experiment was developed is briefly characterized, along with the rise and consolidation of the sexual health team that was the force behind the experiment. Also described are the objective and form of intervention of pre- and post-abortion counseling, in an attempt to reduce risks and damages and to promote inclusion into the Sexual and Reproductive Health Program. Moreover, the activities developed at the Center are discussed, so that everyone might enjoy the right of living a sexual life free of violence and coercion, and so that all might have the ability to make their own decisions regarding maternity or paternity.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo monográfico tiene como objetivo analizar el surgimiento y la consolidación de un dispositivo denominado “Consejerías de atención pre y post aborto” desarrollado en un efecto del primer nivel de atención de la Ciudad de Buenos Aires, a la luz de dos conceptos teóricos claves: proceso de trabajo e inclusión de la dimensión del cuidado en los Servicios de Salud.

A lo largo del mismo, se trabajará sobre el problema del descuido y la desprotección que sufren las personas en los servicios de salud, los/las cuales, paradójicamente, acuden a dichos efectos en busca de una respuesta para aliviar y/o curar una dolencia/padecimiento. Asimismo, se describirá cómo surge y cómo se desarrollan las consejerías de atención pre y post aborto en un centro de salud de la Ciudad de Buenos Aires, en un intento de incluir la dimensión del cuidado en un efecto del primer nivel de atención. Uno de los fundamentos de esta propuesta de intervención se basa en la estrecha vinculación que existe entre la población y el personal de salud, lo que posibilita que se acerquen mujeres manifestando que desean interrumpir un embarazo o llegan por complicaciones, luego de un aborto. Otro fundamento tiene que ver con intentar dar respuesta a las necesidades en salud tal como las plantean las/los usuarias/os.

En el marco teórico, se pretenderá responder, parcialmente, la siguiente pregunta: ¿cómo desencadenar procesos de trabajo que promuevan la lógica del cuidado en los servicios de salud? Para ello, se comienza definiendo y caracterizando el Modelo Médico Hegemónico, con los aportes de Eduardo Menéndez (“El Modelo Médico y la Salud de los trabajadores”) y Gastao de Souza Campos (“Gestión en Salud. En defensa de la vida” y “Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer salud”). Luego, siguiendo con los aportes de estos dos autores, se enumeran brevemente los problemas que encuentran en relación con el actual modelo de atención, consignando también los aportes de Elias Merhy (“Salud: cartografía del trabajo vivo”).

Posteriormente, se retoman los aportes de este último autor, quien hace foco en la anulación de la dimensión del cuidado en los procesos de trabajo en los servicios de salud, lo que da por resultado *un modelo de atención que se vuelve irresponsable frente a la vida de los sujetos*. Para abordar esta cuestión,

se describen los elementos constitutivos de los procesos de trabajo, dado que, es a partir de ellos, que pueden lograrse modificaciones en el actual modelo de atención. Asimismo, se reflexiona respecto de la capacidad de acción y de autonomía que poseen los trabajadores de la salud para generar cambios en sus espacios de trabajo.

A continuación se presenta un esbozo acerca de los principales aportes que brindan Campos y Merhy sobre cómo incluir la lógica del cuidado en los servicios de salud. Los más sobresalientes se refieren a la reorganización de los procesos de trabajo en manos de los propios trabajadores, para que se centren en los/las usuarios/as y defiendan la vida de las personas; el fomento de relaciones horizontales entre los/las profesionales de los equipos de salud, que permitan mejorar la comunicación y la articulación de saberes disciplinares; la revalorización de los procesos de escucha y dialogo entre profesionales y usuarios/as, para que se reconozcan las necesidades en salud tal como cada uno las construye; y la construcción de vínculos y compromisos estrechos entre los trabajadores de la salud y los/las usuarios/as.

Si bien, es necesario enfatizar que los cambios aquí propuestos son difíciles de implementar en los espacios de trabajo, dado que en ellos hay actores en disputa con diferentes intereses y distintos grados de poder, se considera que es de vital importancia transitar por este camino y participar de espacios de encuentro donde poder socializar y compartir con otros/as saberes y experiencias posibles.

Es de esta manera, participando en capacitaciones con profesionales y militantes de la salud, que en el Equipo de Salud Sexual y Reproductiva de un Centro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, surge la posibilidad de formalizar “consejerías de atención pre y post aborto”. Esta experiencia de trabajo se está desarrollando desde hace varios años en este efecto, con distintos grados de institucionalización, y tiene sus orígenes en el año 1986. El modelo de referencia que se utiliza para la atención, es el uruguayo de Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo, que logró bajar a cero el índice de mortalidad de mujeres por aborto clandestino. Tomando como eje el Derecho de la población a recibir información pública y científica respaldada por la OMS, y el derecho inalienable de recibir atención médica en cualquier circunstancia; y el deber de los efectores de salud a garantizar ambos derechos, el espacio de Consejería transita en un límite delgado entre lo prohibido y lo permitido. Lo

prohibido, en tanto que el aborto en nuestro país es ilegal de acuerdo a las normativas vigentes (en el Art. 86 del Código Penal hay cuatro excepciones previstas); y lo permitido, porque toda persona tiene el derecho de recibir atención médica e información científica que reduzca riesgos de enfermar o morir, y a ser tratado con respeto en las instituciones de salud. Para resguardar la confidencialidad, en este trabajo no será mencionado el nombre del Centro de salud ni el hospital de referencia.

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

Esta práctica permite vislumbrar cómo los/las trabajadores de la salud se organizan y empiezan a realizar cambios en sus procesos de trabajo, a partir de mejorar la comunicación tanto entre las distintas disciplinas que conforman el Equipo de Salud Sexual, como escuchando y valorizando las necesidades en salud que manifiestan los/las usuarios/as del Cesac. Es posible apreciar cómo los/las trabajadores de la salud van aprovechando el grado de autonomía que poseen en sus prácticas, y van organizando este tipo de dispositivos que pretende cuidar a la mujer que va a interrumpir un embarazo. Por supuesto que no es tan simple la realidad, y que confluyen una multiplicidad de variables que posibilitan que este tipo de dispositivos empiecen a multiplicarse por distintos puntos del país. En el caso particular que se está describiendo en este trabajo, en el centro de salud, esta iniciativa es apoyada por la jefatura del Cesac, y por autoridades de distintos programas gubernamentales, que brindan su apoyo a estos dispositivos, pero un apoyo que por ahora es silencioso.

Se considera que el principal aporte que genera este tipo de experiencias es acercar la dimensión del cuidado a un efecto de salud, al generar un espacio concreto de diálogo que no hace apología del aborto, sino que busca reducir riesgos y daños, y contener a las mujeres de carne y hueso que, de cualquier manera y a pesar de cualquier costo, interrumpirán la gestación si así lo han decidido. El cuidado que se busca lograr, contempla desde la atención individual

a la mujer y su pareja o referente afectivo; la conformación de una red que la contenga y acompañe al momento de utilizar la medicación; hasta la articulación con personal de salud del hospital de referencia, si la mujer necesita hospitalización (en un intento de evitar tratos crueles).

Resumiendo, en este trabajo, se describirá cómo surge y cómo se desarrollan las consejerías de atención pre y post aborto, consignando además todas las acciones que se desarrollan relacionadas con la salud sexual para que cada mujer pueda decidir si quiere tener o no hijos, cuándo y con quién, y evitar los embarazos no planificados.

MARCO TEÓRICO

Como se mencionó anteriormente, el objetivo de este trabajo es analizar el surgimiento y la consolidación de las Consejerías de atención pre y post aborto en un efecto del primer nivel de atención de la CABA, a la luz de dos conceptos teóricos claves: proceso de trabajo e inclusión de la dimensión del cuidado en los Servicios de Salud. Para ello, en este apartado se detallarán los aportes teóricos que resultaron más significativos para reflexionar sobre este dispositivo.

Para comenzar, es de vital importancia tener en cuenta esta descripción que nos brinda Eduardo Menéndez en “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores” (1)

La enfermedad y la atención de ésta constituyen hechos estructurales en toda sociedad; expresan no sólo fenómenos de tipo epidemiológico y clínico sino que también expresan las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad inevitablemente procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir. (1 p. 10.)

Estos argumentos nos permiten pensar que, lo que es considerado una enfermedad o padecimiento varía y adquiere diversos significados, según el tipo de sociedad en la que se inserta. Otro concepto relevante es el de modelos de atención de la salud. Según **de Souza Campos** (2), los modelos de atención son la concretización de las directrices de políticas sanitarias en diálogo con un saber técnico. Estos proyectos de la atención de la salud están constituidos por “*principios éticos, jurídicos, organizacionales, clínicos, socio – culturales y de lectura de una determinada coyuntura epidemiológica y de un cierto diseño de aspiraciones y deseos sobre un vivir saludable.*” (2 p. 81) Se trata de un fenómeno cambiante que combina categorías histórico – sociales con los paradigmas propios de cada disciplina interviniente, y que parte de una determinada concepción de lo que es saludable para una sociedad determinada.

Por su parte, **Eduardo Menéndez** (1), sostiene que en todas las sociedades, los padecimientos son tratados por varias formas de atención, pero que es el saber médico quien lo considera como exclusivo de su patrimonio.

"Dicho rol fue organizado e impulsado a través de instituciones médicas específicas, pero fue fundamentado no sólo por criterios profesionales sino por instancias jurídicas aplicadas por el Estado. Este proceso no implica que la biomedicina realmente atienda y se apropie de todo el proceso de salud/enfermedad, y menos aún que

elimine las otras formas de atención, sino que indica que el saber y las instituciones médicas instituyen su hegemonía respecto de los otros saberes que operan simultáneamente respecto de los padecimientos. Este proceso de apropiación y hegemonía no sólo es impulsado por las instituciones médicas, sino también por las acciones de la sociedad dominante e incluso por una parte de los sectores subalternos, debido a la significación social, económico/política e ideológica que tiene el proceso salud/enfermedad para la producción y reproducción biosocial de los conjuntos sociales.” (1 p. 10)

El aporte de Eduardo Menéndez radica en considerar que la hegemonía del saber médico no sólo proviene del campo científico sino que son también los sectores subalternos quienes reproducen esta dominación. Tanto Campos como Menéndez, coinciden en que las diferentes formas de atención que operan en una determinada sociedad, están condicionadas por las variables religiosas, étnicas, económicas, políticas, técnicas y científicas.

Menéndez (1) también analiza el actual modelo de atención, al cual denomina **Modelo Médico Hegemónico**, y describe más de treinta características estructurales, entre ellas: biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico-paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud- enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas / comportamientos humanos, tendencia a la escisión entre teoría y práctica.

Por su parte, **Campos** (3) menciona una serie de problemas por los que atraviesa el actual modelo: la alienación de los/las trabajadores (con relación a la misión institucional, al objeto y a los medios de trabajo); la excesiva especialización; el gran distanciamiento entre profesionales y usuarios; la indiferencia e insensibilidad imperante frente al sufrimiento humano; la fijación en procedimientos técnicos normatizados; y la dificultad para comunicarse con los otros actores, entre otros.

“Se aborda más a la enfermedad que al individuo, y se lo asume como un individuo fragmentado, un ser compuesto de partes que sólo en teoría guardarían alguna noción de interdependencia (...) este objeto reducido autorizará la

multiplicación de especialidades que terminará por fragmentar, a un nivel insostenible, el proceso de trabajo en salud.” (3 p. 98)

Complementariamente, **Elías Merhy** (4) hace hincapié en que el modelo de atención se encuentra fundamentalmente centrado en los procedimientos médicos, en donde se pierde de vista al sujeto. En relación con la fragmentación del sujeto en las prácticas de salud, también señala que la medicina tecnológica se constituye de una sumatoria de actos fragmentados sobre un usuario no integrado, el cual queda dividido por tantas unidades de producción de procedimientos como puedan realizarse. En este punto, la dimensión centrada en lo profesional, prácticamente elimina o reduce al máximo la dimensión cuidadora del usuario. En general, los profesionales de la salud se encuentran más atados al ejercicio puntual de sus competencias específicas en la producción del procedimiento especializado, *“que al cuidado en sí, de alguien real que vive necesidades que deben ser satisfechas.”* (4 p. 98)

Todos estos aportes, nos permiten visualizar cuáles son las características preponderantes de los servicios de salud que reciben (en el mejor de los casos) a las mujeres que interrumpen o desean interrumpir un embarazo. Muchas veces no sólo se pierde de vista la subjetividad de la mujer, su ambivalencia, sus miedos, su situación socio-familiar, sino que se la somete a prácticas y tratos crueles (a).

A los fines de este trabajo monográfico, se considera de especial interés una de las consecuencias más serias del actual Modelo Médico Hegemónico, la que consiste en **anular la dimensión cuidadora** del trabajo en salud, ya que ello ha construido *“modelos de atención irresponsables frente a la vida de los ciudadanos.”* (3 p. 85) Para comprender el significado de esta afirmación es necesario definir qué se entiende por cuidado. Según el diccionario de la Real Academia Española, la palabra **cuidado** proviene del latín *cogitātus* (pensamiento). Se lo define como: Solicitud y atención para hacer bien algo.// Acción de cuidar (asistir, guardar, conservar). La noción de Cuidado, en el sentido que se le dará para este trabajo, proviene del ámbito de la enfermería, el cual incluye las acciones de asistir y conservar, pero agrega otros aspectos más específicos. Al respecto se presenta una definición que nos provee Sonia Duque Cardona (5).

“El cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social (...) En esta interacción con el sujeto

cuidado, individuo y colectivos, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros, es decir es un elemento fundamental del cuidado. Puede decirse, entonces, que en esencia el cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto-sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales.” (5 p. 4 y 5)

Haciendo estas aclaraciones, se entenderá que una atención que promueva el cuidado de la/os usuarias/os, implicará necesariamente que se genere un espacio de encuentro entre profesional y usuaria/o donde se favorezca la comunicación, se habilite al usuaria/o a preguntar y a decir todo lo que considere pertinente en relación con su padecimiento, donde se establezca un vínculo de confianza mutua, y donde el usuario reciba no sólo información sobre su diagnóstico y tratamiento, sino además un trato respetuoso que le genere seguridad. Teniendo en cuenta que en el modelo de atención médico hegemónico, la dimensión del cuidado se encuentra subordinada o anulada en la mayor parte de las situaciones, y que esto no resulta deseable para muchos trabajadores de la salud, a continuación se consignan algunos conceptos teóricos que nos permiten pensar que esta situación es modificable.

Tanto **Merhy** como **Campos** sostienen que los trabajadores de la salud cuentan con posibilidades concretas para transformar el actual modelo de atención. Argumentan que los cambios son posibles, y que para ello, es necesario aprovechar los grados de autonomía que todo trabajador de la salud posee en su espacio de trabajo. El primer autor sostiene que, es en el día a día de los procesos de trabajo, en donde se efectiviza un cierto modo de producción de los actos de salud, y de esta manera se van diseñando los reales modelos de atención. Por su parte, Campos, se refiere a la posibilidad de actuación de los/las trabajadores. Sostiene que éstos son el producto del sistema de relaciones en las que están inmersos, pero simultáneamente son productores de este mismo sistema de salud, es decir que “*operan con relativo grado de autonomía a pesar de la coacción a la que siempre están sometidos.*” (3 p. 115) En el mismo sentido, Merhy señala que todos los trabajadores de la salud, presentan potenciales de intervención en los procesos de producción de la salud, los cuales

se encuentran signados por la relación entre sus núcleos de competencia específicos con la dimensión del cuidado que cualquier trabajador posee.

Resumiendo el planteo. Por un lado, se asume que los/las trabajadores de la salud son productores de la realidad social y siempre cuentan con cierto nivel de autonomía en sus prácticas, que les permitirá crear alternativas. Y por el otro lado, de manera complementaria, se considera que a través del trabajo cotidiano y la reorganización de los procesos de trabajo es posible rediseñar el modelo de atención vigente ya que se trata de una construcción social. En el próximo apartado, se analizará la experiencia de consolidación de las consejerías de atención pre y post aborto en este Cesac, a la luz de estas conceptualizaciones, dado que se trata de un dispositivo que se origina desde los propios trabajadores quienes aprovechan la autonomía con la que cuentan en sus espacios de trabajo. Me refiero puntualmente a la libertad de acción con la que cuentan mientras están atendiendo a una mujer en el consultorio; y también a la posibilidad de elección respecto a cómo organizar el horario de trabajo, dado que en el efecto de referencia, los profesionales contamos con la posibilidad de decidir cuándo queremos participar de algún encuentro, jornada de capacitación o Congreso Científico, y también de decidir si queremos organizar una reunión de equipo para trabajar sobre alguna temática en particular, como puede ser la posibilidad de establecer un horario de reunión semanal para reflexionar y trabajar sobre las consejerías.

Otro de los conceptos claves para analizar esta experiencia es el de Proceso de Trabajo, desarrollado por Elías Merhy (4). Éste sostiene que en todo proceso de trabajo en salud se produce un encuentro del agente productor más sus herramientas (conocimiento, tecnologías, etc.) con el/la usuario/a, tornándolo en parte objeto de la acción, pero sin dejar de ser también un agente que en acto pone sus intencionalidades, conocimientos y representaciones, expresadas en un cierto modo de sentir y elaborar sus necesidades en salud. Es importante destacar que todo el proceso de trabajo está atravesado por distintas lógicas que se presentan como necesidades en disputa, como fuerzas instituyentes. En toda práctica de salud, pueden vislumbrarse dos dimensiones: la cuidadora y la centrada en los saberes disciplinares específicos, que se definen conforme al modelo de atención vigente, en donde puede existir el predominio de una sobre la otra, e incluso la anulación de alguna de ellas. Se acuerda con el autor cuando argumenta: *"el trabajo en salud no puede ser globalmente*

capturado por la lógica del trabajo muerto, expresados en los equipamientos y en los saberes tecnológicos estructurados” (4 p. 36) dado que su objeto no está totalmente estructurado y sus tecnologías de acción se configuran en procesos de intervención de actos,

“operando como tecnologías de relaciones, de encuentros de subjetividades, más allá de los saberes tecnológicos estructurados, estableciendo un grado significativo de libertad de elección, en la manera de hacer esa producción.”

(4 p. 36)

Merhy sostiene que es necesario pensar en moldes para los procesos de trabajo en salud, que combinen la producción de actos cuidadores con conquistas en los resultados (cura, promoción y protección de la salud).

A partir de lo expuesto, y aunque parezca una obviedad, se puede percibir que el modelo de atención y los procesos de trabajo en los servicios de salud, aunque se perciban reificados (b), siempre se constituyen y reproducen a través de la actividad humana. Por lo tanto, puede pensarse en una posibilidad de cambio. Tanto campos como Merhy, presentan una serie de propuestas para desencadenar procesos de trabajo que promuevan la lógica del cuidado en los servicios de salud. Aunque el primero, propone cambios en la configuración del modelo de atención para que su fin sea la radical defensa de la vida, se considera que los aportes son aplicables a los procesos de trabajo, y son coherentes con la inclusión de la lógica del cuidado en los servicios de salud. A lo fines de este trabajo, sólo se consignarán los que resultan relevantes al objetivo propuesto.

En cuanto a las propuestas de Campos, resultan de interés las siguientes:

a- La primera se refiere a la construcción de nuevos modelos de atención, centrados en los usuarios y orientados hacia la defensa radical de la vida. En este sentido, invita a modificar la Clínica Moderna en la Clínica del Sujeto, para que se cambie el eje de la enfermedad y se centre sobre el sujeto concreto, para poder operar de acuerdo a la singularidad de cada persona. Asimismo, sostiene que este cambio exigirá que cada equipo de salud desarrolle un abordaje integral de cada caso, buscando superar el mecanicismo biologicista y reduccionista que viene degradando la clínica moderna.

b- A nivel más micro, sugiere ampliar la línea de la descentralización, a través de la progresiva delegación de autonomía y de mayores responsabilidades a los Equipos de Salud. Estos equipos deberían por sí mismos, definir las normas de procedimientos referentes al desempeño de sus atribuciones, incluyendo la organización del proceso de trabajo y la selección de medios y técnicas necesarios para una atención adecuada de los sujetos.

c- La tercera tiene que ver con trabajar con los demás profesionales en los procesos de trabajo, para favorecer la valoración de la palabra y la escucha; y el refuerzo del vínculo entre los trabajadores y los usuarios. Propone la construcción de una nueva cultura organizativa, con valoración de la acción interdisciplinar, predominancia del papel de los equipos de salud, en donde haya un responsable principal que asuma la integración de saberes e intervenciones y *"defienda al paciente de los descaminos burocráticos, y que se comunique detenidamente con el paciente y sus familiares."* (3 p. 68) Asimismo, propone democratizar la vida institucional, esto significa, quebrar las 'certezas profesionales', construyendo dispositivos que estimulen la comunicación horizontal. La idea es que al interior de los equipos de salud, se discutan problemas políticos, administrativos y técnicos, realizando un intercambio de saberes y la construcción de proyectos institucionales que surjan del espíritu colectivo.

d- Otro aspecto importante a considerar se refiere a la posibilidad de orientar a las personas tanto a utilizar mejor sus recursos, como así también brindarles recursos institucionales que permitan mejorar las condiciones individuales y colectivas de resistencia a la enfermedad.

En cuanto a las propuestas de Elías Merhy cabe destacar las siguientes:

a- la que se refiere a trabajar en pos de proyectos que apuesten a *"la salud como un bien público, patrimonio de toda la sociedad y valor de uso inestimable, tanto individual como colectivo."* (4 p. 46). Según el autor, los trabajadores de la salud que se propongan implementar un modelo de atención en defensa de la vida, deben ampliar la dimensión del núcleo cuidador para desencadenar procesos más articulados y compartidos en el equipo, así como para mejorar la eficacia y la adecuación de la acción específica con los procesos centrados en los usuarios.

b- Promover que los procesos de trabajo (en las organizaciones de salud) sean cada vez más compartidos, en donde se busque una nueva forma de organización coherente con una lógica centrada en el usuario.

c- Favorecer la construcción de vínculos y compromisos estrechos entre los trabajadores y los usuarios, en relación con las necesidades individuales y colectivas de salud. Para impulsar la dimensión cuidadora, todo profesional debe contar con una caja de herramientas de saberes tecnológicos, en donde las *tecnologías blandas* deben ocupar el papel central. Las tecnologías blandas tienen que ver con las relaciones de producción de vínculos, de autonomización, de acogimiento, que sólo obtienen materialidad en el acto. Para alcanzar ese objetivo, es necesario producir procesos del habla y de la escucha con los usuarios, promover relaciones intercesoras con la construcción de las necesidades en salud que construye el propio usuario, relaciones de acogimiento y abrigo con el usuario, articulación con los otros saberes para componer colectivamente los proyectos terapéuticos.

Entre ambos autores se pueden encontrar varias similitudes: las que se refieren a la propia reorganización de los procesos de trabajo, para que se centren en los/las usuarios/as y no en los procedimientos normativos; el fomento de relaciones horizontales entre los/las profesionales de los equipos de salud, que permitan mejorar la comunicación y la articulación de saberes disciplinares; la revalorización de los procesos de escucha y diálogo entre trabajadores de la salud y usuarios/as, para que se exploren las necesidades en salud tal como las viven las personas atendidas; y la construcción de vínculos y compromisos estrechos entre los/las trabajadores de la salud y los/las usuarios/as.

Todos estos aportes conceptuales serán analizados en el próximo apartado, a la luz de la experiencia de las consejerías de atención pre y post aborto en un Cesac de la Ciudad.

CAPÍTULO I: “Consejerías de atención Pre y Post Aborto en un Efecto del Primer Nivel de la Ciudad de Buenos Aires”

"Se escuchan siempre diferentes opiniones, sobre si el aborto debe o no ser legal, sí es ético o no, si es un derecho de la mujer, entre otras, pero la realidad es que el aborto existe por fuera de estas discusiones y hay un punto en que debería haber una sola opinión: ninguna mujer tendría que poner en riesgo su vida a causa de la interrupción de un embarazo."
(6 p.1)

En el marco teórico se presentaron las dificultades que existen en el actual modelo de atención, sus características preponderantes, pero también se presentaron algunas propuestas que permiten pensar que esta realidad es modificable, a partir de la acción concreta de los/las trabajadores de la salud. En este último sentido, se mencionó que siempre los/las trabajadores de la salud cuentan con un margen de maniobra y de autonomía para generar dispositivos y modalidades de atención que incluyan (en distintos grados) la dimensión del cuidado. En palabras de Merhy: *"En la micropolítica del proceso de trabajo no cabe la noción de impotencia, pues si el proceso de trabajo está siempre abierto a la presencia del trabajo vivo en acto, es porque él puede ser siempre "atravesado" por diferentes lógicas que el trabajo vivo comprende. Ejemplo de ello es la creatividad permanente del trabajador en acción en la dimensión pública y colectiva, que puede ser "explotada" para inventar nuevos procesos de trabajo, y hasta para extenderlo hacia direcciones no pensadas."* (4 p.44)

Teniendo en cuenta estas consideraciones, en este apartado, se describirá cómo surge y cómo se desarrollan las consejerías de atención pre y post aborto en un centro de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Esta práctica es fruto de un proceso paulatino, motivado y sostenido por los propios trabajadores de la salud, que transitó diversas formas hasta consolidarse tal cual hoy se desarrolla. A través de este recorrido, se pretende exponer cómo se van materializando los cambios en los procesos de trabajo, donde los trabajadores de la salud progresivamente van ampliando sus niveles de autonomía, y van redefiniendo la modalidad de atención, en base a la reflexión conjunta, posibilitada por las reuniones de equipo y los encuentros de capacitación con otros actores sociales.

Estas transformaciones son posibles a partir de mejorar la comunicación tanto entre las distintas disciplinas que conforman el Equipo de Salud Sexual, como escuchando y valorizando las necesidades en salud que manifiestan los/las usuarios/as del Cesac. Aunque se trata de una experiencia que aún está en proceso de construcción, lo interesante de ella es que pone de relieve la potencia que conllevan en su interior las *tecnologías blandas*, a la hora de generar cambios en los servicios de salud, ya que se considera que es solamente a partir de valorizar el diálogo y la escucha, que se puede generar un dispositivo como este. La importancia del diálogo y la escucha atenta, se puede visualizar no sólo entre las profesionales del equipo, sino fundamentalmente en el momento de atención de la población, quienes demandan un tipo de servicio que de respuesta ante la interrupción de un embarazo. Intentar incluir la dimensión del cuidado, para este trabajo, significa crear un espacio de encuentro con las usuarias, en donde se le brinde información científica que reduzca los riesgos y daños ante un aborto, pero también significa de alguna manera, hacerle saber que cuenta con un servicio de salud pública que ante esta circunstancia, la va a acompañar, la va a escuchar, la ayudará a reflexionar, así como también le va brindar una atención médica y profesional de calidad, que cuidará su vida. Este aspecto será desarrollado a lo largo de este apartado.

A Continuación se presenta la situación epidemiológica del aborto a nivel nacional, a los fines de acercarnos a la magnitud que esta problemática representa para nuestra sociedad.

1. El aborto, un problema de Salud Pública

Para intentar describir cuál es la magnitud del aborto en nuestro país, se realizó una búsqueda y análisis de estadísticas (oficiales y no tanto), intentando abarcar distintas posturas, ya sea a favor y en contra de la despenalización y/o legalización. El principal problema que aparece es que se encuentran estos datos pero no tienen citadas fuentes o no se aclara cómo se realizó el cálculo estimativo. Además de la discusión que subyace respecto de cómo estimar las cifras de abortos anuales, existe el problema del subregistro, dada la clandestinidad que lo rodea, y la poca confiabilidad de los datos (ya sea del subsector público, como del de obras sociales y el privado) porque directamente no se registra este episodio en las historias clínicas. Teniendo en cuenta estas observaciones, se utilizarán fuentes diversas para intentar describir la magnitud

del aborto en nuestro país. Las mismas son aportadas por distintos actores que intervienen sobre la problemática del aborto, desde diferentes perspectivas.

Según el Colectivo de Mujeres Juana Azurduy (7) - organización social y política-, en Argentina se producen 700.000 nacimientos al año, y se calcula que se realizan entre 500.000 y 700.000 interrupciones voluntarias del embarazo en ese mismo período; 60.000 mujeres llegan a las guardias de hospitales públicos, y desde el año 1983 a la fecha, 3000 mujeres murieron por aborto clandestino. Por su parte, el Jefe de Maternidad del Hospital Álvarez, Dr. Marcelo Guz, en una entrevista realizada por el Diario La Nación (8) en agosto de 2011, afirmó que, *“se estima que en el país se efectúan entre 450.000 y 500.000 abortos por año, casi un 40 por ciento de los embarazos totales.”*

En un Informe del PNUD del año 2009, Mario y Pantelides (9) sostienen que los abortos producidos en el país, *“según estimaciones indirectas oscilan entre 372.000 y 522.000 al año.”* (9 p. 35) En el mismo Informe, se analiza la mortalidad de mujeres en edad fértil (mal llamada mortalidad materna):

“(…) las muertes relacionadas con abortos siguen siendo la primera causa directa de mortalidad materna y constituyen además la primera causa de internación hospitalaria en mujeres en edad reproductiva. (...) La mortalidad materna se torna aún más preocupante cuando se considera la importante proporción de dichas muertes que son evitables. Sobre la base de las causas de muerte registradas en las estadísticas vitales en 2006, alrededor del 30% de las muertes maternas se deben a complicaciones de abortos, la principal causa, seguida por causas obstétricas indirectas (19%), causas obstétricas directas (15%), sepsis y otras complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (13%), trastornos hipertensivos, edema, proteinuria en el embarazo, parto y puerperio (12%), hemorragia posparto (8%) y hemorragia anteparto (4%). El peso de las complicaciones de aborto como causa de muerte materna ha permanecido casi constante en los últimos 15 años.” (9 p. 38 y 39).

En cuanto a la Ciudad de Buenos Aires, se destacan los siguientes datos, obtenidos por la asociación política y social 'Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto':

“En 22 meses de atención, la línea Aborto, más información, menos riesgos recibió 9000 llamados provenientes de distintos puntos del país. De éstos 2785 fueron llamados de mujeres residentes de CABA.” (10 p.1)

En relación con el Cesac donde se desarrolla el dispositivo, sólo se cuenta con registros de los últimos dos años. Durante el 2011 se realizaron 59 consejerías; y desde enero a septiembre de 2012, fueron 20.

Más allá de las diferencias entre las estimaciones, lo que es evidente a partir de la lectura de estos números es que la magnitud del problema es muy grande, y pareciera ser que la prohibición del aborto, no es una herramienta suficiente para impedir que esta práctica sea realizada.

2. Antecedentes y Modelo de Referencia

La mayoría de las experiencias de consejerías de atención pre y post aborto, toman como ejemplo el modelo de intervención difundido por **Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo**, una sociedad civil conformada por profesionales de la Salud de **Uruguay**. Esta organización surge en julio del año 2001 con el propósito de enfrentar un incremento notorio de la mortalidad materna por complicaciones de abortos provocados en condiciones de riesgo, cuyo mayor impacto fue en el Hospital de la Mujer de referencia nacional del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Durante ese año desarrollan una propuesta que contempla la posibilidad de que en los servicios públicos de salud se brinde información a las mujeres para reducir los riesgos ante la interrupción de un embarazo.

Al año siguiente, consiguen el apoyo de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, el Sindicato Médico y la Sociedad Ginecotocológica, todos actores importantes del Uruguay, a la que se suma más adelante la Asociación Obstétrica del mismo país. De esta manera, el proyecto se consolidó fuertemente y se publica el libro **Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo**, con fuerte apoyo de personalidades e instituciones del ámbito académico, social y jurídico. Luego, en 2002 realizaron el primer curso de capacitación para efectores de salud en articulación con organizaciones sociales y políticas; y comienza la atención de las mujeres en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, donde despliegan el asesoramiento para la reducción de riesgos y daños. De esta manera surge esta experiencia, que irá creciendo paulatinamente y se dará a conocer en Latinoamérica. Si bien el aborto voluntario no es legal en

Uruguay, lo que sí han logrado es que, desde fines de 2008, la consejería pre y post aborto esté contemplada en la Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, aprobada por el Parlamento.

A través de esta estrategia, Uruguay disminuyó el índice de mortalidad de mujeres a causa de aborto inducido a cero. El Dr. Briozzo - Médico del Hospital Pereira Rossell de Montevideo, profesor de la Facultad de Medicina, y creador de este modelo- durante una de sus exposiciones en el V Congreso de Derechos Sexuales y Reproductivos, destacó los logros de la consejería pre y post aborto en Uruguay. *"(...) en los últimos tres años no se registraron muertes por abortos inseguros. Uruguay será seguramente el único país de la región que podrá cumplir con el Objetivo del Milenio de reducción de la mortalidad materna."* (11 p.1) En otro reportaje (12), el Dr. Briozzo sostuvo que la clave de esta propuesta es salir de la contradicción de estar a favor o en contra del aborto.

"Desde hace 10 años estamos trabajando fundamentalmente en base a la estrategia de la atención sanitaria antes y después, porque una mujer que queda embarazada y no quiere continuar el embarazo tiene el derecho inalienable a la atención en salud. Para ello cuenta con un equipo interdisciplinario que vuelca su experiencia a favor de ayudarla a decidir mejor". (12 p.1)

Esta estrategia se fundamenta en el Derecho a la Información Pública y Científica y en el Derecho a la atención de la salud. Por su parte, el Director de la iniciativa mundial de FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia de Uruguay), André Lalonde, explicó que "el modelo apunta a demostrar a los profesionales de la salud que su papel es asegurar que la mujer embarazada reciba toda la información que necesita para prevenir que el aborto sea realizado en condiciones de riesgo." (12 p. 1). Para ello, en las consejerías se asesora sobre el aborto medicamentoso, considerado como uno de los métodos más seguro, si se lo realiza antes de la semana 12 de gestación. El aborto medicamentoso es la interrupción de un embarazo mediante el uso de un fármaco o una combinación de ellos. En Argentina, generalmente se utilizan las prostaglandinas (Misoprostol), que requieren de una receta común para su compra y que en su origen, fueron creadas para el tratamiento de la úlcera gástrica.

Desde hace varios años, el misoprostol es utilizado en los servicios de internación de Obstetricia y Ginecología de los hospitales públicos y privados

para generar contracciones y adelantar los partos, o para terminar abortos espontáneos incompletos. Debido al marco normativo – legal vigente, las mujeres que desean interrumpir voluntariamente una gestación, deben conseguir esta medicación de manera clandestina.

El modelo de trabajo uruguayo se fue conociendo en Latinoamérica y se fue replicando en algunos efectores de salud, de manera aislada y silenciosa. En la Ciudad de Buenos Aires, se dio a conocer el Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich, quienes se acercaron a los/las profesionales de Iniciativas Sanitarias e implementaron una modalidad de atención muy similar, para las adolescentes (desde los 14 hasta los 21 años aproximadamente). Asimismo, realizaron diversas publicaciones y se presentaron en Congresos Científicos, obteniendo muchos premios por esta labor.

Uno de los factores que contribuyó a la realización de las consejerías en el Cesac, tuvo que ver con la influencia de dos médicas que trabajaban simultáneamente en el Servicio de Adolescencia del Argerich y en dicho efector. Esto permitió realizar múltiples consultas a los/las profesionales que ya se habían capacitado en la problemática, y generar espacios de capacitación para el personal del Cesac, dictados por profesionales del equipo de Adolescencia del Argerich.

Con el fin de contextualizar el dispositivo, a continuación se realizará una breve descripción de las características principales del Cesac.

3. Breve Caracterización del CEsac donde se desarrolla la experiencia

El Cesac donde se desarrolla el dispositivo forma parte del Subsector Público de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, el cual está constituido por 13 Hospitales Generales, 19 hospitales especializados, 2 Centros de Salud Mental, 2 Centros Odontológicos Infantiles, 41 centros de salud (Cesac), 39 Centros Médicos Barriales (CMB), 82 consultorios de médicos de cabecera y 68 consultorios de odontólogos de cabecera. En cuanto al marco normativo – legal, además de la Constitución Nacional y la Constitución de la CABA, la Ciudad cuenta con una ley específica que busca garantizar el derecho a la salud. La Ley Básica de Salud 153/99 (13) y sus decretos reglamentarios 208/01 y 2316/03 tienen por objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y el ordenamiento de todas las acciones que conducen hacia dicho fin.

Los objetivos del subsector estatal son, entre otros:

- *“Contribuir a la disminución de los desequilibrios sociales, mediante el acceso universal y la equidad en la atención de la salud, dando prioridad a las acciones dirigidas a la población más vulnerable y a las causas de morbimortalidad prevenibles y reductibles.*
- *Desarrollar políticas sanitarias centradas en la familia para la promoción comunitaria de herramientas que contribuyan a disminuir la morbimortalidad materno infantil (...).*
- *Reconocer y desarrollar la interdisciplina en salud;*
- *Contribuir al cambio de los hábitos, costumbres y actitudes que afectan la salud;*
- *Garantizar el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas a través de la información, educación, métodos y prestaciones de servicios.*
- *Eliminar los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer en la atención de la salud. (13)*

Como puede observarse, la Ley Básica de Salud especifica que las acciones desarrolladas desde el subsector público de salud deben contribuir a la reducción de la morbimortalidad materna; que las acciones deben destinarse para la población más vulnerable; y que se deben garantizar los derechos reproductivos de la población. En el apartado 5.3 se analizará el dispositivo de consejerías pre y post aborto y podrá observarse de qué manera se intenta cumplimentar estos objetivos.

El Cesac en cuestión está ubicado en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, donde la población presenta los peores indicadores sociosanitarios de la jurisdicción: *“Las comunas de la Región Sur presentan los peores indicadores socioeconómicos de la Ciudad. Son las que presentan menor ingreso per cápita familiar de los hogares, mayor porcentaje de población mayor de 25 años con primario incompleto como máximo nivel de educación alcanzado, y el mayor porcentaje de población que tiene como única cobertura de salud el sistema público.”* (14 p. 106)

Estos datos nos permiten tener un acercamiento al perfil poblacional que reside en la zona donde está ubicado el Cesac, y nos permite inferir que mayormente se atenderá población en situación de vulnerabilidad económica y

social, y que no tienen otra posibilidad para atender su salud que no sean los efectores del Subsector público.

Dentro de la historia de este efector de salud, en 1992 se produce una bisagra que es necesario resaltar, ya que se trata de un proceso participativo que finaliza con un acuerdo, alcanzado entre los/las trabajadores del Cesac junto con las autoridades, que modifica la forma de trabajo. A partir de reuniones sistemáticas, se debate una propuesta de política organizacional de conformación de equipos, que persiste hasta hoy, con encuentros y desencuentros. Un eje de esta propuesta es que los equipos, que deberían estar integrados por todo el personal de planta, promuevan la articulación – integración con residencias, concurrencias, miembros de otros sectores y/o instituciones, y miembros de la comunidad. Otro eje se basa en que los equipos tendrán asignada una zona geográfica de responsabilidad exclusiva. Esto significa que el Área Programática del Cesac (un total de 103 manzanas) será dividida en zonas, y cada zona tendrá un equipo interdisciplinario responsable por la población que viva en dichas manzanas. Estos equipos de trabajo, tendrán un/a coordinador/a, deberán realizar reuniones semanales, y tendrán que realizar actividades extramurales. Es decir, tendrán que salir de la institución para desarrollar talleres preventivos y promocionales, y brindar atención a la población en sus domicilios. Asimismo, deberán dejar el horario de reuniones de equipo libre (sin dar turnos) porque es política institucional que esa actividad es tan importante como la atención de la población. En dichas reuniones, se realizarán capacitaciones internas, se analizará la situación de determinadas familias, se pensarán diversas estrategias para abordar situaciones problemáticas, se planificarán talleres, reuniones con otros equipos, etc. Con esta modalidad de trabajo, se pretende alcanzar el siguiente propósito:

"Consolidar y profundizar un espacio local de interrelación entre el CESAC y demás actores del sector salud y de otros sectores de organización social con la población de su área (programática) para mejorar su calidad de vida." (15 p.1).

Uno de los **objetivos generales** de esta propuesta, es *"aportar dentro de una 'red local de salud', intra- extra sectorial, a disminuir los procesos de morbimortalidad de la población" (15 p.1)* del área programática del Cesac.

Como puede observarse, tanto el marco normativo – legal recientemente mencionado, como los objetivos institucionales de este efector, son compatibles

con la modalidad de trabajo propuesta para la atención de mujeres que quieran interrumpir un embarazo.

En la actualidad la institución cuenta con los siguientes servicios y/o especialidades: Nutrición, Fonoaudiología, Medicina Clínica y Familiar, Psicología, Psiquiatría, Psicopedagogía, Pediatría, Hepatología, Obstetricia, Ginecología, Enfermería, Farmacia, Odontología, Ciencias de la Educación, Hematología, Sociología y Trabajo Social. Gran parte del personal desarrolla actividades preventivo-promocionales, las cuales se implementan en espacios intra y extra-murales a través de los equipos interdisciplinarios y los programas institucionales. Entre los programas que se desarrollan, cabe destacar: Salud Sexual y Reproductiva, CEPAD VIH/SIDA, Adolescencia, Buscacuentos, Tuberculosis, Adultos Mayores, No sólo leche, Hábitos Saludables, Crecimiento, Desarrollo y Alimentación (Niño Sano), Grupo de Orientación Educativo – Laboral, Curso de preparación para el parto, talleres de Terapia Ocupacional (Plástica, Música, Telar, Socioterapéutico y de confección y reparación de ropa). Estos programas son desarrollados por equipos de trabajo interdisciplinarios, y generalmente cuentan con un/a coordinador/a. También funcionan con la modalidad de equipos, donde hay una reunión semanal obligatoria, actividades intra y extra murales, y acciones preventivas, promocionales y asistenciales.

Tanto en las salas de espera como en hoteles y organizaciones sociales de la zona, se realizan talleres relacionados con diversas temáticas: salud sexual y reproductiva, primeros auxilios, lactancia materna, tuberculosis, inmunizaciones, dengue, chagas, enfermedades transmitidas por vectores, bronquiolitis, pediculosis, diarrea estival, etc.

Por ser el equipo de salud sexual uno de los programas más antiguos que funciona como tal en el Cesac, y con una fuerte impronta del trabajo interdisciplinario, se constituye en un espacio proclive a la inventiva y creatividad de los profesionales intervinientes, dando lugar a que surjan las consejerías de atención pre y post aborto. A continuación se describirán brevemente las acciones que se realizan a fin de garantizar y promocionar los derechos sexuales y reproductivos de la población.

4. El Equipo de Salud Sexual y Reproductiva

Para explicar cómo funciona este equipo en el Cesac, se describirá muy brevemente cómo surge el Programa de Procreación Responsable en la Ciudad de

Buenos Aires, siendo este el origen de lo que hoy es el Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Es en el año 1986, cuando empieza a funcionar el Programa de Procreación Responsable en el ámbito de la Ciudad. Para el año 1990 se incorporan 9 profesionales contratados específicamente para abordar esta temática, quienes conformarán 3 equipos interdisciplinarios, cada uno con una psicóloga, una ginecóloga y una trabajadora social. Uno de los equipos se estableció en el Hospital Pirovano, otro en el Cesac N° 9, y el último en el Cesac N° 13. De esta manera, en la Ciudad de Buenos Aires se comienza a trabajar sobre el acceso de la población a cuidados ginecológicos y provisión de métodos anticonceptivos.

El equipo del Cesac N° 13 encontró muchas resistencias en su lugar de trabajo, motivo por el cual estuvieron pocos meses trabajando allí, hasta que fueron a lo que era la Secretaría de Salud a hablar con su Coordinador para ver cómo seguían. Así, se decide que cambiarán de sede; y la psicóloga y la trabajadora social de ese equipo comenzarán a trabajar en el centro de salud que se describe en este trabajo. Estas dos profesionales encuentran dos ginecólogas en esta institución con las cuales comienzan a armar un nuevo equipo de salud. Así, al principio sólo había 4 profesionales de planta permanente. Inmediatamente, se realizan acuerdos institucionales con residencias y concurrencias de diversas disciplinas, quienes realizarán sus rotaciones en el Cesac, y la mayoría formará parte de aquel Programa de Procreación Responsable. Desde el comienzo se realizaban actividades preventivo-promocionales, además de las asistenciales. Así implementaron talleres sobre salud sexual, a las que asistían las mujeres, y al finalizar se les otorgaba un turno programado con ginecología (para control de salud y provisión de método anticonceptivo). Con el tiempo, se dieron cuenta de que las mujeres tenían que ir directamente del taller a la consulta ginecológica porque, muchas de ellas en el camino se embarazaban o no volvían más, y se perdía la oportunidad. Más tarde, cuando se implementa esta modalidad de que las mujeres vayan del taller (1° Piso) hacia el consultorio de Ginecología (Planta baja), observan que también se perdían en ese corto trayecto. Entonces surge la modalidad de que, una de las profesionales acompañe a las mujeres hasta el consultorio, para que *“que no se pierdan por el camino.”*

Poco a poco se van monitoreando las actividades, se reflexiona sobre ellas y van surgiendo nuevas propuestas que se mantienen mientras resulten eficaces.

Además de organizar y llevar adelante estas actividades, las profesionales del equipo participaban de reuniones que se hacían en la Secretaría de Salud de la Municipalidad de la Ciudad, con el Coordinador de este incipiente programa. En esa época, cuando desde la coordinación se organizaban capacitaciones, se referían a aspectos clínicos, al funcionamiento de los métodos anticonceptivos. Así surgía una tensión, ya que por un lado se postulaba la conformación de equipos interdisciplinarios para el abordaje de la salud sexual, y por otro, se hacía hincapié en el cuerpo, en lo orgánico.

A nivel intramuros, costaba bastante la implementación de reuniones de equipo. Recordemos que en esos años, se realiza el acuerdo institucional de trabajar en equipos, así que hasta ese entonces, no había espacios sistemáticos para compartir la intervención con otras disciplinas. A pesar de ello, se buscan los momentos donde poder analizar con otros/as las prácticas para mejorarlas. Al principio eran “charlas de pasillos”, hasta que de a poco se va construyendo el trabajo interdisciplinario y se van formalizando las reuniones de equipo.

En la actualidad, el equipo de salud sexual lleva más de 20 años trabajando y reconstruyendo sus dispositivos de atención. En este momento, está conformado por diversas especialidades, médicas ginecólogas (3), lic. en Obstetricia (2), trabajadoras sociales (3), lic. en Enfermería (2), médica clínica (1), médica psiquiatra (1), psicóloga (2) y residentes y concurrentes de múltiples disciplinas. Hoy día, la modalidad de trabajar en equipos se encuentra sumamente formalizada. Todas las semanas se realiza una reunión (obligatoria) donde se planifican y monitorean las actividades desarrolladas. Es decir, que se genera un espacio de escucha y diálogo, para socializar los hechos más relevantes que surgieron en la semana y debatir y acordar diferentes cuestiones que hagan a la intervención. Así, se analiza y se reflexiona sobre la modalidad de trabajo, para detectar obstáculos y facilitadores, y se intenta generar alguna propuesta superadora cuando hay algún aspecto que no resulta operativo. Uno de los aspectos más ricos de estas reuniones es cuando se trabaja sobre alguna situación surgida en la atención de un/a usuario/a, y que la misma no estaba contemplada, es decir, cuando surge un hecho novedoso que interpela a la profesional. Un claro ejemplo de ello, es cuando llegó por primera vez, al servicio de ginecología un adolescente de 15 años para solicitar el anticonceptivo de

emergencia para su novia. Así se trabajó sobre qué tipo de intervención realizar. Cabe aclarar que nunca las modalidades de atención son estáticas, ya que permanentemente se cuestionan y modifican si se considera pertinente para el mejor cuidado de la población. En esta forma de trabajo puede observarse cómo se ponen en juego las *tecnologías blandas*, producto de una historia compartida entre las profesionales de este equipo (ya que hay varias de ellas que hace más de veinte años que vienen trabajando juntas) y de una forma de organización coherente con las propuestas de los autores seleccionados, en el sentido de valorar la palabra y la escucha, entre los profesionales del equipo, y en la relación con los usuarios. Se trata de un proceso de trabajo compartido, en donde se intenta tomar decisiones de manera colectiva, en relación con las normas de organización, y los medios y las técnicas para una adecuada atención. Esta manera de trabajar, valorando la interdisciplina, además de la riqueza de articular saberes, fomentar la comunicación entre las disciplinas e intentar brindar una atención más integral de la salud; también conlleva muchas horas de esfuerzo y debate para alcanzar acuerdos, muchas reuniones de equipo donde prevalecen las discusiones, y alguna que otra deserción. La valoración de la palabra de las/os usuarias/os del Cesac, puede observarse cuando en las reuniones de equipo: se trabaja sobre alguna situación de vulnerabilidad que se plantea en la intervención (como puede ser una mujer maltratada física y psicológicamente por su pareja, que desea utilizar un anticonceptivo pero su pareja se lo prohíbe); o cuando se piensa qué estrategia adoptar ante una demanda 'novedosa' para el equipo y que genera controversias y discusiones internas (como es el caso de mujeres jóvenes que desean realizarse ligadura tubaria, y aunque la ley lo permite, hay ciertos profesionales de la salud que se niegan a practicársela argumentando que podría arrepentirse en el futuro).

En el marco de este equipo surge y se desarrolla el dispositivo de las consejerías de atención pre y post aborto, que si bien no cuenta con un espacio propio de reunión, las cuestiones relativas a este dispositivo se trabajan en las reuniones de equipo de salud sexual. Cabe aclarar que no todo el equipo de salud sexual realiza las consejerías, ya que se trata de una actividad que no reviste carácter de obligatoriedad para las profesionales. Cada una puede decidir si quiere o no formar parte de este dispositivo de acuerdo con sus creencias y postura respecto de esta problemática.

4.1- Marco Normativo Legal – Derechos Sexuales y Reproductivos

Hoy en día, en nuestro país están vigentes una serie de legislaciones que promueven el acceso de la población a una vida sexual y reproductiva libre de violencia y coerción. A modo de presentación, se consignan las leyes más importantes que garantizan los derechos Sexuales y Reproductivos:

- **Constitución Nacional** (Art. 16, 75). A través de ellos se garantiza que: todos los habitantes son iguales ante la ley; y que tienen jerarquía constitucional los siguientes pactos internacionales: La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; la Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; la Convención Sobre los Derechos del Niño. En líneas generales, estos pactos instan a los estados nacionales a garantizar los derechos de toda la población (sin ningún tipo de discriminación) a gozar de derechos civiles, políticos, económicos, culturales y sociales. Algunos de ellos, privilegian la situación de las/os niña/os y de las mujeres, debido a la situación de subordinación.
- **Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires** (Art. 37, 38 y 39). Reconoce los derechos reproductivos y sexuales, libres de coerción y violencia, como derechos humanos básicos. Garantiza la igualdad de derechos y responsabilidades de mujeres y varones como progenitores y promueve la protección integral de la familia. incorpora la perspectiva de género en el diseño y ejecución de las políticas públicas.
- **Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable – Ley 25.673**. A partir de esta ley se crea el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. Contempla sus acciones para toda la población sin excepción, incorporando la noción de *interés superior del niño*, es decir que los ubica como sujetos de derecho. Este programa se detallará con más precisión en el siguiente punto. La Ciudad de Buenos Aires, cuenta con una Ley de Salud Sexual - **Ley N° 418** – la cual se encuentra en concordancia con la ley nacional, y

también provee a los efectores de salud del GCBA, de insumos y de espacios de capacitación para los profesionales.

- **Ley Nacional de Anticoncepción Quirúrgica – Ley 26.130.** Incorpora la ligadura tubaria y la vasectomía a los métodos anticonceptivos que debe brindar gratuitamente tanto el subsector público, como el de la Seguridad Social y el Privado. Establece como único requisito que la mujer o el varón que lo solicita para sí, tenga 18 años o más, que sea claramente informada/o y firme el consentimiento. Explícitamente elimina la autorización del cónyuge y/o la autorización de la justicia. Provee excepciones para las personas con padecimiento mental.
- **Ley Nacional de Prevención, asistencia y erradicación de la violencia contra las mujeres – Ley 26.485.** Esta ley contempla que toda mujer tiene derecho a vivir una vida libre de violencia, y ninguna mujer debe ser víctima violencia institucional ni obstétrica.
- **Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Ley 26.061.** Les otorga a los niños/as y adolescentes la condición de sujetos de derechos, con posibilidad de opinar sobre cuestiones relativas a su vida. A partir de esta ley, y en concordancia con la Ley 114 de la Caba y diversas resoluciones de la CABA, la/os adolescentes a partir de los 14 años pueden presentarse sin documento ni acompañantes adultos a los servicios de salud y pueden solicitar, entre otras prestaciones, atención médica y ginecológica, métodos anticonceptivos, la realización de test de VIH, el diagnóstico y tratamiento de ITS, etc.
- **Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Ley N° 153.** Garantiza la atención de la salud integral a todas las personas, sin excepción, sean residentes o no de la Ciudad. Organiza la atención del Subsector Público, y regula al de la Seguridad Social y Privado. Establece los derechos y obligaciones de los pacientes. Y promueve el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población.
- **Código Penal de la República Argentina. Art. 85 y 86.** Establece las penas previstas para quien causare un aborto; y fija cuatro situaciones excepcionales en las que el aborto no es punible.

El equipo de Salud Sexual del Cesac desarrolla una multiplicidad de acciones, las cuales se encuadran en la legislación mencionada, y se orientan

fundamentalmente en los objetivos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Los objetivos del programa nacional son los siguientes:

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b) Disminuir la morbilidad materno-infantil;
- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genitales y mamarias;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

En un intento de promocionar estos derechos y garantizarlos, en el Cesac se realizan las siguientes actividades:

- Talleres de Salud Sexual: se realizan tres talleres por semana, dos de ellos dirigidos a los/las adolescentes y otro para la población adulta. Se abordan diversas temáticas, Derechos sexuales y reproductivos; Aparato reproductor masculino y femenino; métodos anticonceptivos: cuáles son, cómo funcionan, ventajas y desventajas de cada uno; control ginecológico anual; prevención de ITS; sexualidad libre de violencia; anticonceptivo de emergencia; lactancia y anticoncepción; aborto, etc. Son coordinados por dos o tres profesionales. Durante los talleres se hace entrega de folletería. Pueden participar tanto hombres como mujeres, pero en general, concurren mujeres.
- Atención ginecológica: funciona todos los días, con turnos programados. Los días jueves, después de los talleres, las mujeres pueden acceder inmediatamente a la consulta sin necesidad de sacar turno.
- "Provisión de métodos": una vez que la mujer realizó control ginecológico, se le abre una historia ginecológica y una ficha personal con la que puede concurrir en diferentes horarios (por la mañana o por la tarde) para retirar el método que utiliza (Anticonceptivos orales, inyectables). Es decir que esta entrega se realiza sin sacar turno.

- Control de DIU (dispositivo intrauterino): los días miércoles, las ginecólogas realizan los controles del DIU. No es necesario sacar turno, se concurre directamente al servicio para acceder a esta prestación.

- Entrega de anticoncepción de emergencia: la entrega se realiza principalmente en Ginecología. Si la persona (hombre o mujer) llega en un horario donde no hay atención, se ha armado un cronograma, en donde profesionales de este equipo están “de guardia” por si viene alguien a solicitar la pastilla de emergencia. Se realiza una consejería muy breve donde se explica cómo tomar la pastilla, riesgos de utilizarla habitualmente y se invita a participar de los talleres para la provisión de un método anticonceptivo permanente.

- Entrega de preservativos: se realiza en Ginecología, Obstetricia, Trabajo Social, Enfermería y Administración. También hay en el Cesac varios *dispenser* donde las personas pueden servirse sin necesidad de solicitarlos.

- Articulación con hospital de Referencia (Mecanismo de referencia – fundamentada en la Ley 153):

- Para acceso a Ligadura Tubaria: Cuando una mujer manifiesta el deseo que realizarse esta práctica, las ginecólogas y/o las obstétricas, se comunican con el consultorio de Ligadura Tubaria del hospital de Referencia para programar un turno y realizar una derivación asistida.
- Cuando se detecta alguna patología que no puede ser tratada desde el primer nivel de atención, se realiza una derivación al servicio especializado del hospital que corresponda. En algunas ocasiones, se deriva a otros hospitales del GCBA (Muñiz, Moyano, Udaondo, etc.).

- Participación en Capacitaciones del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de GCBA que se realizan mensualmente. Este es un espacio de encuentro muy interesante porque se reúnen profesionales de toda la Ciudad de Buenos Aires y se socializan experiencias y saberes. También se participa ocasionalmente de formaciones desarrolladas por Ministerio de la Nación, Fundación para estudio e investigación de la mujer (FEIM), Coordinación SIDA del GCBA, Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich, Oficina de Violencia de Género de la Suprema Corte de Justicia, Programa contra la Trata de personas del GCBA, Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto, etc.

- Participación en las reuniones de equipo en el Cesac: una vez por semana.
- Por último, cabe mencionar que siempre que se puede, se participa de espacios de intercambio en donde se trabajen cuestiones relativas al aborto. En ocasiones como asistentes, y en otras como disertantes.

5. Consejerías de atención Pre y Post Aborto

Como se mencionó anteriormente, el problema y la magnitud del aborto no es nada reciente, lo que sí se ha modificado en los últimos años, es la visibilidad que adquiere en el espacio público. No sólo por la activa militancia de múltiples organizaciones sociales y profesionales (como el caso de “Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo”, la “Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito”, “Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto” y el “Colectivo de Mujeres Juana Azurduy”) sino también por la difusión de Proyectos de Ley, avalados por legisladores de diversos partidos, en donde se pretende que las mujeres puedan decidir (antes de las 12 semanas de gestación) si desean o no continuar con el embarazo y pueda realizarse esta práctica de manera segura y gratuita en los Servicios de Salud (Públicos, de la Seguridad Social y Privados). Paralelamente, en múltiples jornadas de capacitación, convocadas por instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y/o Asociaciones Civiles, se empieza a hablar sobre esta problemática y se socializa este tipo de dispositivos.

En la actualidad, se conoce que este tipo de estrategias se desarrollan no sólo en varios Cesac de la Ciudad de Buenos Aires, sino que se extiende por todo el país (Lomas de Zamora, Morón, José C. Paz, La Plata, Rosario, Córdoba, Neuquén, etc.) de manera silenciosa y sin darle visibilidad.

La organización *Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto*, realiza un registro de los efectores “amigables” que atienden esta problemática, para poder referenciar a las mujeres que se comunican con ellas a través de la línea telefónica, al efector de salud más cercano a su domicilio. Respecto de la CABA, sostienen que existen consejerías pre y post aborto en distintos niveles de atención, los cuales presentan estas características:

"10% de los CESAC (mayoritariamente del sur y oeste de la ciudad) tienen consejerías que cuentan con el aval de todo el

equipo, 23% de los CESAC realiza consejería sin el apoyo de colegas y directivos. En los hospitales, el 12% brinda servicios de consejería de manera sistemática. A pesar de que buena parte de los servicios de salud brindan información sobre aborto seguro de manera legal, son al mismo tiempo, invisibilizados y clandestinos.”

(10 p.1)

A continuación se describirá la forma en que nace y se consolida el dispositivo de las consejerías de atención pre y post aborto en un Cesac de la zona sur de la Ciudad, el cual se encuentra comprendido dentro de los efectores que cuenta con el aval de todo el equipo de salud, e inclusive con el de la jefatura.

5.1- ¿Cómo surge esta propuesta de intervención en este efector?

La atención de mujeres que manifestaban el deseo de interrumpir un embarazo, surge en el mismo momento en que comienza la atención ginecológica en el Cesac, en el año 1986. Van a pasar más de 20 años, hasta que finalmente se decide armar un dispositivo específico para esta problemática.

Si bien hoy hay muchos adelantos en materia de derechos sexuales y reproductivos, ya para ese entonces (1986) se trabajaba sobre anticoncepción, controles ginecológicos y mamarios, y promoción de derechos, etc. Dentro de la consulta ginecológica, empiezan a aparecer las situaciones relacionadas con el aborto. Muchas mujeres se acercaban al Cesac para pedir un teléfono y un lugar donde ir a practicárselo. Al principio, cuando se recibía esta demanda, las mujeres se iban de la consulta sin ningún tipo de información, ya que se pensaba (y se les decía), que no se las podía ayudar por la ilegalidad del aborto.

Esta situación, empezó a inquietar a las profesionales del programa, ya que surgían dos preocupaciones básicas. Una, referida al estado de salud con el que regresaban las mujeres a la consulta ginecológica, luego de someterse a todo tipo de prácticas. La segunda, por sentir que ese silencio abandonaba a las mujeres a su suerte. Estas eran consultas en donde las mujeres llegaban con una gran carga de angustia (igual que ahora), y luego, al no ofrecer ninguna respuesta, la profesional quedaba inmersa en un sentimiento de vacío. Entre charlas de pasillos, ya que prácticamente no había reuniones de equipo, empiezan a pensar qué tipo de información se les puede brindar a las mujeres para que no se enfermen ni mueran por abortos clandestinos. Así van surgiendo acuerdos entre las profesionales que se irán revisando con el paso del tiempo y

con cada situación particular que no encaje dentro de lo instituido. Entonces, tímidamente, empiezan a decirles que tengan cuidado y averigüen bien a dónde acudir, se les pide que no se introduzcan ningún objeto que las pueda lastimar, que estén atentas a las pautas de alarma (fiebre, dolor abdominal), y que consulten inmediatamente a una guardia hospitalaria si aparece algún signo de infección. Si bien la coyuntura no acompañaba para trabajar esta problemática, en el equipo de salud sexual se reconoce que esta iniciativa se constituye en el origen de las consejerías tal como hoy se desarrollan.

Pasaron varios años, para que en el Cesac se realizaran ecografías ginecológicas y obstétricas (antes de ello, las mujeres debían concurrir al hospital de referencia). Así se atenderá a mujeres embarazadas, a quienes se hayan colocado un Dispositivo Intrauterino (DIU), o a quienes presenten algún problema ginecológico que amerite dicha práctica. Esta tecnología permitió también profundizar un poco más la atención post aborto, ya que en diferentes espacios (talleres y consultas) se estimula a las usuarias a sean promotoras de información que proteja la salud de sus familiares, vecinas, amigas. Así, se les sugiere que, si conocen a alguna mujer que se sometió a un aborto, le comuniquen que concurra inmediatamente al Cesac a realizarse una ecografía de control. De esta manera, se siguen sumando acciones relacionadas con la problemática, se sigue profundizando sobre la “reducción de riesgos y daños”, pero sin darle un nombre específico.

Otro punto de inflexión se produjo cuando parte del equipo de Salud Sexual toma conocimiento del dispositivo de atención del Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich, coordinado por la Dra. Sandra Vázquez. Al Cesac llegaron a trabajar dos médicas, que también se desempeñaban en el Servicio de Adolescencia. De esta manera, se pusieron en contacto la Dra. Vázquez y su equipo, hace aproximadamente 4 años, y desde entonces se realizan encuentros de capacitación y de actualización. Esto posibilitó contar con información adecuada sobre el uso correcto del Misoprostol, para luego poder informar a la mujer y a su pareja. Este acercamiento fue muy importante porque las ginecólogas no lograban acceder a este tipo de información y sólo tenían alguna idea sobre lo que leían o escuchaban de oído.

Todas las acciones descriptas hasta ahora tenían un perfil bajo, de mucha invisibilidad, sobre todo por temor a las denuncias. Pero en escena aparece un actor que comienza a darle mayor visibilidad a la problemática del aborto. En

julio de 2009, a nivel nacional, empieza a funcionar la Línea: 'Aborto Más información, menos riesgo' implementada por la organización 'Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto'. El modo de funcionamiento es muy sencillo, cualquier mujer que quiera recibir información y asesoramiento sobre aborto con Misoprostol, puede mandar un mensaje de texto al celular de contacto (1566647070), y durante las horas de atención (7 por día) la persona que esté de guardia se comunicará con ella. A veces es necesario insistir varias veces, porque debido a la difusión que fue adquiriendo, no logran dar respuesta a la cantidad de demanda que reciben. Una ventaja que tiene este sistema, es que para las mujeres es muy barato hacer el contacto ya que sólo requiere un mensaje de texto, y la llamada corre por cuenta de la organización. El trabajo que vienen desarrollando abarca varios aspectos. Uno se basa en la atención (telefónica) personalizada a las mujeres que se contactan con ellas. Otro tiene que ver con el desarrollo de capacitaciones para los profesionales de cualquier institución, que estén interesados en trabajar sobre esta temática. Y la tercera, se refiere al armado de un listado con los 'servicios amigables' que funcionan en el país. Esto posibilita que luego de darles información, las referencien con algún efector de salud cercano a su domicilio (si existiese).

La difusión que alcanzó este dispositivo, abrió el camino para que muchos efectores de salud comenzaran a adoptar una actitud un poco más visible, aunque no del todo. Antes de que se lanzara la línea, se decía que las mujeres iban a ser anónimas, que no se iban a presentar en público y que se utilizaba un teléfono celular para que no pudieran localizarlas. Todo esto en el marco de resguardarse de denuncias penales y civiles. Finalmente nada de esto sucedió porque las mujeres de esta organización estuvieron muchísimas veces en la Legislatura de la Ciudad y en múltiples eventos públicos presentando la línea y los informes de gestión que fueron armando. Ninguna denuncia fue presentada en más de tres años de trabajo. Personalmente considero que esta situación funcionó como un aliciente y movilizó a muchos profesionales a avanzar un poco más sobre los dispositivos.

No es casual que desde hace dos años y medio, en el marco de las capacitaciones internas del Programa de Salud Sexual del GCBA, al establecer conversaciones con profesionales de otros efectores de salud, profesionales del Cesac se fueron enterando de que este tipo de dispositivos, estaban siendo recreados en varios lugares. Así, de manera autónoma, se empiezan a

desarrollar reuniones mensuales entre profesionales interesados en esta temática, con el objetivo de unirse y capacitarse. Todo esto, de manera independiente. El hecho de saber que hay otros efectores de salud que están comprometidos con la temática, generó varios avances, entre ellos, la creación y puesta en marcha de una historia clínica integral de atención y de seguimiento; y el acuerdo de la/os profesionales de varios efectores de salud del GCBA de utilizar el código "Z 640" para registrar en las estadísticas de prestaciones individuales este tipo de intervención. De esta manera se busca unificar criterios de registro y poder tener en el futuro un número más fidedigno de las acciones que se realizan en la Ciudad de Buenos Aires respecto de la problemática del aborto.

Así, de a poco y con la influencia de múltiples actores, se fue consolidando el dispositivo de atención pre y post aborto en un Cesac de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires.

A lo largo de todo este recorrido histórico, pueden observarse algunos aspectos que se relacionan con las propuestas de Merhy y Campos respecto de cómo incluir la dimensión del cuidado en los servicios de salud.

En primer lugar, y tomando las consideraciones de ambos autores, se puede ver que los profesionales del Cesac *aprovechan el grado de autonomía* con que cuentan en sus prácticas, asumen *mayores responsabilidades*, *organizando el proceso de trabajo*, *definiendo las normas* de procedimiento, y *seleccionando los medios y técnicas* para una adecuada atención. Esto puede observarse, cuando se reúnen a pensar (desde fines de los '80 hasta hoy) y van definiendo la modalidad de atención que se ofrecerá ante la posibilidad de un aborto; cuando aprovechan la cercanía con dos profesionales de un hospital general de agudos que conocen el uso correcto del misoprostol, y toman la iniciativa de capacitarse en la temática; cuando deciden participar activamente de las reuniones mensuales que se realizan con profesionales de otros Cesac que también realizan consejerías; y sobre todo desde el comienzo, cuando deciden dejar *ser indiferentes ante el sufrimiento de las mujeres* que consultan por embarazos no planificados, y comienzan a trabajar ante esta problemática, intentando brindar una atención de calidad para quien atraviesa esa situación.

Otra de las propuestas de Campos se refiere a *trabajar en los procesos de trabajo junto a otros profesionales, para favorecer la palabra y la escucha, y a reforzar el vínculo entre profesionales y usuarios*. Justamente, una de las

características distintivas de este centro de salud, es la modalidad de trabajo construida y sostenida desde hace muchos años, donde se le da profunda importancia a la *interdisciplinariedad*, y donde se realizan sistemáticamente reuniones semanales (de dos horas de duración de cada programa/equipo), que son tan importantes como la consulta individual. Además de este espacio de encuentro, donde se trabajan diferentes aspectos de la atención, o de situaciones de vulnerabilidad de alguna usuaria, etc.; también es frecuente que se realicen entrevistas conjuntas (ginecología- Trabajo social; obstetricia-trabajo social; ginecología- enfermería; medicina familiar- psicología, etc.). Esto permite *favorecer la escucha de los profesionales*, ya que hay ocasiones en que los usuarios expresan cuestiones que por la formación disciplinar no nos es posible comprender o directamente se desconocen. Como ejemplo, una ginecóloga puede tener una excelente formación en métodos anticonceptivos, pero ante una situación de violencia de género, puede necesitar el apoyo de las trabajadoras sociales, quienes pueden proporcionar información sobre derechos de la mujer y niña/os – adolescentes, y sobre programas sociales específicos que brinden asistencia ante esta problemática. *Reforzar el vínculo entre los profesionales y usuarios* implica hacer *prevalecer las tecnologías blandas* para *producir una relación de abrigo y acogimiento* de las usuarias. Esto significa brindar una atención de calidad, favoreciendo que la mujer cuente con profesionales capacitados y con los procedimientos tecnológicos necesarios y adecuados a su problema de salud, pero simultáneamente se le debe ofrecer una serie de cuestiones que hacen al acogimiento y al cuidado. Me refiero puntualmente a que la atención se realice en un espacio físico que posibilite la confidencialidad; donde no haya personas merodeando (como suele ocurrir en algunas instituciones públicas) ni demasiados profesionales atendiéndola; donde haya un tiempo para escucharla, intentando comprender por qué viene a la consulta y cuál es la significación que la misma tiene para ella; donde se le haga saber los derechos con los que cuenta como usuaria de los servicios de salud, y explicitar los nuestros como profesionales; y donde se respete su decisión. Al decir de Campos, una atención que defienda la vida y esté centrada en el sujeto, donde se respete su singularidad. Ampliar la dimensión cuidadora, tal como lo propone Merhy, para este trabajo, implica promover las relaciones de abrigo y acogimiento de las mujeres que consultan en las consejerías. Significa brindarles un espacio de encuentro donde se puedan sentir habilitadas a preguntar y a decir

todo lo que consideren pertinente en relación con su situación actual y donde se establezca un vínculo de confianza mutua. El objetivo de las consejerías es brindar una atención integral donde no sólo se lleve información científica, sino que sienta que este proceso lo transitará acompañada por el personal de salud del Cesac.

5.2- Fundamentación de las Consejerías pre y post aborto

Este dispositivo se encuadra en una perspectiva de fortalecimiento y promoción de los Derechos Humanos en general, y de los Derechos Sexuales y Reproductivos en particular, considerando la perspectiva de género. Para comprender las implicancias que conlleva esta afirmación, se presentarán brevemente algunas definiciones conceptuales.

Los Derechos Humanos (c) son un marco ético que reconoce que todas las personas poseen dignidad y derechos básicos por el simple hecho de ser seres humanos; y que tanto los estados – nacionales como las integraciones supranacionales –, como todas las organizaciones de la sociedad deben tomar diferentes medidas para lograr que sean efectivos. Nuestro estado nacional, por el hecho de haber ratificado estos tratados internacionales (Ver 4.1- Marco Normativo legal), está obligado jurídicamente a implementar diferentes tipos de estrategias para garantizar estos principios en campos específicos de la vida social.

Lilia Rodríguez (16) señala que, en las últimas décadas, la concepción de los derechos humanos se ha transformado para abarcar tanto los derechos civiles y políticos como los derechos económicos, sociales y culturales, así como también los derechos de los pueblos (los colectivos) y los derechos a la diversidad. La autora explícitamente menciona a los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos.

"Hoy los derechos humanos comprenden el derecho de identidad y ciudadanía, el derecho a la paz y a una vida libre de violencia, el derecho a la no discriminación, el derecho al desarrollo sustentable y a la equidad en la distribución de sus beneficios, los derechos económicos y sociales (salud, educación, empleo, vivienda), los derechos sexuales y reproductivos y los derechos ambientales."

(16 p. 10 y 11.)

Según el CONDESA (17), *"los derechos sexuales y reproductivos se refieren a la esfera de la sexualidad y de la reproducción pero no la agotan: sólo*

establecen un piso para facilitar su ejercicio en el marco igualitario del respeto por la diversidad humana.” (17 p. 49) En el mismo texto, se hace referencia a que se han ampliado los derechos humanos, incorporando los derechos sexuales y reproductivos, gracias a la lucha de las mujeres por el acceso a la anticoncepción y al derecho a decidir sobre su propio cuerpo; y también gracias al progreso tecnológico que logró separar la sexualidad de la reproducción.

Estas consideraciones nos remiten a otra categoría analítica: género, la cual surgió para explicar las desigualdades existentes entre hombres y mujeres, poniendo el énfasis en la noción de multiplicidad de identidades. Esta categoría remite a los rasgos y funciones psicológicos y socioculturales que se le atribuye a cada uno de los sexos en cada momento histórico y en cada sociedad. Desde esta perspectiva, se considera que lo femenino y lo masculino se conforman a partir de una relación mutua, cultural e histórica, y se construyen como sistemas de poder, donde prevalece un discurso hegemónico. Este enfoque problematiza las relaciones de género, rompiendo con la idea del carácter *natural* de las mismas. Lo femenino o lo masculino no se refiere al sexo de los individuos, sino a las conductas consideradas femeninas o masculinas. En este contexto, la categoría de género puede entenderse como una explicación acerca de las formas que adquieren las relaciones entre los géneros. Incorporar estas consideraciones al dispositivo de consejerías, implica reconocer que, al interior de las relaciones de pareja se pueden establecer relaciones de poder asimétricas que subordinen a la mujer, impidiéndole decidir sobre sus relaciones sexuales, sobre el cuidado de su cuerpo y sobre su maternidad. También implica desnaturalizar y cuestionar la ecuación mujer = madre, entendiendo que no todas las mujeres desean tener hijos, y no siempre un embarazo se vive como ‘una bendición’. Otro aspecto a resaltar es, por las condiciones biológicas, son las mujeres quienes pueden procrear, y por ende, las que tienen que tomar las decisiones relativas a la maternidad o no. Por ello, a la hora de pensar en las Consejerías de atención pre y post aborto, es necesario también incorporar el concepto de equidad que nos brinda **Alda Facio** (16):

“el principio de equidad aplicado a los derechos sexuales y reproductivos, tendrá que partir del reconocimiento de que son las mujeres, por sus diferencias biológicas y los roles sociales asignados en su función reproductora, quienes deben decidir en última instancia sobre su sexualidad y reproducción, y quienes debido a esas funciones, tienen necesidades específicas de salud sexual y reproductiva. El “trato justo” para las mujeres en materia de salud, debe reconocer las diferentes necesidades en relación al ciclo vital,

las diferencias de clase, etnia, cultura, religión, etc. El principio de equidad tendría que reconocer y trabajar sobre las relaciones de poder entre hombres y mujeres en el ámbito de la sexualidad y reproducción como un punto de partida para facilitar el ejercicio de sus derechos reproductivos.” (16 p. 12)

En síntesis, adoptar la perspectiva de fortalecimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, considerando las desiguales relaciones entre los géneros, implica desarrollar prácticas institucionales que buscan promover el trato respetuoso de toda mujer que acude a los servicios de salud, sin discriminaciones ni juzgamientos, y sin importar ninguna característica personal (edad, nacionalidad, procedencia, identidad sexual, condición socioeconómica, situación familiar, etc.). Significa expresarles a las mujeres durante la consulta, que son portadoras de derechos, y que éstos deben ser garantizados por el Estado, en todos sus niveles (nacional, provincial, municipal); implica desterrar las prácticas que promueven el paternalismo y avasallan la autonomía de las usuarias; intentando garantizar una atención de su salud de calidad y respondiendo a las necesidades que plantea. Las acciones en salud deben favorecer la autonomía de las mujeres para que sean ellas quienes tomen las decisiones respecto de su cuerpo, su maternidad o su no-maternidad, la cantidad de hijos que desea tener, el tipo de método anticonceptivo que desea adoptar, etc. Significa asumir que las relaciones entre hombres y mujeres, muchas veces están marcadas por una asimetría en cuanto al poder, donde la mujer queda oprimida, sin posibilidad de elegir ante cuestiones que pueden modificar su vida.

Por todo lo expuesto, la fundamentación de este dispositivo, se basa en el Derecho de toda mujer a recibir información pública y científica que reduzca los riesgos de enfermar y morir; en el Derecho a recibir atención médica ante cualquier circunstancia; en el Derecho a la intimidad y a la confidencialidad (haciendo explícito que en este efecto no se realizan denuncias por esta situación); y por último en el Derecho inalienable de toda persona de gozar del más alto nivel de salud sexual y reproductiva. Esto es, a decidir sobre su propio cuerpo, a ejercer su sexualidad libremente, a vivir una vida libre de violencia, a decidir si quiere o no tener hijos, cuándo, con quién; a la posibilidad de elegir y adoptar un método anticonceptivo gratuito y eficaz; a contar con la posibilidad de recibir atención médica de calidad; a mantener relaciones sexuales con quien decida, sin temor a contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), etc.

Desde estos postulados, se intentará desarrollar las consejerías de atención Pre y post aborto en un efecto del primer nivel de atención.

5.3- ¿Qué es una Consejería de atención pre y post aborto?

Se trata de un dispositivo de encuentro, entre varios profesionales de la salud y una usuaria, que a través del diálogo y la reflexión conjunta busca brindar asesoramiento personalizado y promover decisiones autónomas e informadas promoviendo los derechos sexuales y reproductivos de la población.

Las consejerías constan de cuatro componentes a considerar:

1- Difusión de la información desde la perspectiva de promoción de la salud y reducción de riesgos y daños: la información debe ser expresada en términos sencillos, debe estar debidamente actualizada y ser científicamente validada.

2- Atención integral y personalizada: se debe recordar que no se trabaja con patologías ni con partes de cuerpo, sino con personas con sentimientos, dudas, temores, creencias y singulares visiones del mundo.

3- Se realizan a través de personas capacitadas en la temática y contemplando la privacidad y la confidencialidad. Se busca generar un espacio que permita conversar en un marco de intimidad y de respeto sobre las cuestiones religiosas, socioculturales, simbólicas, emocionales y afectivas que atraviesa a cada uno de los participantes de la consejería. Se deben evitar los juicios de valor y las recomendaciones.

4- Oportunidad aprovechada: A través de este tipo de estrategias de abordaje, se busca facilitar el acceso de la población a la atención de su salud para reducir riesgos y daños, y promover luego el acceso al Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Lo que se intenta a través de este espacio es evitar que ocurra un nuevo embarazo no planificado.

Se acuerda con la Dra. Sandra Vázquez y otros (6), con que no es posible abordar la temática del aborto sin tener en cuenta las condiciones culturales, sociales, familiares y económicas que llevaron a esa mujer a un embarazo no deseado. Por eso,

“es necesario pensar el aborto dentro del complejo entramado que incluyen estos aspectos subjetivos y sociales, y dentro del campo más amplio de los derechos sexuales y reproductivos, atravesados por la dimensión de género, por la inequidad social y por los riesgos sobre la salud.” (6 p. 1)

Es posible relacionar esta afirmación con uno de los problemas que enumera **Elías Merhy** respecto del modelo de atención biomédico. Este autor argumenta que la atención está centrada en los procedimientos médicos, y de esta manera se pierde de vista al sujeto y se lo considera de manera fragmentada. La problemática que atraviesa una mujer que decide interrumpir una gestación es compleja y multidimensional, y el dispositivo que pretenda reducir riesgos y daños debe brindar mucho más que la información sobre cómo usar el misoprostol. Por eso se hace hincapié en que, en el encuentro del profesional y la usuaria, se debe favorecer la escucha y la palabra, se debe respetar la singularidad, achicando la distancia entre ambos para generar una relación de acogimiento. En relación con los conceptos tomados de Eduardo Menéndez, en este dispositivo lo que se busca es recrear un modelo de atención diferente al médico hegemónico, que no quede centrado exclusivamente en lo biológico, y donde se recuperen los sentimientos y el saber de la mujer que consulta, para que aparezca la dimensión cuidadora. Más adelante se describirá cómo funciona cada consejería, para poder analizar con más profundidad sobre este aspecto.

5.4- ¿Cómo llegan las mujeres a la Consejería?

Es importante destacar que todas las actividades que se desarrollan en el Cesac cuentan con carteles para su difusión. Pero por cuestiones legales, las consejerías pre y post aborto sólo se difunden “de boca en boca”. Durante el año 2011 se registraron 59 consejerías, y en lo que va de este año (hasta septiembre inclusive) son 20.

Las mujeres llegan hasta la Consejerías de varias formas. Muchas son usuarias del Cesac y se acercan al Servicio de Ginecología u Obstetricia, o son derivadas por profesionales de otros servicios. Otras son recomendadas por otras usuarias, o por personal de escuelas y organizaciones sociales de la zona. Por último, llegan mujeres derivadas a través de dos líneas telefónicas que asesoran sobre esta problemática (Línea Aborto Más Información Menos Riesgo, y 0800 del Programa Nacional de Salud Sexual del Ministerio de Nación). En general, estas derivaciones corresponden a mujeres que no viven en el Área Programática, y esto no se constituye en un impedimento para su atención ni para su inclusión en el Programa de Salud Sexual.

Cuando llega una mujer (sola o acompañada) planteando alguna situación problemática respecto de un embarazo, lo primero que se hace es conformar un equipo interdisciplinario de dos profesionales, que en el transcurso de ese día la atenderá. En general, ese equipo contará siempre con una profesional médica, ya sea clínica o ginecóloga.

Luego de conformar el equipo, se busca un consultorio que permita resguardar la intimidad de la conversación, y garantizar la confidencialidad. Es necesario recordar que las usuarias del Cesac, se encuentran con sus vecinos/as en las salas de espera. Por eso, una de las formas de cuidar a esta mujer es atenderla en el consultorio de ginecología, o en cualquier otro, pero nunca en el consultorio de obstetricia, dado que se sobreentiende que si una mujer se atiende en obstetricia, por lo menos, tiene alguna sospecha de estar embarazada.

La consejería se desarrolla en tres etapas, las cuales se distinguen solamente con fines analíticos. Una etapa de “recepción y escucha”, otra de “información”, y la última de “seguimiento”. Así como cada mujer es única e irrepetible, de la misma manera, son las consejerías, ya que se busca respetar la singularidad de cada mujer y la decisión que tome. No todas las personas que se acercan a este dispositivo, concretan la interrupción, ya que en ocasiones, cambian de parecer y continúan el embarazo. Esta modalidad de atención, surge de la iniciativa de las profesionales del Cesac, quienes reflexionan permanentemente sobre esta práctica durante las reuniones de equipo y en las capacitaciones. Esta forma de atención se encuentra sistematizada para poder socializarla con los demás profesionales de la institución.

ETAPA DE RECEPCIÓN Y ESCUCHA

En este primer encuentro se explica que el marco normativo legal en nuestro país prohíbe el aborto, pero que nuestra función como personal de salud es escucharla y asesorarla para que no corra riesgos que son evitables. También se explicita que ningún profesional puede juzgarla, ni inducirla a que tome una decisión contraria a la suya. Se hace mención a los derechos que tiene toda persona, especialmente el derecho a recibir información científica respaldada por la OMS y a recibir atención médica ante cualquier circunstancia.

La mujer puede llegar con la sospecha de un embarazo o puede haberlo ya confirmado con algún test y/o ecografía. Si aún no sabe si está embarazada, en

esta primera consulta se realiza un test de embarazo. Si da positivo, entonces es conveniente darle un tiempo para procesar la noticia, y que lo pueda conversar con su pareja, familiares y amigos/as.

Esta entrevista es muy importante para generar un vínculo con la usuaria, que se sienta acompañada y cuidada por el equipo de salud. Es un espacio que debe aprovecharse para ayudarla a armar su red de contención, para que exprese sus miedos y dudas, para acercarla al Programa de Salud Sexual y que conozca sus derechos. Para que construya un vínculo con el centro de salud, y se referencie con este efecto ante cualquier problemática que surja.

Las mujeres que ya llegan con la decisión de interrumpir el embarazo, no sólo necesitan información, sino que también es importante que se sientan contenidas y en un clima de confianza para plantear temores y dudas.

En estos encuentros, también es frecuente que las mujeres expresen situaciones de violencia de género, sobre lo cual se seguirá trabajando en las entrevistas de seguimiento.

Durante la entrevista, se completa un formulario especialmente creado para consejerías pre y post aborto. Es muy importante en este encuentro, solicitar un número de teléfono para poder comunicarnos con la mujer si no regresa.

En esta etapa se pone en juego la capacidad de escucha de los profesionales intervinientes, y la capacidad de generar empatía y seguridad a la mujer que consulta. Una vez que la mujer se acerca al efecto de salud para demandar atención, es importante favorecer el dialogo, intentar comprender los sentimientos y temores que trae, la significación que le imprime a este embarazo, la red sociofamiliar con la que cuenta, y generar un espacio proclive para que pueda reflexionar sobre su situación y tome una decisión autónoma. Considerar a la mujer en un sentido integral, no sólo haciendo foco en lo reproductivo, contribuye a modificar el actual modelo de atención, incluyendo la dimensión del cuidado.

ETAPA DE INFORMACIÓN

Se explicita que el Misoprostol es una droga aprobada por el ANMAT y es considerada por varios organismos internacionales y Sociedades de Medicina (OMS, OPS) como el método más seguro para interrumpir un embarazo de menos de 12 semanas de gestación. En este momento, es imprescindible

determinar las semanas de gestación porque esto cambia la información que se debe impartir. A continuación, se explica el uso de misoprostol, cantidad de pastillas, formas de aplicación, intervalos, ciclos. Se explican los signos, síntomas, y efectos adversos que pueden presentarse por el uso de este medicamento. Luego se le repregunta a la usuaria, para ver si ha entendido claramente el procedimiento. Se le brindan otros recursos sociales para que se lleve consigo: celular de la Línea Más Información Menos Riesgos y su página de internet. Se le explica en qué casos recurrir a una guardia hospitalaria (pautas de alarma). Se le entrega una orden para que realice ecografía de control a una semana de haberse realizado el aborto.

Si la edad gestacional es superior a las 12 semanas, la consejería también se realiza. La cantidad de pastillas y la dosificación no es la misma, y los efectos adversos pueden ser más importantes. El sangrado y el dolor son mayores, al igual que las probabilidades de que tenga que recurrir a una guardia. Esto se le debe explicar a la mujer, para que ella tome una decisión en base a la información disponible.

En esta situación, se vuelve aún más necesario que la mujer esté acompañada en el momento de colocarse las pastillas; no sólo por si es necesario acudir a una guardia hospitalaria, sino fundamentalmente para darle mayor tranquilidad.

En todas estas consejerías se expone el marco normativo –legal, la dificultad que existe para conseguir la medicación sin receta médica, y se le explica a la usuaria los motivos por los cuales no se realiza. (Se trata de una medicación abortiva, que está contraindicada en el embarazo). De esta manera, las usuarias se retiran con la información sobre cómo usar el Misoprostol y deben recorrer varias farmacias hasta lograr conseguir que se lo vendan. Es muy frecuente que consigan la medicación pero a precios muy elevados. En vez de \$300 que es lo que cuesta la caja con receta médica, necesitan alrededor de \$600 a \$1000 para conseguirlo. Dada la popularidad que ha tomado este medicamento, hay farmacias que no lo venden (aunque la persona cuente con receta), y otras que se aprovechan de la situación, y aunque haya una receta, la venden fraccionada para ganar más dinero.

Antes de que se retire la mujer, se le solicita que recurra al espacio de consejería ante la menor duda. Y si es durante un fin de semana, que se comunique con la Línea Más Información Menos Riesgos. Si bien las mujeres de

esta organización no son médicas ni ginecólogas, están capacitadas sobre pautas de alarma y pueden asesorar para ver si es necesario recurrir a una guardia hospitalaria o no.

En esta etapa, la dimensión del cuidado se pone en juego en varios aspectos. El primero tiene que ver con brindarle información científica que reduce los riesgos y daños que podría sufrir al interrumpir un embarazo, ya sea por someterse a un procedimiento inseguro y/o por utilizar esta medicación de manera errónea. El hecho de brindar esta información desde un efector de salud, contribuye a que su cuerpo sufra lo menos posible, pero también abre la posibilidad de que reciba atención médica si tiene alguna complicación. Estas dos cuestiones son muy importantes porque hasta hace poco tiempo, era muy difícil acceder al conocimiento sobre el uso correcto de esta droga, incluso para los profesionales de la salud; y por el otro lado, la clandestinidad que rodea al aborto, también puede hacer desistir a las mujeres de que concurran a los servicios de salud ante una complicación, por temor a las represalias y/o por temor a recibir violencia institucional. Personalmente considero que este tipo de acciones, además de promover el cuidado de cada mujer que consulta, también hace posible extenderlo hacia otras mujeres que no saben dónde recurrir. Progresivamente, la información va circulando por afuera de los muros de la institución, y comienzan a concurrir mujeres al espacio de consejería, que fueron derivadas por alguna usuaria del Cesac. Acá se pone en juego también, una de las propuestas de Campos, quien plantea que un modelo de atención que se proponga la radical defensa de la vida debe poder orientar a las personas a que utilicen mejor sus recursos, y además brindarles recursos institucionales. En este sentido, no sólo se ofrecen los servicios del Cesac, sino que también se las asesora sobre la Línea Más información menos riesgos para que cuenten con más recursos ante esta situación. Ambos recursos institucionales son socializados entre las mujeres, quienes se van apropiando de saberes. Otro aspecto que promueve el cuidado tiene que ver con intentar generar con la usuaria una red de contención para que se encuentre acompañada a la hora de realizar el procedimiento, y/o, de ser posible, a organizar que sus hijos se encuentren al cuidado de otro adulto, por si no se siente bien.

ETAPA DE SEGUIMIENTO

Estas entrevistas pueden ser muy variadas. Si la mujer logró interrumpir el embarazo, se la invita a los talleres de salud sexual y se la informa sobre la anticoncepción de emergencia. Si el procedimiento no resultó exitoso, se dialoga sobre la forma en que utilizó la medicación, y se le indica que puede repetirlo.

En un porcentaje menor, también ocurre que la mujer vuelve a la consulta de seguimiento decidida a continuar con la gestación. De ser así, se le otorga un turno programado con Obstetricia para que inmediatamente comience el control de su embarazo.

El seguimiento es el aspecto más débil del dispositivo, ya que la mayor parte de las veces sólo concurren a la primera entrevista. Durante el año 2011 sólo volvieron 17 mujeres a una segunda entrevista (de un total de 59). Como estrategia de intervención, se propone el seguimiento telefónico, pero esto es difícil de concretar. En este momento, nos encontramos pensando estrategias para fortalecer este punto.

En la consolidación de esta experiencia, ocupan un papel central las tecnologías blandas, ya que se trata de un dispositivo en donde la palabra y la escucha adquieren un lugar relevante, y donde se busca establecer un vínculo de confianza entre profesionales y usuarias. La riqueza de las consejerías se basa en su intento de desplegar un abordaje integral de la situación socio familiar en la que se encuentra cada mujer, corriéndose del modelo médico hegemónico centrado en la enfermedad y en el cuerpo.

Se considera que esta experiencia de trabajo se vio posibilitada por varias cuestiones. Por el vínculo de confianza construido con la población del área de influencia, lo que permitió que muchas mujeres se acercaran al centro de salud para plantear su decisión de interrumpir el embarazo y buscar apoyo profesional. Asimismo, por la construcción y consolidación del trabajo en equipo, que hizo posible que nuevas formas de atención que se hayan ido recreando a lo largo de más de veinte años de trabajo. La obligatoriedad de las reuniones semanales, y el compromiso de muchas profesionales para con el equipo de salud sexual fueron motores que movilizaron a avanzar. Por último, la emergencia de nuevos actores sociales, generó nuevos y viejos debates y le dio visibilidad en el espacio público a la problemática del aborto. Esto repercutió en los/las profesionales de la salud ya que posibilitó el dialogo en los espacios internos, así como con profesionales de otros efectores de salud. A partir de las conversaciones que

fueron surgiendo, se desarrollaron una multiplicidad de capacitaciones y se fueron armando redes informales con el fin de agruparse para perder un poco de temor. El afianzamiento de estas relaciones con otros actores sociales, también contribuye a la derivación de muchas mujeres al centro de salud, ya que uno de los grandes derivadores es la Línea Aborto, más información menos riesgo.

En síntesis, todo lo relatado en este trabajo fue posible por dos cuestiones fundamentales: porque se intenta garantizar el derecho de la población a gozar de una vida sexual libre de coacción y violencia; y porque se da una profunda importancia a los procesos de escucha y de diálogo, tanto entre la/os trabajadores de la salud, como así también con las/os usuarias/os.

CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo del trabajo, se presentaron una serie de argumentaciones que fundamentan la capacidad de acción (autonomía) que poseen los/las trabajadores de la salud, para generar modificaciones en sus propios procesos de trabajo, y de rediseñar el modelo de atención vigente para la defensa de la vida de las personas que buscan atención.

A partir de la lectura de Campos, Menéndez y Merhy, se señalaron una multiplicidad de problemas que podemos observar en el actual modelo de atención. Éste se encuentra demasiado centrado en los procedimientos médicos, abordando más a la enfermedad que al sujeto que sufre un padecimiento, y fragmentándolo hasta el infinito. A los fines de este trabajo, se analizó **la anulación de la dimensión del cuidado** y se presentaron una serie de propuestas que permiten incluir dicha lógica en los servicios de salud. Siguiendo los aportes de Campos y Merhy se apunta a la reorganización de los procesos de trabajo, generados por los/las trabajadores de la salud, para que se comiencen a centrar en los sujetos concretos que padecen; para que se favorezca la comunicación (ya sea entre el equipo de salud y el sujeto, como entre los integrantes de estos equipos de trabajo); y para la generación de espacios interdisciplinarios en donde se favorezca la reconstrucción de los vínculos y la articulación de los saberes.

Todo el marco conceptual presentado a lo largo del primer apartado, permite pensar que los/las trabajadores de salud pueden realizar cambios positivos en sus procesos de trabajo, para que las instituciones de salud puedan volver a acercarse a su misión institucional, y puedan *curar* y *cuidar* a las personas que buscan atención, promoviendo las relaciones de abrigo y acogimiento.

A lo largo del trabajo se presentó una experiencia concreta, las consejerías de atención pre y post aborto, impulsadas y sostenidas por los/las trabajadores de un centro de salud del primer nivel, en un intento de cuidar a las mujeres que desean interrumpir un embarazo. Esta propuesta de intervención nace gracias a un proceso de construcción del trabajo interdisciplinar, alcanzado por profesionales del Equipo de Salud Sexual y consolidado a través de más de 20 años de historia compartida. La iniciativa surge en las reuniones de equipo, coordinadas y desarrolladas por los propios trabajadores. El dispositivo es

motivado por el compromiso de las profesionales quienes intentan dejar de ser indiferentes ante el sufrimiento que plantean las mujeres en el consultorio, y buscan dar respuesta ante dicha problemática. En este centro de salud el dispositivo persigue dos finalidades. La primera, generar un espacio privado y confidencial para que las mujeres puedan reflexionar sobre su situación, conversar sobre sus dudas, temores y proyectos de vida. La segunda finalidad se refiere a la reducción de riesgos y daños, a través del asesoramiento y la apoyatura de la atención médica y profesional, con el objetivo de favorecer que las mujeres tomen una decisión autónoma en base a información confiable y científica. En este sentido, ocupan un papel central las tecnologías blandas, ya que se trata de un espacio en donde la palabra y la escucha adquieren un lugar relevante, y donde se establece un vínculo de confianza entre profesionales y usuarias que hace posible el abordaje. La riqueza de las consejerías se basa en su intento de desplegar un abordaje integral de la situación socio familiar en la que se encuentra cada mujer, corriéndose del modelo médico hegemónico centrado en la enfermedad y en el cuerpo.

En síntesis, de lo que se trata es de escuchar (nos) y de facilitar la palabra, tecnologías que no están tan valoradas en los modelos de atención como deberían estarlo.

A modo de cierre, se vuelve imperioso recordar a **Campos**:

“las cosas y las personas son resistentes a los cambios. No obstante, es la historia la que nos lo confirma, los cambios ocurren.” (3 p. 26).

NOTAS:

- (a) Para profundizar sobre el (mal) trato que recibieron algunas mujeres que concurren a hospitales públicos de nuestro país luego de atravesar un aborto ver: Ciarotti S. y otras. Con todo el aire. Reporte de Derechos Humanos sobre atención de salud reproductiva en hospitales públicos. Buenos Aires: Insgenar (Instituto de Género, Derecho y Desarrollo) y Cladem (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer); 2003.
- (b) Reificación: *"es la aprehensión de fenómenos humanos como si no fueran humanos, como hechos de la naturaleza, resultados de leyes cósmicas, de la voluntad divina. A través de este mecanismo, el hombre es capaz de olvidar que él mismo ha creado el orden social existente. Por lo tanto, el mundo humano aparece como deshumanizado, como facticidad extraña, sobre el cual no se puede ejercer ningún tipo de control. De esta manera, la relación real entre el hombre y su mundo se invierte en la conciencia: el productor, se aprehende como su producto."* En Berger y Luckman. La construcción social de la realidad. Editorial Amorrortu: S/D.
- (c) Derechos Humanos: La protección internacional de los derechos humanos es el resultado de un proceso que se inicia con La Modernidad y toma forma luego de la segunda guerra mundial con la cristalización de la cooperación internacional. Actualmente, los derechos humanos se encuentran garantizados a través de una serie de instrumentos internacionales y han sido declarados universales, inalienables, indivisibles e interdependientes. Son universales porque corresponden a todas las personas sin excepción, sin importar el lugar de residencia, su género, pertenencia religiosa, cultural o étnica ni ninguna otra característica personal. Son inalienables porque no pueden ser quitados bajo ninguna circunstancia, ni es posible renunciar a ellos. Son indivisibles e interdependientes porque todos los derechos –políticos, civiles, sociales y económicos – son iguales en importancia y se considera que si se viola alguno de ellos, se están violando todos. En http://www.conders.org.ar/pdf/CondersExigibilidad_2.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Menéndez E. El modelo Médico y la salud de los trabajadores: La Plata. Revista Salud Colectiva N° 1 pág. 9-32; Enero - Abril, 2005.
- (2) Campos G. Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer salud: Buenos Aires. Cuadernos Médicos Sociales N° 65-66; Año 1993.
- (3) Campos G. Gestión en Salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.
- (4) Merhy E. Salud. Cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
- (5) Duque Cardona S. Dimensión del Cuidado de Enfermería a los colectivos: espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento. [Internet] S/D. [Citado 17 Oct 2012] Disponible en:
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0694.pdf>
- (6) Vázquez S., Calandra N., Real P., Zingman F., Medina V., Corral A. M., Berner E. Un nuevo desafío en la atención de la adolescente. Consejería pre y postaborto. [Internet] S/D. [Citado 15 Dic 2011] Disponible
En: http://www.aaes.org.ar/Publica/ArticulosPublicaciones/ae_ConPrePo.pdf
- (7) Movimiento de Mujeres Juana Azurduy. La sanción de una ley que legalice la interrupción voluntaria del embarazo en la Argentina es una cuestión de necesidad y urgencia, de justicia social y derechos humanos: una deuda pendiente con las mujeres. [Internet]. 2011. [Citado 15 Dic 2011]. Disponible
En: http://www.lasjuanas.org.ar/camp_aborto.html
- (8) Jastreblansky M. Las cifras del aborto clandestino en el país. LA NACION [Internet]. 09 de agosto de 2011. [Citado 15 Dic 2011]. Disponible en:
<http://www.lanacion.com.ar/1396232-las-cifras-del-aborto-clandestino-en-el-pais>
- (9) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Aportes para el desarrollo humano en argentina / 2011. Género en cifras: mujeres y varones en la sociedad argentina. 2011. [Internet]. Buenos Aires, Argentina. [citado 15 de Dic de 2011]. Disponible en:
http://www.undp.org.ar/desarrollohumano/G%C3%A9nero%20en%20cifras_23_06.pdf
- (10) Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto. [Internet] S/D. [citado 20 oct 2012] Disponible en:

<http://abortoconpastillas.info/2011/06/08/abortar-en-caba-durante-la-gestion-macrista/>

(11) Carbajal M. Propuesta sobre aborto de Uruguay Atención pre y pos. Página 12: Sección Sociedad. 9 de mayo de 2010. [Internet] [Citado 15 Diciembre de 2011]. Disponible en:

<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/3-46655-2010-05-09.html>

(12) Ministerio de Salud pública de la República Oriental de Uruguay. Salud Sexual y reproductiva: Proyecto logró disminuir Mortalidad Materna por Aborto Inseguro. [Internet] S/D. [Citado 15 Diciembre de 2011] Disponible en:

http://www.msp.gub.uy/uc_4487_1.html

(13) Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. N° 153. [Internet] Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica

(14) Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Regiones Sanitarias de la Ciudad de Buenos Aires. Herramientas para la actualización de la Vigilancia y el Análisis de Situación de Salud. Departamento de Epidemiología. Año 2008. Versión final. Ciudad de Buenos Aires. 2009. [Internet] [Citado 20 oct 2012]. Disponible en:

<http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/comunasinforme.pdf>

(15) S/A: "Marco de referencia y propuesta operativa de una nueva organización del CESAC". Material interno producido por autoridades y personal de salud. Buenos Aires. Argentina. 1992.

(16) Kohen B. y otros. La Exigibilidad de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Argentina: CONDERS; 2008. [Internet] [Citado 20 oct 2012] Disponible en:

http://www.conders.org.ar/pdf/CondersExigibilidad_2.pdf

(17) CONDERS. Situación de la atención de la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de las/os usuarias/os. S/D. [Internet] [Citado 17 oct 2012]. Disponible en:

http://www.conders.org.ar/pdf/Cap_3_1_DSR.pdf

(18) Ciarotti S. y otros. Con todo el aire. Reporte de Derechos Humanos sobre atención de salud reproductiva en hospitales públicos. Buenos Aires: Insgenar (Instituto de Género, Derecho y Desarrollo) y Cladem (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer); 2003. [Internet]

Disponible en: <http://insgenar.files.wordpress.com/2012/04/con-todo-al-aire.pdf>

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA:

- Arakaki J. Significados de la enfermería. Escuchando a los alumnos de la carrera Unla 2008 – 2010. Tesis para la obtención del título de Magister. Maestría en epidemiología, gestión y políticas de salud Unla.
- Berger y Luckman. La construcción social de la realidad. Editorial Amorrortu: S/D.
- Briozzo, L. (editor). Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Editorial Arena: Uruguay; 2007.
- Franco T y Merhy E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud colectiva [Internet]. 2011, vol.7, n.1, pp. 9-20.
- Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto (compiladoras). Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas. Buenos Aires: Editorial El colectivo; 2010.
- Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En Spinelli H. (comp.). Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
- Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Informe de Balance 2003-2011. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2011.
- Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva: propuesta de diseño, organización e implementación. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2010.
- Ministerio de Salud de la Nación. Guía Técnica para la atención integral de los abortos no punibles. Cumplimiento efectivo de los derechos sexuales y reproductivos. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2010.
- OMS. Aborto sin riesgos. Guía Técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Argentina: OMS; 2003.
- Spinelli H. (comp.). Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.