

Las interrupciones legales de embarazos como práctica integrada en los servicios del sistema de salud

Daniel Teppaz¹

No hay un modelo de política de acceso al aborto legal y seguro que pueda - en su totalidad y complejidad - ser extrapolable a todos los escenarios. Existen en cambio estrategias que han resultado efectivas y deben ser adaptadas a contextos específicos. Esta hoja informativa problematiza la distancia entre la normativa y la práctica en relación a la interrupción voluntaria del embarazo y propone estrategias de gestión que pongan al alcance de los proveedores las herramientas y tecnologías necesarias para dar una respuesta adecuada. En este sentido, se plantean formas de invertir la lógica del proceso habitual, en las que se piensa primero en la organización del sistema de salud y en función de esa organización se adapta el acceso de las mujeres, y se ilustra este abordaje a partir de experiencias de gestión territorial en la provincia de Santa Fe.

Pág. 2	Introducción
Pág. 3	¿Con qué recursos contamos?
Pág. 3	De las leyes y los protocolos a la práctica concreta
Pág. 4	Desde un problema entre niveles de atención, a un problema de la mujer
Pág. 5	Algunas propuestas para estrategias de gestión
Pág. 6	Algunos ejemplos de problemas abordados en espacios colegiados de gestión territorial en la provincia de Santa Fe
Pág. 7	Conclusión
Pág. 8	Referencias

[1] Médico toginecólogo. Profesor del Posgrado de Medicina General de la Universidad Nacional de Rosario e integrante del grupo promotor de REDAAS.

Introducción

Como sostienen los informes de la OMS, 22 millones de abortos inseguros se realizan todos los años en el mundo (1). En la República Argentina es imposible establecer con exactitud el número de abortos, pero se estiman – a partir de un complejo estudio de estimación estadística, desarrollado por Silvia Mario y Edith Pantelides (2009)- una cantidad de abortos anuales que oscila entre 335.000 y 500.000 por año (2), para un total de cerca de 740.000 nacimientos (3).

La mortalidad ligada al aborto inseguro es aproximadamente un tercio de las muertes por causas obstétricas, siendo una constante en los últimos 20 años (Ramos et al. 2004).

Esta breve información, confirma en términos generales, por un lado, un panorama injusto y violatorio de los derechos de las mujeres en relación a la interrupción de embarazos. Y, por otro, que el acceso al aborto seguro sigue siendo un problema de relevancia por sus implicancias en la morbimortalidad de mujeres. Resulta necesario remarcar en este escenario [...] que *la invisibilización del aborto es un indicador contundente de la persistencia de las relaciones de dominación entre los géneros. La dimensión de género aquí es constitutiva, no un atributo secundario del fenómeno. La distinción entre el mundo de los hombres, como mundo oficial y el mundo de las mujeres, como escondido, privado, oficioso (Amorós-Puente 1990), sigue vigente cuando pensamos en el estatus del aborto* (4), atravesado además por la etnia, clase social, edad, políticas territoriales, mandatos culturales, morales conservadoras en determinados contextos históricos.

Eliminar el aborto inseguro es uno de los componentes clave de la estrategia de salud reproductiva global de la OMS. La estrategia se basa en los tratados internacionales y en declaraciones globales de consenso que demandan el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos, entre los que se encuentran el derecho de todas las personas de acceder al mayor estándar de salud posible; el derecho básico de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener, el intervalo entre ellos y el momento de tenerlos, y de acceder a la información y los medios para hacerlo; el derecho de las mujeres de tener control y decidir libre y responsablemente sobre temas relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación ni violencia; el derecho de acceder a la información de salud relevante; y el derecho de cada persona de disfrutar los beneficios de los avances científicos y sus aplicaciones (1).

El reciente informe del Relator Especial en la Asamblea de la Naciones Unidas, sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, es contundente al expresar que “denegar el acceso al aborto seguro y someter a las mujeres y niñas a actitudes humillantes y sentenciosas en esas situaciones de extrema vulnerabilidad y en las que es esencial acceder en el plazo debido a la asistencia sanitaria equivale a tortura y malos tratos. Los Estados tienen la obligación afirmativa de reformar las leyes restrictivas sobre el aborto que perpetúan la tortura y los malos tratos al negar a las mujeres el acceso al aborto y la asistencia en condiciones de seguridad” (5).

¿Con qué recursos contamos?

La guía técnica de la OMS (1) propone una serie de medidas para la planificación y administración de la atención de un aborto sin riesgos. Una de ellas es contar con criterios y normas nacionales, que, en el caso de la República Argentina, existen, son claras y contextualizadas a los cambios históricos, como lo es la interpretación de la ley que ha realizado la Corte Suprema de Justicia de la Nación a través del fallo F.A.L s/medida autosatisfactiva, emitido el 13 de marzo de 2012 (6) y que vemos plasmada de manera satisfactoria en el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” (7), puesto en circulación en el año 2015 por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la República Argentina. Siempre sin perder de vista, que estas normas y protocolos, son hilos en el proceso de lucha, que, en tanto herramientas para la acción, van abriendo el camino y dejando una marca en la búsqueda por garantizar los derechos que les asisten a todas las personas en situación de aborto.

A pesar de este marco normativo, hasta el presente no han existido decisiones políticas suficientes que se enmarquen en la atención integral y de calidad respetando los requerimientos y necesidades de las personas que necesitan interrumpir un embarazo, que lo financien y sostengan en los hechos. Existen sí, experiencias parciales en algunos estados provinciales y municipales que han podido avanzar –aunque tímidamente- en el camino trazado por la normativa vigente y los protocolos de atención que estandarizan las mejores prácticas en este tema.

Estas experiencias resultan, no obstante, muy valiosas dado que aportan aprendizajes para el diseño e implementación de políticas de acceso al aborto legal y seguro a mayor escala. Un desafío clave es contar con instrumentos que permitan evaluar esas experiencias y revertir así una situación caracterizada por la ausencia de datos y evaluaciones. Por sobre esto, no existen registros unificados del Estado, razón por la cual también es necesario promover los modelos de registro existentes que nos permitan monitorear la eficacia de las políticas de acceso y la calidad de los servicios que se están ofreciendo. REDAAS ha desarrollado un registro de casos que se está usando en varias regiones del país, es de fácil acceso y uso, aún en fase de investigación como herramienta, resulta prometedor para alcanzar los objetivos deseados tanto a nivel de la micro como de la meso y macrogestión (8).

De las leyes y los protocolos a la práctica concreta

Sin duda, no habrá un modelo de política de acceso al aborto legal y seguro que pueda -en su totalidad y complejidad- ser extrapolable a todos los escenarios. Tal como lo remarca la Guía de la OMS (1), hay estrategias cuya efectividad ha sido probada y que, por lo tanto, resta adaptarlas a los contextos específicos. Así también, las guías nacionales además de señalar los principios rectores y los modelos de atención adecuados, deben adaptarse a la configuración particular de la red asistencial y la cultura organizacional de las instituciones de las unidades político-administrativas más pequeñas.

Sabemos que todos los esfuerzos para que las mujeres tengan acceso a los abortos legales en servicios de calidad y con profesionales capacitados darán por resultado abortos seguros. Proveer estos servicios contribuye a desandar estigmas, entre las mujeres, entre quienes acompañan esa decisión, entre quienes trabajan en los servicios de salud.

Un principio básico de toda política de acceso al aborto legal y seguro es que la asistencia de mujeres en situación de aborto esté integrada al sistema de salud, en todos los efectores y niveles del sistema, debe ser gratuito, y debe ser respetuoso de la intimidad y la confidencialidad.

Desde un problema entre niveles de atención, a un problema de la mujer

La situación de aborto es un problema para la mujer. Reconocerlo nos permite invertir la lógica del proceso habitual, por el cual, se piensa primero en la organización del sistema de salud y en función de esa organización se adapta el acceso de las mujeres. Este cambio, implica poner al alcance de quienes necesitan abortar, las herramientas y tecnologías necesarias para dar una respuesta adecuada, basada en derechos y en el respeto de la autonomía, teniendo en cuenta el desarrollo de sistemas de salud basados en la estrategia de atención primaria. Desde dicha estrategia, los problemas no pertenecen a un determinado nivel, pero si cada uno tendrá una herramienta para aportar en la complejidad del proceso de atención de una mujer que decide abortar. De esta manera, será seguramente el primer nivel de atención donde se resuelvan la mayoría de las situaciones de aborto, en donde la mujer vive, pero desde allí, comienza la puesta en marcha del resto de los niveles en la medida que la mujer y su situación lo requieran. No será la mujer la que peregrina de un nivel al otro, serán los equipos de salud los encargados de poner en juego las herramientas necesarias para la mejor respuesta. Se necesita un sistema de salud dispuesto a alojar a la gente con sus problemas y necesidades y trabajar para resolverlos donde se presenten, organizado en redes, con relaciones colaborativas y solidarias entre equipos con distintas características, que den respuesta a los múltiples factores que puede haber en juego y coadyuvar así en la construcción de respuestas integrales.

Aunque se desempeñen en distintas instancias de atención, estos equipos, deberían construir la problemática con la complejidad que determina la singularidad de quien solicite el aborto, según cuánto la afecta este problema y considerando el contexto de la cultura en que habita. Esta construcción, seguramente, impactará – en principio- a nivel de la micropolítica, es decir, creará nuevos contornos de posibilidades a partir de relaciones y referencias particulares, generando experiencias capaces de impactar en niveles de decisivos de la política en materia de salud (nivel macro político).

La falta de respuestas a las mujeres, se asientan en una serie de debilidades y contradicciones del propio sistema de salud, como ser: a) la falta de capacitación de muchos profesionales en técnicas como AMEU y en uso adecuado de la medicación para los abortos médicos, sumado a la falta de provisión de insumos necesarios en los distintos niveles del sistema; b) prejuicios de diversa índole, desconocimiento de las normas legales, de

cómo deberían interpretarse las causales de no punibilidad, de cómo se entiende la objeción de conciencia en el marco de la tensión con respecto a los derechos de terceros y de cómo se valoran la conciencia de las personas que consultan en los efectores de salud y del trabajo a conciencia de quienes sostienen las prácticas necesarias para un aborto seguro (9). Trabajar la problemática de las mujeres que deciden abortar, puede llegar a ser, en definitiva, una de las formas más contundentes de repensar todas nuestras prácticas clínicas. Interpretar la causal salud en profundidad, es una forma de interpelar nuestras relaciones de poder, que se ponen en juego día a día, en el espacio íntimo de la consulta, al tiempo que denuncia nuestras falencias como sistema. No es raro entonces, que muchas resistencias aparezcan y hagan eclosión cuando se trabaja aborto. A veces, disfrazada de objeción de conciencia. De ahí la importancia de regular y trabajar arduamente en desanudar estos pedidos de excepción al cumplimiento de la ley.

Algunas propuestas para estrategias de gestión

Re-pensar el uso de las tecnologías que usamos para nuestro trabajo cotidiano en la producción de salud es, quizá, una de las formas de alcanzar estándares de calidad en la atención. Siguiendo a Emerson Merhy, disponemos de un “maletín tecnológico” compuesto por las tecnologías “duras”, que corresponden a los equipamientos, medicamentos, etc.; las tecnologías “blanda-duras”, que corresponden a los conocimientos estructurados, como son la clínica y la epidemiología; y las tecnologías “blandas”, que corresponden a las tecnologías relacionales, que permiten al trabajador escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos, y cuidar del usuario (10).

Vamos a centrarnos en estas últimas y en algunas posibilidades para promoverlas y favorecer la construcción de políticas de salud que contemplen parte de los aspectos antes mencionados.

Lo que confiere vida al trabajo en salud, según Merhy y otros autores, es justamente el paquete de las tecnologías “blandas”, que posibilitan actuar sobre las realidades singulares en cada contexto, utilizando las tecnologías “duras” y “blanda-duras” como una referencia o un recurso. Para posibilitar este contexto de escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos y cuidar, es imprescindible - el rol de las y los gestores. Una estrategia que -al menos en la Provincia de Santa Fe- ha mostrado ser efectiva, son los encuentros regulares en los que la palabra circula y se abordan los problemas del territorio, convocando al encuentro de saberes, perspectivas, experiencias, son los que llamamos “colegiados para la gestión territorial”. En esas sesiones participan los referentes de centros de salud, directores de hospitales de referencia, coordinador/a de las diferentes regiones sanitarias, trabajadores/as de la salud de centros y hospitales que se encuentran motivados para participar y están relacionados con el problema que convoca.

La presencia oportuna de funcionarios/as con responsabilidades sobre áreas específicas como, por ejemplo, responsables del programa de Salud Sexual y Reproductiva, secretarios/as de Salud, es también de suma importancia cuando así lo requieran las decisiones a tomar, aunque su presencia no pueda garantizarse en todos los espacios colegiados ya que se pueden estar desarrollando en más de un territorio a la vez. Así, se construye

un nuevo actor del sistema de salud en cada territorio, un nuevo actor colectivo, que adopta las formas de llevar adelante un protocolo, por ejemplo, y los “cómo hacerlo” de manera singular, según los tipos de trabajadores/as, la situación social del territorio, los efectores y las tecnologías duras disponibles.

Será la estrategia de educación permanente una herramienta para que este colectivo que porta saberes específicos y que está dispuesto a compartirlos construya un nuevo conocimiento a partir de los problemas que se enfrentan. Se propongan y acuerden soluciones para que la gestión central los incluya en agenda a la vez que se asumen compromisos de los que deberán dar cuenta en los encuentros posteriores.

Algunos ejemplos de problemas abordados en espacios colegiados de gestión territorial en la provincia de Santa Fe

Tras la presentación de las declaraciones juradas de objeción de conciencia a prácticas de salud sexual y reproductiva, se observaron, en base a los motivos de objeción, que los mismos no expresaban reales objeciones, sino: desconocimiento de leyes vigentes, de cómo interpretar las causales de no punibilidad para aborto, de las evidencias recientes acerca de los métodos anticonceptivos. Así, con la discusión, se fueron desandando estos nudos críticos, se pautaron espacios de educación continua sobre temas específicos y se fueron abriendo caminos para nuevas maneras de abordar los procesos de atención, fundamentalmente para las situaciones de aborto legal.

El repensar las causales de no punibilidad fue un ejercicio para promover las buenas prácticas clínicas, desde una clínica ampliada del sujeto que va más allá de nuestros núcleos de especificidad profesional, permitiéndonos trabajar desde nuestro campo de práctica (11). Entrar en el campo de nuestras profesiones implica reconocer e incluir a otras especificidades y a otras personas trabajadoras más allá de las especialidades médicas.

Otro ejemplo puede ser el proceso necesario para repensar las competencias profesionales: para incluir a enfermería, obstétricas, farmacéuticos, agentes sanitarios, entre quienes tienen algún rol o pueden llevar adelante las consejerías en salud sexual o la práctica de un aborto seguro. La OMS ha emitido una guía (12) en relación a las profesiones que pueden involucrarse. Observar estas recomendaciones basadas en la evidencia es de suma utilidad, ya que limitarse a las especialidades como la ginecología y la obstetricia no sólo deja a muchas regiones con pocos profesionales, sino que es una restricción innecesaria a la luz de las nuevas tecnologías para la resolución de un aborto seguro. Una restricción que, además, aleja a las usuarias de las personas que habitualmente atienden su salud y con las que se ha creado un vínculo de confianza. Tampoco debemos desconocer el trabajo que, mediado por la militancia, vienen realizando organizaciones de mujeres, quienes acercan información, asesoramiento y guía en el proceso y recorrido por los efectores de salud. Es así, como con estas herramientas -entre otras- iremos adaptando los procesos de atención, a cada territorio, según su singularidad y viendo qué alianzas estratégicas, nos permitirán completar lo que nos falta.

Conclusión

En fin, recordando a unas de mis maestras (13), “En cada día, en cada hora, en cada segundo de nuestro trabajo se debate en si vamos a trabajar para reproducir las estrategias de dominación o si vamos a trabajar para transformarlas. ¿Cómo es posible que, teniendo herramientas clínicas y legales en nuestras manos, los trabajadores de la salud no las pongamos al servicio de las personas para las que trabajamos y a través de quienes damos sentido al por qué y para qué de nuestras prácticas, saliéndonos de la alienación que las instituciones nos pueden provocar?”

Desandar el camino recorrido y realizar el proceso de inventario que esto supone, puede colaborar en animarnos a buscar algunos puntos de anclajes que nos permitan respondernos de manera colectiva, multi-causal y desde distintas aristas, parte de los interrogantes arriba mencionados.

Referencias

- (1) Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda Edición. OMS. 2012.
- (2) Mario Silvia, Pantelides Edith. Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. Notas de Población 2009; 87: 95-120. 2
- (3) Ver en <http://www.deis.gov.ar> <http://deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Boletin142.pdf>
- (4) Pecheny Mario. "Yo no soy progre, soy peronista": ¿Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto? Instituto Gino Germani (UBA - CONICET)
- (5) http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf . Fecha de consulta: 3 de mayo de 2016.
- (6) <http://www.cij.gov.ar/nota-8754-La-Corte-Suprema-preciso-el-alcance-del-aborto-no-punible-y-dijo-que-estos-casos-no-deben-ser-judicializados.html>.
- (7) Ver en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>. Fecha de consulta: 14 de abril de 2016.
- (8) www.redaas.org.ar
- (9) Harris, Lisa H. Reconocer las motivaciones de conciencia en la prestación del aborto. N Engl J Med 2012; 367:981-983. Septiembre 13, de 2012.
- (10) Merhy Emerson, Feuerwerker Laura, Ceccim Ricardo. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 2(2): 147-160, Mayo - Agosto, 2006.
- (11) De Sousa Campos Gastão. Gestión en Salud. En defensa de la vida. Lugar editorial. 2001. Pág. 71.
- (12) Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception. OMS. 2015. T
- (13) Ferrandini, Debora. XXIV Congreso de Medicina General. <https://vimeo.com/31429973>

REDAAS Argentina (Red de Acceso al Aborto Seguro) es una red de profesionales de la salud y el derecho sin ánimo de lucro vinculados con servicios de salud pública y comunitaria de la Argentina, que tiene el compromiso de acompañar y atender a las mujeres en situaciones de aborto legal, entendiéndolo como parte de nuestro deber profesional, ético y jurídico.

La Serie Documentos REDAAS está destinada a profesionales de la salud vinculados con servicios de la salud pública y comunitaria, así como a abogadas/os que trabajan en servicios de salud pública y, en general, a profesionales de diversas disciplinas que trabajan para garantizar el ejercicio del derecho al aborto de las mujeres y niñas de Argentina.



Teppaz, Daniel

Las interrupciones legales de embarazos como práctica integrada en los servicios del sistema de salud / Daniel Teppaz. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad CEDES; Ciudad Autónoma de Buenos Aires: REDAAS Red de Acceso al Aborto Seguro, 2016.

Libro digital, PDF (Documentos REDAAS; 6)

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-987-29257-9-6

1. Aborto Legal. 2. Sistema de Salud. I. Título.
CDD 613.94

Este documento fue redactado por Daniel Teppaz, en el marco del proyecto “Tejiendo redes: estrategias para mejorar el acceso al aborto legal para mujeres víctimas de violencia en Argentina” apoyado por SAAF (Safe Abortion Action Fund) y gracias a los aportes de “Iniciativas locales” de CLACAI (Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro) y IWHC (International Women’s Health Coalition).