

MAYO 2022

Monitoreo social de servicios de salud de Monte

Realizado por **FUSA AC** y **Vivas, Colectiva Feminista** de Monte

Encuestas y observaciones:

Sandra Gianolli, Camila Giuliano, Cintia Orellana y Vivian Paoelli.

Coordinación de Trabajo de campo:

Camila Giuliano (Vivas, Colectiva Feminista)

Redacción del informe:

Camila Giuliano (Vivas, Colectiva Feminista)

Coordinación de Proyecto:

Lic. María Alicia Gutiérrez (Coordinadora del Área de incidencia Política, FUSA A.C.), Josefina Sabaté y Lic. Rosa Mahffuz

Índice

- 3** **Introducción**
- 4** **Características generales de la población y del Sistema de Salud de Monte**
- 8** **Características generales de las usuarias encuestadas**
- 12** **Sobre la calidad de atención**
- 13** **Acceso a métodos anticonceptivos**
- 16** **Interrupción voluntaria del embarazo en Argentina**
- 17** **Acceso y atención de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Monte**
- 25** **Principales obstáculos para dar respuesta a los casos de IVE**
- 28** **Consultas por embarazo en los servicios de salud**
- 29** **Conocimiento y experiencias de las usuarias sobre interrupción voluntaria del embarazo**
- 35** **Sobre la atención de niñas y adolescentes**
- 37** **Sobre la atención de personas con discapacidad**
- 38** **Conclusiones**
- 40** **Algunas propuestas para mejorar los servicios**
- 41** **Referencias bibliográficas**

Introducción



El presente monitoreo se realizó en el período noviembre de 2021 y febrero de 2022 en el Hospital Provincial Zenón Videla Dorna y en 5 centros de atención primaria de San Miguel del Monte. El monitoreo consistió en la realización de observaciones de los servicios, encuestas a usuarias y entrevistas a profesionales de la salud de las salas y el Hospital. Así como entrevistas a responsables de Dirección de Prevención, Promoción de la salud, género y diversidad del municipio, y de la Dirección del Hospital. Las observaciones y encuestas fueron realizadas por mujeres pertenecientes a Vivas, colectiva feminista¹, que se capacitaron en salud sexual y reproductiva y en la aplicación de las técnicas de producción de datos con el equipo del Área de Incidencia Política de FUSA (A.C.). Estas herramientas se aplicaron en los servicios de salud: Hospital Zenón Videla, Unidad Sanitaria Barrio Unidad, Unidad Sanitaria Barrio Esperanza, Unidad Sanitaria Barrio Coppola, Unidad Sanitaria Berra y Unidad Sanitaria Abbott. Los servicios de salud se eligieron teniendo en cuenta los siguientes criterios: tener cierto grado de representación territorial, conocimiento sobre los servicios de Consejería en Interrupción Voluntaria del Embarazo y aquellos que no tienen este tipo de dispositivo, el perfil de la población que concurre a los centros de salud; teniendo en cuenta las referencias brindadas por la subsecretaría de salud, los criterios de las monitoreantes que viven en los barrios y parajes, y los conocimientos sobre el funcionamiento de algunos servicios de salud que tenía la coordinadora del trabajo de campo.



1. La colectiva feminista 'Vivas' se creó a principios de 2017 en San Miguel del Monte, un pueblo de la provincia de Buenos Aires, con el propósito de luchar por el empoderamiento de las mujeres, la expansión de sus derechos y la igualdad de género, visibilizando y denunciando las violencias que nos atraviesan en lo cotidiano. De esta manera, empezaron a tejer lazos entre la colectiva y otras mujeres, lesbianas, trans, travestis y no binaries.

Características generales de la población y del Sistema de Salud de Monte

El partido de Monte cuenta con una población de más 25.000 habitantes, de los cuales se estima que el 40% no tiene cobertura médica (porcentaje similar al promedio nacional). El mismo, pertenece a la Región Sanitaria XI y los partidos que la componen son: Berisso, Coronel Brandsen, Cañuelas, Castelli, Chascomús, Dolores, Ensenada, General Belgrano, General Paz, La Plata, Magdalena, Pila, Presidente Perón, Punta Indio, San Vicente, Tordillo, Lezama y San Miguel del Monte; como ya lo presentamos anteriormente. El Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010 arrojó una población estimada de 1.180.119 habitantes en esta región.

El Municipio de Monte tiene una Subsecretaría de Salud de la que depende la Dirección de Prevención, Promoción de la Salud, Género y Diversidad. Desde estos espacios se proponen las líneas de trabajo y la planificación de la atención a niños, niñas, mujeres y personas embarazadas, y sobre salud sexual. A partir de la entrevista con la responsable de esta Dirección, se pudo saber que llevan adelante en las unidades sanitarias campañas de prevención y promoción de la salud, atención materno-infantil, campañas de concientización sobre lactancia materna, campañas de vacunación, distribución y entrega de métodos anticonceptivos. A su vez, en la unidad sanitaria del Barrio Coppola funciona un consultorio para la atención de casos de interrupción voluntaria del embarazo y un consultorio de diversidad sexual.

Además, se encargan de la articulación con el Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la Provincia, con el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva (PSSR) y con la referente de Salud Sexual de la Región Sanitaria. En esta línea, la Dirección organiza charlas en las unidades sanitarias de temáticas vinculadas al género y la diversidad sexual. En ocasiones utilizan el espacio de “la casa de abrigo”, que también depende de esta Dirección.

En total el municipio cuenta con 8 unidades sanitarias, que se encuentran distribuidas en los distintos barrios y parajes: Barrio Unidad Nacional, Barrio Esperanza, Barrio Coppola, Barrio San José, Barrio Montemar, Paraje Berra, Paraje Abbott y Paraje Videla Dorna; todas dependientes de la Subsecretaría de salud. A la vez, el distrito de Monte posee un servicio de segundo nivel de atención que depende de la administración de la Provincia de Buenos Aires.

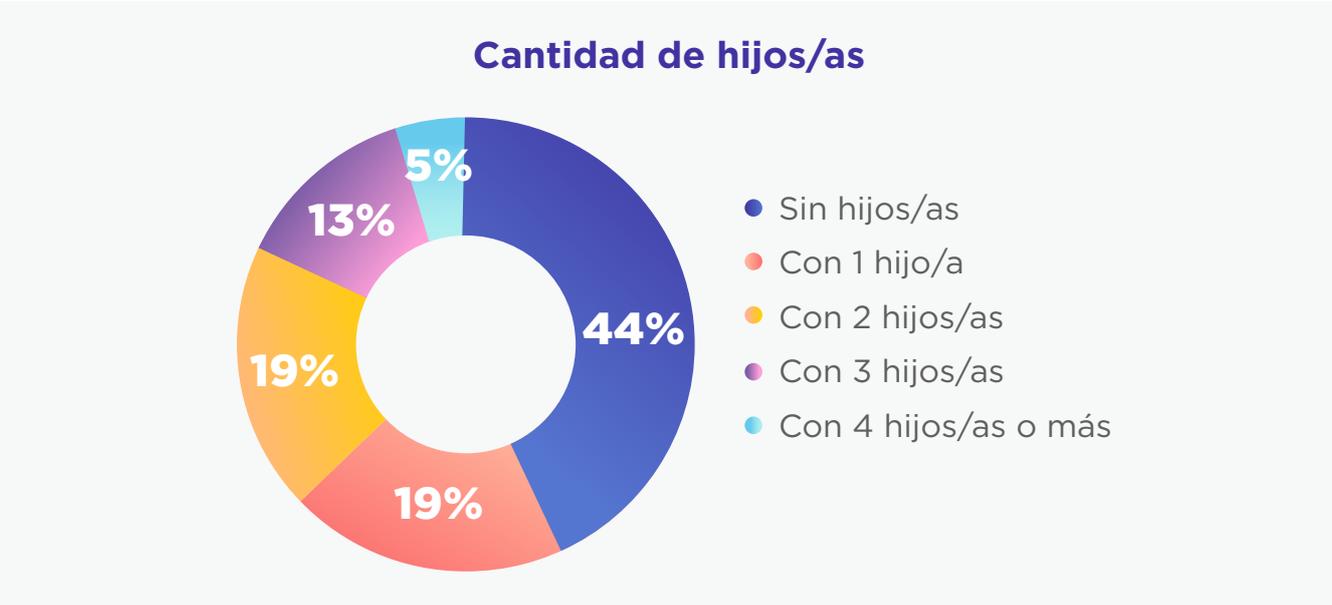
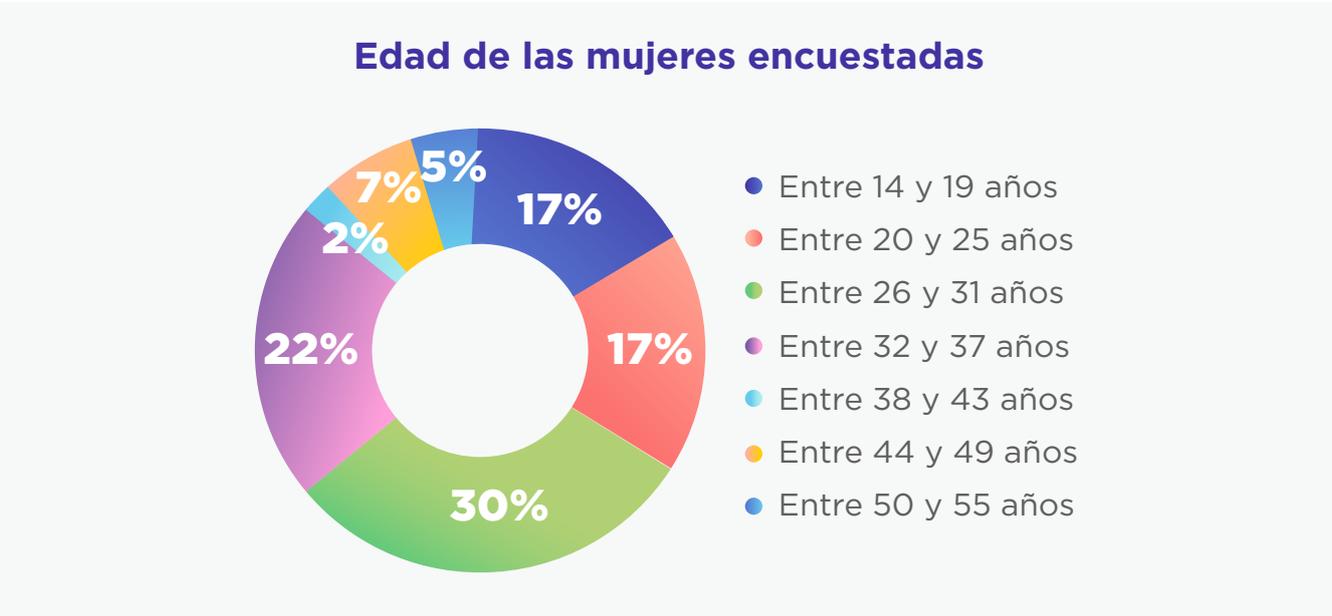
Ilustración: Mapa de San Miguel del Monte



Características generales de las usuarias encuestadas



En el monitoreo se han realizado y analizado 50 encuestas a usuarias de las 5 unidades sanitarias detalladas anteriormente y del Hospital. El 17% tiene entre 14 y 19 años, el 17% tiene entre 20 y 25 años, el 30% tiene entre 26 y 31 años, el 22% tiene entre 32 y 37 años, el 2% tiene entre 38 y 43 años, el 7% entre 44 y 49 años y el 5% entre 50 y 55 años.



Asimismo, podemos agregar que sobre la cantidad de mujeres que no tienen hijos/as el 33% corresponde a mujeres entre 14 y 19 años, otro 33% a mujeres entre 20 y 25 años, el 23% corresponde a mujeres entre 26 y 31 años y un 11% a mujeres entre 32 y 37 años.

Respecto a las mujeres encuestadas, el 37% especifica que no cuenta con un trabajo remunerado y el 63% sí posee un trabajo donde recibe retribución. En cuanto al lugar de residencia observamos que el 100% de las mujeres encuestadas reside en el municipio de Monte. Sobre el nivel de estudios, más de la mitad de las mujeres encuestadas tiene secundaria completa, el 33% tiene primaria completa y un porcentaje menor alcanzó el nivel terciario. Sólo una mujer manifestó no tener estudios, como se observa a continuación:

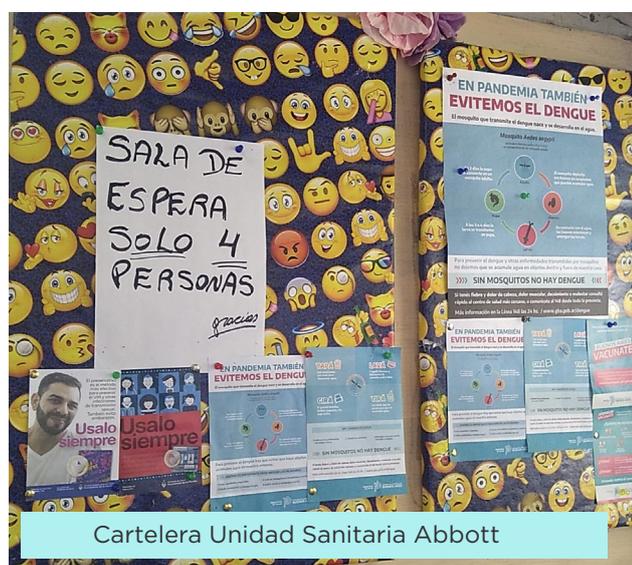


Características generales de las unidades sanitarias

A causa de la pandemia de coronavirus y el rebrote de casos que hubo en el pueblo durante los meses de diciembre y enero, las salas de espera de algunas unidades sanitarias atendían a puertas cerradas. Las usuarias esperaban su turno afuera del lugar, previo anunciarse por ventanilla con el personal administrativo. Por este motivo, algunos espacios no se pudieron observar con detalle.

En estos casos, el personal administrativo de las salas facilitaba asientos para que las usuarias esperaran. Si bien esto podría ser incómodo para las usuarias, era parte del protocolo Covid-19, y bien recibido por quienes esperaban. En el exterior de las salas hay plantas y árboles que brindan sombra y hacen que el lugar sea fresco y con reparo.

En el segundo nivel sin embargo, la sala de espera sí estaba habilitada. Las personas esperaban sus turnos en el interior de un edificio recientemente inaugurado.



En general, se observó que los servicios de salud son espacios limpios, tienen edificios en buen estado, cuentan con ventilación y/o calefacción, con luz natural y una cantidad apropiada de asientos en las salas de espera, o en su defecto, en la parte externa de las salas.

Las mismas están ubicadas en los distintos barrios y parajes. El Hospital está situado en pleno casco urbano. Ambos de fácil acceso para quienes se encuentran viviendo en una zona cercana o para quienes pueden utilizar algún medio para trasladarse.

En el municipio se cuenta solo con un transporte que recorre algunos barrios durante el ciclo lectivo, otro que llega desde CABA a Monte pasando por Ruta 3 y otro que se traslada desde Monte a Lobos por ruta 41, pasando por la entrada del Paraje Rural F.A Berra. Generalmente, los/las habitantes utilizan sus propios medios para movilizarse de un barrio a otro dentro del pueblo.



En cuanto a la asignación de turnos, existen diferencias en los niveles de atención y especialidades. En las salas observadas, tanto en obstetricia como en ginecología se otorgan turnos en un tiempo no menor de 15 días. A su vez, se pudo observar que algunas usuarias asisten sin turno a las consultas de obstetricia, y en caso de que haya tiempo disponible, las administrativas las anotan en ese momento. En las entrevistas que se entablaron con las profesionales obstétricas, comentaban que tratan de dar respuesta a las consultas que llegan sin turno, pensando siempre en la posibilidad de que se trate de una consulta de urgencia. En esos casos, se les pide a las usuarias que esperen y al finalizar con los turnos pautados, pueden hacer las consultas.



El servicio de obstetricia de las unidades sanitarias, cuenta con una atención de 2 a 3 veces por semana y el de ginecología de 1 a 2 veces por semana. Ambas especialidades se cubren con distintos profesionales. En los parajes rurales, en cambio, la prestación se da cada 15 días ya sea por parte de una obstetra o ginecóloga.





Unidad Sanitaria Barrio Unidad Nacional

En el segundo nivel de atención el tiempo de espera para la consulta en ginecología y obstetricia es de aproximadamente un mes. Los únicos requisitos para ser atendidas en los distintos centros de salud son: nombre y apellido, número de DNI y, en caso de poseer, carnet de obra social.



Unidad Sanitaria Barrio Esperanza

En relación a los espacios observados e información podemos referir que las salas cuentan con afiches sobre temáticas tales como: enfermedades de transmisión sexual, lactancia materna, control ginecológico, prevención contra el cáncer de mama y métodos anticonceptivos. Cuentan con dispensers cargados con preservativos a disposición de las/os usuarias/os.



Dispenser de preservativos en Unidad Sanitaria Barrio Esperanza

En el segundo nivel de atención no se ha encontrado material informativo sobre salud sexual y reproductiva. El espacio del Hospital donde se otorgan turnos y se encuentra la sala de espera fue inaugurado recientemente, quizás esto explique la falta de cartelería en general.

En ninguno de los centros de atención primaria había disponible cartelería y/o folletería con información sobre diversidad sexual e interrupción legal del embarazo.



Consultorio ginecología y obstetricia en Unidad Sanitaria Abbott



Cartelera Unidad Sanitaria Abbott

Por otro lado, en cuanto a la realización de talleres/charlas informativas en sala de espera se pudo conocer que en las salas de Abbott y F.A Berra, que son parajes rurales, se han llevado a cabo charlas sobre prevención del cáncer de mama. Se pudo saber además que los espacios del resto de las unidades sanitarias observadas son utilizados en horario de la tarde para realizar entrevistas informativas por cuestiones de diversidad sexual y género. Este tipo de charlas informativas no se vienen implementando en el segundo nivel de atención.

Sobre la calidad de atención

En los servicios de salud observados se destaca la profesionalidad de sus trabajadores/as y el grado de compromiso con su tarea para el acceso a la salud pública de todas las personas, no habiéndose observado situaciones de discriminación ya sea por su origen étnico o sus características físicas.

El grado de familiaridad de las administrativas con las usuarias se pudo observar sobre todo en las salas. El trato es muy amable y personalizado.

El sector de consultorios externos del Hospital es un edificio recientemente inaugurado, que cuenta con una amplia rampa de acceso para personas con movilidad reducida. Por su parte en el primer nivel, si bien sólo en una sala hay rampa, en general, no se observan obstáculos en el ingreso.

En su mayoría, las mujeres refieren haber sido tratadas adecuadamente por los equipos de salud, que respondieron sus preguntas y tuvieron la información que buscaban en la consulta. Dentro de las experiencias destacan que la profesional “fue clara y preguntaba si tenía dudas”, “fue buena, se tomó el tiempo de explicar bien”, y que la explicación fue “bastante detallada y no quedaron dudas”.

Sobre el respeto de la privacidad y confidencialidad observamos que en la mayoría de las salas no cuentan con protocolos o normas escritas y accesibles para la protección del paciente. En relación a esto, las administrativas consultadas en general afirmaron que “son cuestiones del trabajo que se saben”. En esta línea, no se ha presenciado ninguna situación donde se vean vulnerados los derechos de las/os mismas/os, ni se escuchan las conversaciones que tiene la/el profesional con la/el paciente dentro de los consultorios. En el caso de las unidades sanitarias de parajes rurales, las administrativas toman la precaución de tener un sonido de fondo (música baja o la tv), para resguardar lo que se conversa en los consultorios, ya que la zona en que se encuentran ubicadas las salas es, en sí misma, muy silenciosa.

En general, al ser indagadas acerca de por qué elegían los centros de salud, las usuarias referían como primer motivo la cercanía, seguido por la buena atención.

Acceso a métodos anticonceptivos

La Dirección de prevención, promoción de la salud, género y diversidad maneja la información sobre MAC disponibles en cada unidad sanitaria que llegan por medio de los Ministerios de Salud de la Nación y Provincia de Buenos Aires, a través de Región Sanitaria.

En los casos en los que una unidad sanitaria no pueda responder a la demanda de un método, se solicita a otra sala cercana que envíen el método (si tienen disponible) a través del mecanismo de clearing y con la siguiente llegada de métodos, se repone a la sala que hizo la entrega.

La distribución de métodos anticonceptivos es igual en todas las unidades sanitarias monitoreadas: se realiza un asesoramiento a las usuarias en métodos a través de consulta con las obstétricas; luego se le da la orden para el método que elija: en el caso de que sea un método de uso mensual, se abre una ficha, para que la usuaria pueda retirarlo todos los meses, en los horarios de atención de las salas, y las encargadas de hacer la entrega y llevar el registro son las administrativas; en el caso de DIU o implante, se asigna turno con la obstetra o la médica que realizan la colocación en la misma unidad sanitaria. En el caso de ligadura de trompas, se articula con el Hospital Zenón Videla Dorna. En el caso de los preservativos, en las salas se encuentran disponibles en la administración, en un dispenser para que las personas puedan retirar. En el caso de anticoncepción hormonal de emergencia (pastilla del día después) la entrega es por enfermería o administración.

Además, cada dos o tres meses, se realizan en diferentes salas jornadas específicas de control ginecológico, salud sexual y anticoncepción. Allí realizan consejerías sobre métodos anticonceptivos y, habiendo sacado turno previo, las usuarias pueden solicitar la colocación de implantes subdérmicos o DIU. Si bien las usuarias pueden solicitar métodos anticonceptivos en cualquier momento, en los horarios de atención de las obstetras, estas jornadas sirven para visibilizar el servicio.

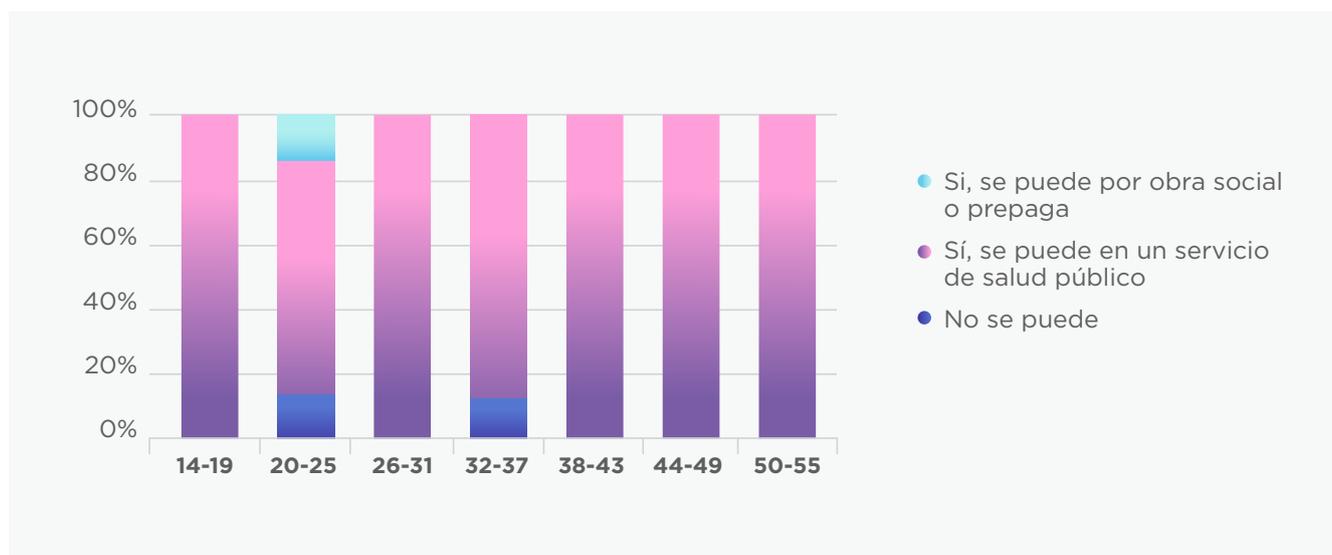


Mesa de entrada en Unidad Sanitaria



En cuanto al nivel de información sobre métodos anticonceptivos y su acceso, el 93% de las mujeres encuestadas saben que pueden acceder a los métodos de forma gratuita. Sin embargo, el 18% de estas mujeres respondió “Ns/Nc” ante la pregunta acerca de si se puede elegir el método anticonceptivo a utilizar y el 2% respondió “No, decide el/la médico/a”. Si bien la gran mayoría (el 79%) afirmó que los mismos se pueden elegir, esto invita a reflexionar sobre la importancia de la información en clave de derechos sexuales y reproductivos para que el ejercicio de estos sea pleno en todo el territorio.

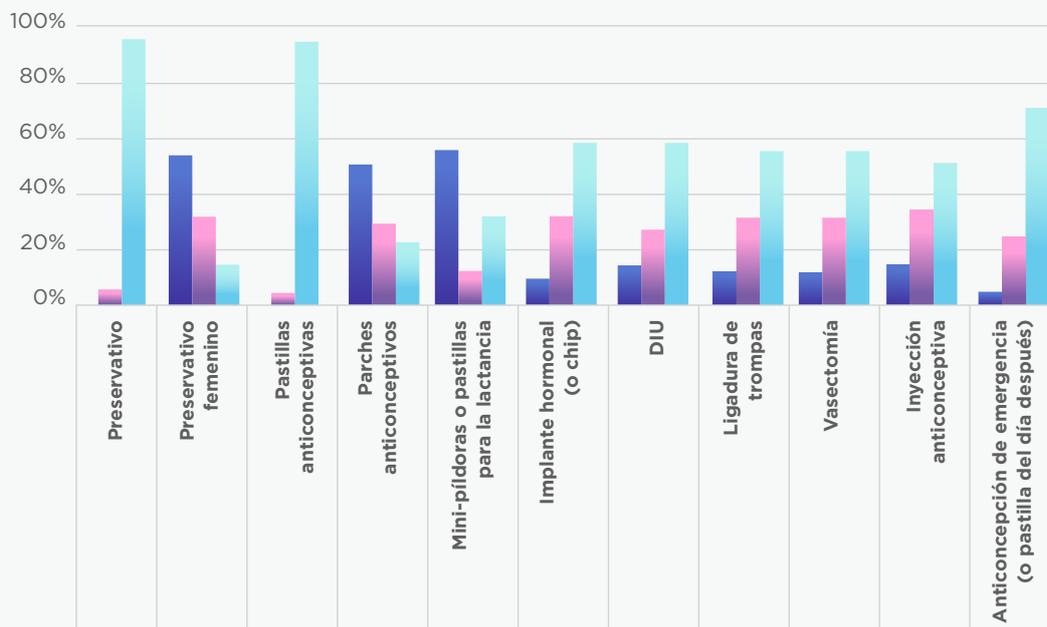
En cuanto al conocimiento del acceso gratuito a métodos anticonceptivos, se registró que el 100% de las mujeres de 14 a 19 años sabía que se puede acceder a métodos anticonceptivos en un servicio de salud público. El 72% de las mujeres de 20 a 25 años respondió lo mismo, mientras que el 14% afirmó que “no se puede” y otro 14% que “sí se puede, por obra social o prepaga”. Las mujeres de 26 a 31 años también afirmaron en su totalidad que se puede acceder a los métodos en un servicio de salud público. El 12% de las mujeres de 32 a 37 años respondieron que no se puede acceder de forma gratuita a los métodos anticonceptivos y el 88% afirmó que sí se puede en un servicio público. Por su parte, las mujeres de 38 a 43 años, las de 44 a 49 años y las de 50 a 55 años, afirmaron en su totalidad que se puede acceder gratuitamente a los métodos anticonceptivos en un servicio de salud público.



El grado de conocimiento sobre cada método es diferente, siendo el preservativo masculino y las pastillas anticonceptivas los métodos más conocidos en relación a su forma de utilización. Los métodos menos conocidos son el preservativo femenino y los parches anticonceptivos. Por su parte, el 71% de las encuestadas sabe utilizar la anticoncepción hormonal de emergencia. En general, se puede dar cuenta de un buen grado de conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

En el siguiente gráfico se observa este registro:

Grado de conocimiento de las usuarias sobre MAC



● No lo conocen	0	0,54	0	00,95	0,56	0,1	0,15	0,12	0,12	0,15	0,05
● Conocen de nombre	0,05	0,32	0,05	0,29	0,12	0,32	0,27	0,32	0,32	0,34	0,24
● Conocen de nombre y cómo se utiliza	0,95	0,14	0,95	0,22	0,32	0,58	0,58	0,56	0,56	0,51	0,71

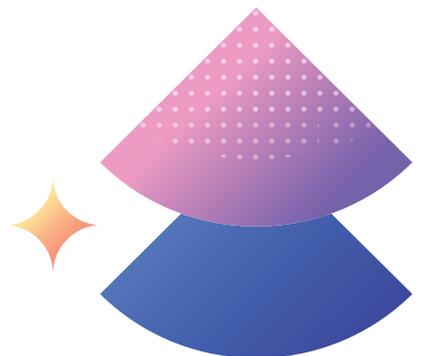


Interrupción voluntaria del embarazo en Argentina

Desde el 24 de enero del año 2021, entró en vigencia la Ley 27.610 en nuestro país, que amplió los derechos vinculados a la interrupción del embarazo. Esta Ley, regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y a la atención post aborto de todas las personas con capacidad de gestar y es de aplicación obligatoria en todo el país:

Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional. Fuera del plazo dispuesto en el párrafo anterior, la persona gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo solo en las siguientes situaciones: a) Si el embarazo fuere resultado de una violación (...); b) Si estuviere en peligro su vida o su salud. (Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Edición 2021)

A su vez, todas las personas tienen derecho a la atención post aborto y al acceso gratuito a métodos anticonceptivos.



Acceso y atención de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Monte

Se realizaron entrevistas a profesionales de la salud tanto del primer nivel como del segundo nivel de atención. Además, con la responsable a cargo de la Dirección de prevención y promoción de la salud, género y diversidad del municipio.

Al indagar sobre el grado de conocimiento acerca de la normativa vigente y protocolos, la totalidad de los/las entrevistados/as manifestaron tener un buen grado de conocimiento. En general, se refirieron a una pobre formación sobre salud sexual y aborto durante su carrera de grado, que intentan suplir en la actualidad capacitándose constantemente. En este punto, afirman que realizan capacitaciones del Ministerio de Salud “por su cuenta” y participan de los cursos que brindan las referentas de Región Sanitaria XI.

En cuanto a los dispositivos de atención de IVE, la Subsecretaría de Salud implementó la Consejería en interrupción legal del embarazo antes de la sanción de la Ley 27.610.

La misma estuvo conformada en sus inicios (año 2019) por una médica generalista y una trabajadora social. Posteriormente se incorporó una psicóloga y tres obstétricas, constituyendo así el equipo interdisciplinario que aborda actualmente los casos de interrupción voluntaria del embarazo. La Consejería tiene día y horario de atención específico en la unidad sanitaria del Barrio Coppola, y este se corresponde con el día y horario en el que atiende la médica generalista en esta sala. Se pudo conocer que su trabajo no está abocado específicamente a las consultas por IVE. Por su parte, las profesionales obstétricas cubren días y horarios de atención en todas las salas, incluidas las de los parajes rurales, con lo cual consideran que las demandas de IVE pueden ser recibidas en todos estos puntos y, posteriormente, canalizadas en el horario de la médica.

Este dispositivo es un espacio de información, acompañamiento y seguimiento a mujeres y otras identidades con capacidad de gestar que se encuentran transitando un embarazo no deseado. Se las acompaña e informa, desde un abordaje integral y de calidad, sobre todas las alternativas posibles en relación al embarazo para que puedan tomar decisiones libres y autónomas.

La responsable de la Dirección de prevención, promoción de la salud, género y diversidad relata que cuando llega una mujer u otra identidad con capacidad de gestar a una consulta por

aborto, se aborda según las indicaciones de los protocolos de atención. En algunos casos, las mujeres llegan al dispositivo espontáneamente ya que transitan un embarazo no deseado y otras son derivadas por integrantes de la Colectiva Vivas. La primera consulta generalmente la hacen con las profesionales de obstetricia, que inician el recorrido de la usuaria de manera ágil. También se reciben consultas telefónicas y en ese caso, se le otorga una cita a la brevedad a la usuaria con las profesionales del servicio.

En esta primera entrevista, las obstétricas brindan asesoramiento sobre las posibilidades en cuanto a la continuidad o interrupción del embarazo. Una de las profesionales enfatizó en la importancia de esa primera consulta:



“Nunca dar por sentado que esa persona va a ir a un control prenatal (...) es muy importante que las administrativas estén capacitadas en la atención y la confidencialidad. Yo insisto en que el motivo de consulta es confidencial y en que no tienen que preguntar. Si la paciente llega sin turno y pregunta por mí, ya saben que la tienen que hacer esperar a que yo esté disponible y en ese caso, tengo una entrevista breve y ya la atiendo. No siempre es para interrumpir, tal vez necesitan la pastilla del día después u otra consulta urgente”

(Profesional Consejería IVE)

Luego se deriva a la usuaria a efectuarse una ecografía para conocer en qué semana de gestación se encuentra. Las profesionales aseguran que muchas mujeres llegan a la consulta sin información y muy ansiosas, por lo que es importante detenerse a escuchar y a brindar información sobre la importancia de realizar una ecografía y ponerlas al tanto de los tiempos del proceso.

La ecografía se realiza en el Hospital, y se ha establecido un protocolo interno entre el municipio y la institución del segundo nivel, de dependencia provincial, para agilizar la atención y evitar obstáculos para las usuarias. En palabras de una profesional: “IVE es prioridad”, y esta pauta se ha establecido entre los/las profesionales de ambos niveles involucrados. Las usuarias se acercan directamente a los consultorios externos del Hospital, con una orden específica para realizar la ecografía (con la abreviatura IVE o la inscripción “sin sonido”). De este modo se protege a la paciente y se le facilita un turno en la brevedad con un ecografista amigable. Reafirman la importancia de que se tomen los recaudos necesarios sobre el derecho de la usuaria a no escuchar sonidos y no ver imágenes, según su decisión.

Luego de la realización de la ecografía, se articula con la médica generalista del Equipo que es quien brinda la medicación, para que le otorgue un turno. La persona que solicita la interrupción, realiza este recorrido en constante comunicación telefónica con las obstétricas:



“Siempre se van de la primera consulta con nuestros teléfonos celulares y nos ponemos a disposición. La ansiedad de la paciente cuenta (...) También para poder acompañar en casos de que haya alguna demora con la ecografía. En esos casos resolvemos personalmente”

(Profesional Consejería IVE)

Con respecto a la etapa de gestación en la que llegan las usuarias a la consulta, las entrevistadas coinciden en que el promedio son las 7 semanas. La mayoría acude ni bien tiene el resultado de un test de embarazo positivo. En su relato sobre este punto, una de las profesionales agregó que:



“Generalmente llegan entre las 6 o 7 semanas. Las que llegan con embarazo más avanzado plantean que ya lo tenían decidido, pero no sabían que estaba todo este equipo”

(Profesional Consejería IVE)

En general se resuelve la interrupción voluntaria del embarazo en el primer nivel de atención. En casos de más de 12 semanas de gestación, se recomienda atención en el segundo nivel. Sin embargo, se tiene en cuenta lo que la paciente desea.

Por otro lado, se pudo conocer que las consultas con la psicóloga del Equipo son “a demanda” de las usuarias. A pesar de contar con días y horarios específicos para la atención, la profesional está a disposición de las usuarias que requieran el servicio. Sin embargo, si llegan muy angustiadas a la primera consulta con la obstétrica, y esta profesional lo considera necesario, es ella la que coordina con la Psicóloga para que pueda entrevistar a la usuaria y acompañe el proceso desde el inicio, tal como comentaba una entrevistada.

En el primer nivel de atención ofrecen medicación ambulatoria, sublingual o intravaginal, según lo que provea el Ministerio. La responsable de la Dirección afirma que a partir de la sanción de la Ley de IVE, siempre tienen la provisión correcta de medicación. Al indagar so-



bre la posibilidad de elección del método de aborto (misoprostol / AMEU), afirman que es un derecho de la usuaria y tiene esta posibilidad:



“No está descartada la elección del método. Se le informa que, en caso de elegir un método no ambulatorio, el procedimiento se realizará en el Hospital, y siempre han decidido resolverlo acá. Se tendrá en cuenta también el entorno. Si la usuaria no cuenta con un círculo de apoyo, o si es muy joven, lo mejor es la AMEU, que esté en el Hospital”

(Profesional Consejería IVE)

Una vez en la consulta con la médica generalista, ella efectúa las indicaciones del tratamiento medicamentoso, en qué momento tomarlo y cómo, ya que se realiza de forma ambulatoria. A la vez, la usuaria en el proceso de atención firma un consentimiento informado donde queda plasmado que la persona recibió información y decidió realizar la interrupción de manera autónoma.

El tratamiento ambulatorio es acompañado por las profesionales de la Consejería vía telefónica. Se les otorga un turno a los 7 días de haber comenzado el tratamiento y se hace un seguimiento sobre la situación de la usuaria. Al mismo tiempo, se realiza la consejería sobre métodos anticonceptivos, donde se ofrecen los anticonceptivos disponibles y en todos los casos las usuarias se van con un método elegido.

El análisis de las entrevistas a las profesionales de la Consejería da cuenta de un discurso concordante a la hora de abordar los casos de interrupción voluntaria del embarazo. Se nota que se trata de profesionales comprometidas, que mantienen canales de comunicación firmes y buscan capacitarse en la temática, para lograr un buen servicio y poder garantizar los derechos de cada usuaria. No obstante, una de las entrevistadas agregó que:



“Al no tener un espacio físico, ni un tiempo destinado y horario exclusivo para este servicio, se hace todo muy sectorizado. Eso trae dificultades y puede perderse la mirada integral”

(Profesional Consejería IVE)

Esto da la pauta de que, si bien las profesionales mantienen los canales de comunicación entre ellas y resuelven los casos de IVE que solicitan las usuarias, es importante no perder de vista la importancia de un enfoque integral para la atención de la salud. Teniendo en cuenta que las mujeres y personas de otras identidades con capacidad de gestar pueden acudir a la consejería con muchas dudas o en muchos casos cargadas con un entorno que cuestiona su decisión, es fundamental que el Equipo esté abocado totalmente a la contención y la escucha de cada situación. Esto permitirá dar cuenta y trabajar sobre angustias o miedos, los cuales pueden estar vinculados a la historia de la clandestinidad del aborto.

Por su parte, la responsable de las unidades sanitarias entrevistada, se refirió a la importancia de la entrevista con la Trabajadora Social:



“La consulta con la trabajadora social es muy importante para detectar situaciones de vulnerabilidad social. En esos casos, se articula con Desarrollo Social para que las mujeres puedan tal vez tener acceso a algún otro recurso”

(Decisor político - Monte)

Con respecto a la edad de las usuarias que se acercan al servicio, las entrevistadas afirman que en general acuden mujeres de entre 20 y 30 años en su mayoría. Pero han habido casos de adolescentes y también mujeres adultas más grandes.

Las profesionales afirman que no han tenido casos de menores de 16 años. Que en esos casos, se procedería de igual modo, con una escucha atenta y asegurándose de que la usuaria cuente con un contexto que acompañe. Asimismo, no han tenido casos de embarazos producto de una violación y concuerdan en que de ser necesario, articularían con otras instituciones como el Servicio Local.

En lo que respecta al segundo nivel de atención, el Equipo está conformado por un médico, una trabajadora social y psicóloga. El profesional entrevistado manifiesta tener un buen grado de conocimiento sobre normativas vigentes y protocolos, y una amplia capacitación sobre la temática que ha realizado por su propia voluntad. Se pudo saber que se trata de un profesional que tiene experiencia en la atención de interrupción del embarazo, desde mucho antes de que se sancionara la Ley 27.610, durante su ejercicio profesional en otro Hospital público de la Provincia de Buenos Aires.

Al indagar sobre cómo es el dispositivo de atención de IVE y los roles de cada integrante, el profesional describió que:





“Originalmente se trabajaba más en Equipo. Las pacientes llegaban y yo las hacía ver por las chicas de psicología y social, luego se les daba la consejería. Pero últimamente, por la naturalidad que se le fue dando a la cuestión directamente las veo yo, generalmente la entrevista la hago yo”

(Profesional Consejería IVE)

Y agrega que en caso que detecte alguna situación particular, procede a derivar con el resto del equipo. De igual modo si se tratara de una interrupción legal del embarazo, para realizar el informe de certificación de la causal..

Cabe señalar que la mayoría de los/las profesionales del Hospital se declararon objetores de conciencia y que el único médico que garantiza las IVE e ILE se encuentra un solo día en el hospital. Esto limita la posibilidad de seguimiento de las consultas los otros días.

Es importante remarcar nuevamente la importancia de que las Consejerías sean un verdadero espacio de escucha amplia que brinde atención integral y situada. Este espacio puede ser una oportunidad de contención, asesoramiento y derivación a otros servicios de atención que la usuaria necesite o requiera. Si no se contempla de esta manera, puede resultar una pérdida de oportunidad de acercamiento a la comunidad.

Recordemos que, si bien las personas que requieran una IVE no tienen la obligación de explicitar el motivo de su decisión de interrumpir el embarazo, si este surgiera en el marco de la consulta, el/la profesional que la recibe deberá asegurarse de brindar la atención para la atención integral considerando la situación expresada por la persona gestante.

Al indagar sobre los recorridos que realizan las usuarias que llegan demandando una interrupción voluntaria del embarazo en el segundo nivel, se pudo saber que generalmente llegan directamente a la consulta con el médico referente en la atención de IVE del Hospital. El profesional entrevistado aseguró que, al ser un pueblo chico, la mayoría de las usuarias conocen que él es el referente en el Hospital. En casos en que se dirijan a otro/a profesional del hospital, que no realice la práctica, todo el personal de la institución ya sabe que tienen que derivar a él, y efectivamente manifiesta que es lo que sucede.

Se indagó sobre las características de la primera consulta de la usuaria. En este sentido, se supo que las mujeres y personas con capacidad de gestar llegan a la consulta con el médico referente, que realiza una guardia los días domingos. En relación a este punto, el profesional manifestó que:





“El primer planteo es el deseo de interrumpir. Para mí con eso es suficiente. Evalúo el contexto pero lo más importante es la decisión de la paciente”

(Profesional Consejería IVE)

Lo siguiente es la realización de una ecografía. En este punto, es más ágil la atención del segundo nivel, ya que las usuarias pueden realizarse la ecografía en el mismo momento de la consulta con el médico referente, al contar él con el ecógrafo dentro de su consultorio.

Una vez que se realiza la consejería, con toda la información brindada de manera clara y comprensible para la usuaria, ellas firman un consentimiento informado y generalmente se resuelve la interrupción ese mismo día. Las usuarias realizan el tratamiento ambulatorio de la misma manera que en las unidades sanitarias, en contacto telefónico con el profesional y con un compromiso de cita a los 7 días siguientes de haber comenzado el tratamiento.

Al indagar sobre las etapas de gestación en las que se acercan las usuarias al servicio, se supo que el promedio son 9 semanas, pero han acudido mujeres de entre las 5 y hasta las 25 semanas de gestación, a diferencia del primer nivel de atención. Con respecto a la edad de las mujeres que consultan, en las entrevistas se expuso que la más joven tenía 14 años, y la mujer de mayor edad tenía 45 años.

En los casos de niñas y adolescentes, proceden de manera similar que en el primer nivel de atención: generalmente se busca que la joven acuda acompañada a la consulta, para un mejor entendimiento de la situación y por la importancia del acompañamiento durante el tratamiento ambulatorio. Aunque en todos los casos las jóvenes han acudido acompañadas. En casos de embarazos de mayor edad gestacional (más de 14 semanas), el profesional detalló que:



“Se procede igual que de menos semanas, sólo que se transforma en ILE.
Se incluirá según el caso en las causales”

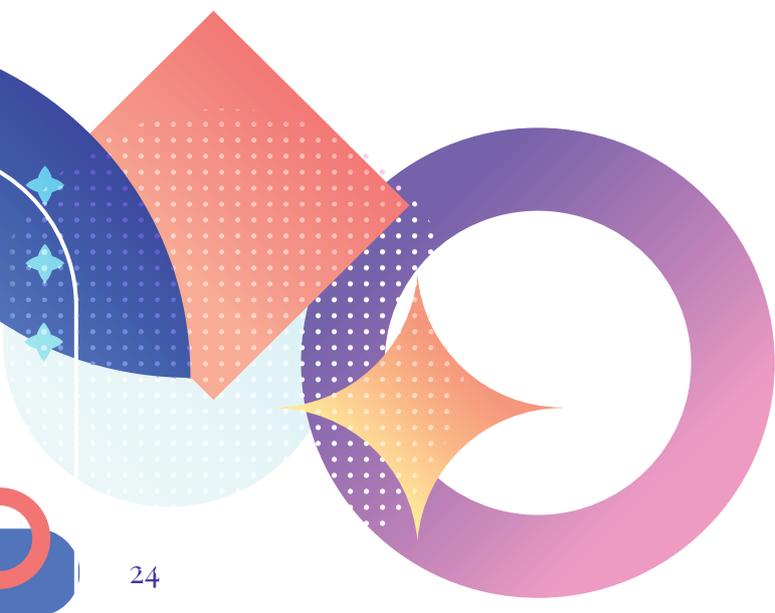
(Profesional Consejería IVE)

Al indagar por el criterio que se establece en relación a un límite en la edad gestacional, se concluyó que, si bien no hay un punto de corte, un aborto por definición sería hasta las 22 o 24 semanas. En ese caso se trataría de un embarazo que no tiene viabilidad. Sin embargo,



se ha atendido un caso de mayor edad gestacional (25 semanas), y previo a que el Equipo evaluara el caso, se procedió a la interrupción en la institución.

A diferencia del primer nivel de atención, se atendió en este servicio a una persona con discapacidad, que acudió acompañada de una persona de su entorno. Se remarcó la importancia de garantizar el derecho a la atención en el sistema de salud para todas las personas, y en caso de ser necesario, recurrir al equipo de salud mental del hospital.



Principales obstáculos para dar respuesta a los casos de IVE

.....

A partir de lo desarrollado en las entrevistas con los/las profesionales y decisores políticos, se observa una coincidencia: no perciben grandes obstáculos a la hora de canalizar los casos de aborto, debido a que se trata de equipos que llevan conformado un tiempo considerable antes de la sanción de la Ley 27.610.

En el caso de los objetores de conciencia, por ejemplo, notan que luego de la sanción de la Ley de IVE, los/las profesionales no representan un gran obstáculo. Según lo expresado por los/las profesionales entrevistados/as, tanto en el primer nivel como en el segundo nivel, los casos se redireccionan rápidamente para ser atendidos por algún/a profesional que realice la práctica en los equipos.

Se pudo observar que la comunicación entre ambos niveles es buena, pudiendo darle respuesta a las demandas, en general, en el nivel en el que son recibidas. En casos de derivación desde el primer al segundo nivel de atención, se coordina personalmente entre los/las profesionales de los equipos. En caso de ser necesario, se asegura el contacto de la usuaria con la Trabajadora Social del Hospital, para que sea ella quien concrete la primera entrevista, y se canalice la consulta sin obstáculos ni demoras.

No se exponen situaciones de maltrato por parte del personal de salud para las usuarias que acuden a los servicios.

Referido a este punto, una profesional sostuvo que:



“Los objetores de conciencia siguen. Antes (de la Ley) pasaba que maltrataban, y ahora no. Si el primer contacto es en una sala, no hay chance de que en el circuito se choquen con un objetor. Las obstetras cubren todas las salas, está la médica referente en el Barrio Coppola o el médico referente en el Hospital”

(Profesional Consejería IVE)



A pesar de esta percepción general de los/las entrevistados/as sobre los obstáculos, al indagar en profundidad, una cuestión que se manifestó como obstáculo tiene que ver con la accesibilidad del servicio. En este sentido, se expuso la importancia de facilitar el acceso al servicio, ya que muchas usuarias se enteran que existe el Equipo “por el boca en boca”.

A su vez, existe una coincidencia en que el mayor obstáculo a la hora de acceder al derecho al aborto, tienen que ver con cuestiones por fuera de lo institucional o de los servicios en sí mismos:



“Algunas llegan muy angustiadas, con mucha carga. Inseguras por lo que va a decir su entorno o su familia”

(Profesional Consejería IVE)

El hecho de que el Equipo no cuente con un espacio físico y un horario específico para la atención de los casos de aborto, puede reconocerse como un obstáculo en dos sentidos: si bien, como se destacó anteriormente, la comunicación entre las profesionales es buena y ágil a la hora de dar respuesta a los casos de interrupción voluntaria del embarazo, se percibe una pérdida de una perspectiva integral a la hora de brindar el servicio, que sólo podría lograrse con un vínculo más cercano entre las/los profesionales de distintas disciplinas. Por otro lado, no se le da visibilidad al espacio de la Consejería como un servicio que garantiza el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. Con respecto a esto, en una de las entrevistas se manifestó que:



“No estamos visibles. Lo hablamos mucho en el equipo, porque la verdad al vivir en un pueblo tan conservador, no todas las salitas están preparadas para recibir a quienes desea interrumpir. Velamos por el cuidado y la intimidad, pero entendemos que el costo es alto, porque pasa que muchas no sabían que existía (la Consejería) pero cuando se enteran que existe, les da alegría, les calma esa carga que traen. Pero por otro lado entendemos también que visibilizarlo va a implicar un costo hasta tal vez más alto porque se va a hablar de la intimidad de las personas en muchos lados, y eso sería vulnerarlas.”

(Profesional Consejería IVE)

Estos obstáculos pueden generar que las mujeres u otras identidades gestantes que transitan un embarazo no deseado, no estén seguras o informadas sobre a qué servicio público concurrir o que falte claridad a la hora de brindar el servicio, posicionándose casi en los márgenes de la clandestinidad, lugar del que con tanta lucha se logró salir.

Estas tensiones dentro del equipo de salud deben tenerse en cuenta como parte del mismo proceso de constitución del servicio de atención, siempre con la responsabilidad y con el objetivo claro de ofrecer una atención de calidad, que garantice el respeto de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos.



Consultas por embarazo en los servicios de salud

Al indagar durante las encuestas a las mujeres sobre consultas por embarazo, 33 de ellas respondieron haber consultado por embarazo en algún centro de salud del municipio, mientras que 17 de ellas afirmaron nunca haber hecho consultas por embarazo.

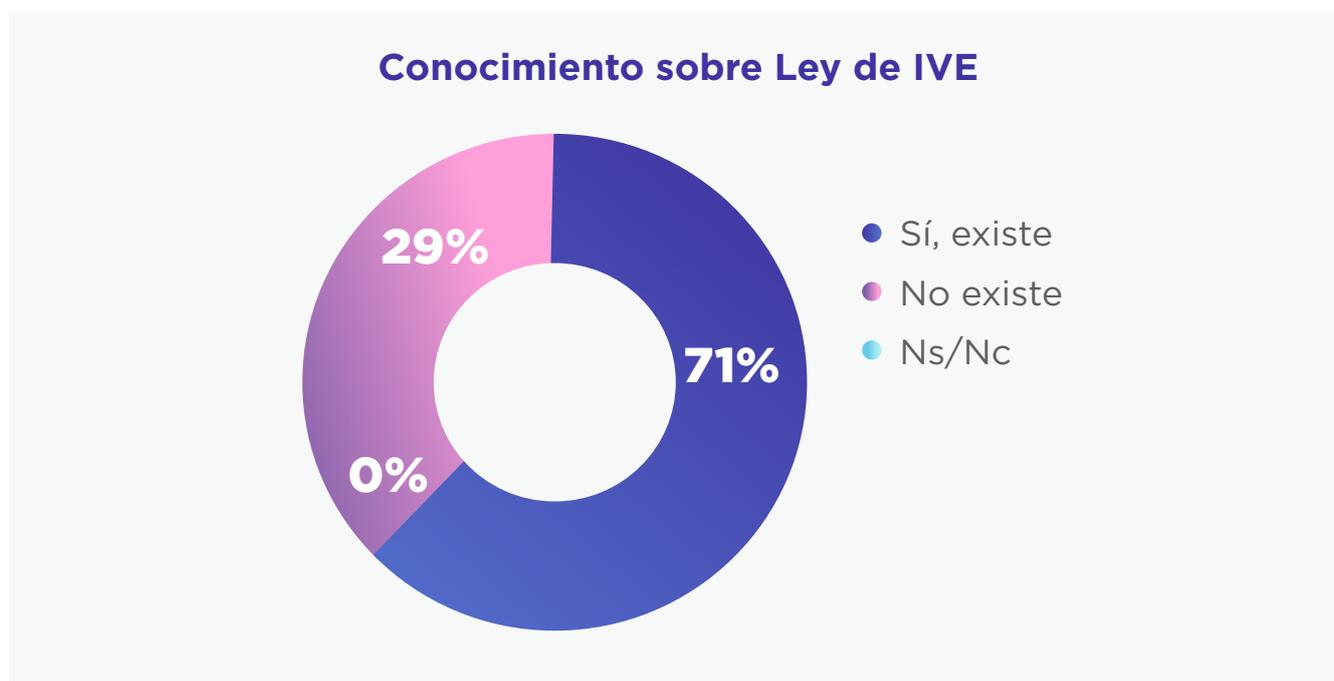
Con respecto a cómo fue esa atención, en general sostuvieron que la atención fue buena, que se sintieron contenidas. Agregaron que la información brindada fue clara y dando lugar a la opinión de las usuarias. Entre las experiencias se repite que el contenido de esa información tuvo que ver con “cómo seguir, los estudios que había que hacer”, “los cambios que iba a sentir”.

Sólo dos mujeres afirman haber experimentado situaciones de maltrato durante la atención por embarazo y durante el parto. Una comenta que se trató de un embarazo de hace diez años, y que al momento del parto sufrió violencia obstétrica: *“era muy chica y me tuve que aguantar a las enfermeras gritándome y retándome porque yo estaba sufriendo. Después de la cesárea, toda la presión para dar la teta, todos hablándome muy mal, cero privacidad. Por suerte cambió todo”* (**usuaria del segundo nivel de atención**)

Por otro lado, la otra mujer comentó que también fue un embarazo de hace muchos años (15 años atrás), y que sintió que no fue escuchada: *“no había otra opción que seguir con el embarazo en aquel momento”* (**usuaria del segundo nivel de atención**)

Conocimiento y experiencias de las usuarias sobre interrupción voluntaria del embarazo

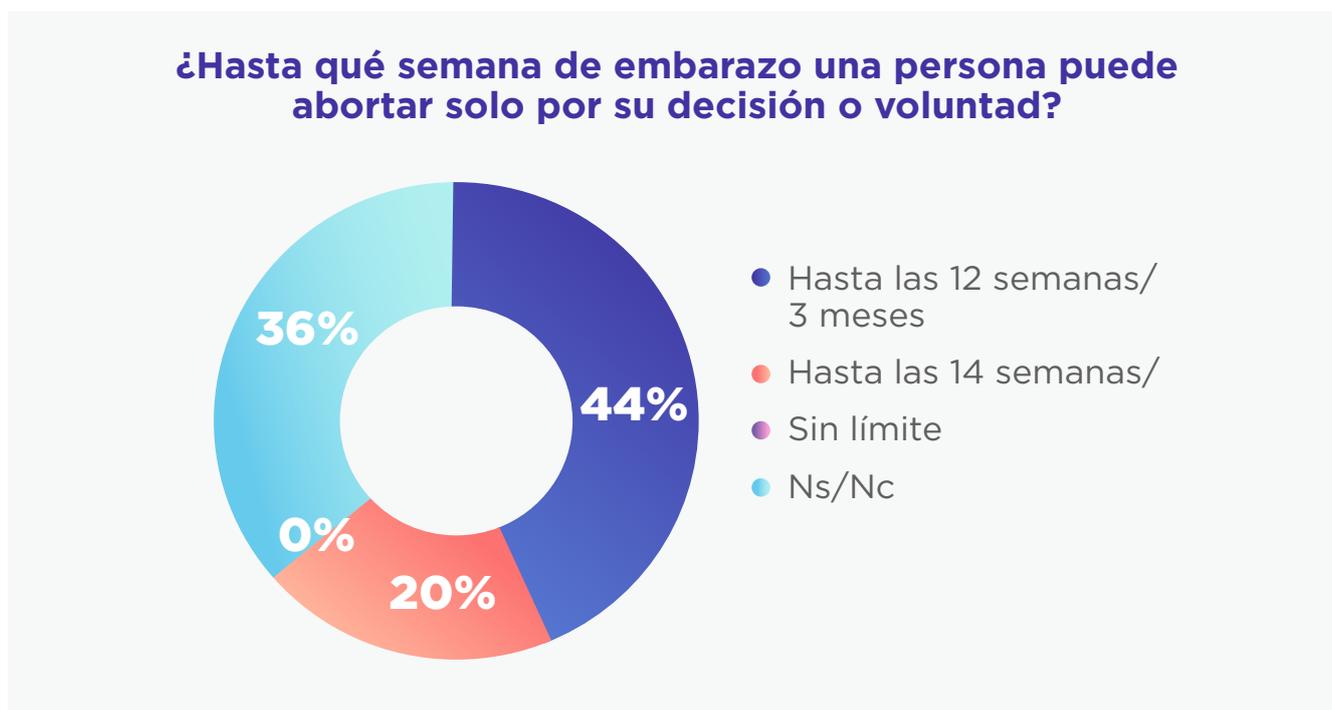
Al preguntar a las usuarias si conocen si existe hoy en día una ley que permita abortar legalmente, solo por decisión o voluntad, el 71% de las mujeres respondió que sí, existe, mientras que un 29% respondió “Ns/Nc”, tal como expone el gráfico.



Ninguna de las usuarias respondió que no existe una ley que permita abortar. Teniendo en cuenta que muchas de las usuarias que respondieron “Ns/Nc” lo hicieron con una cuota de rechazo frente a la temática, podría hipotetizarse que en general no se trata de desconocimiento, si no de resistencias a la hora de hablar sobre el tema.

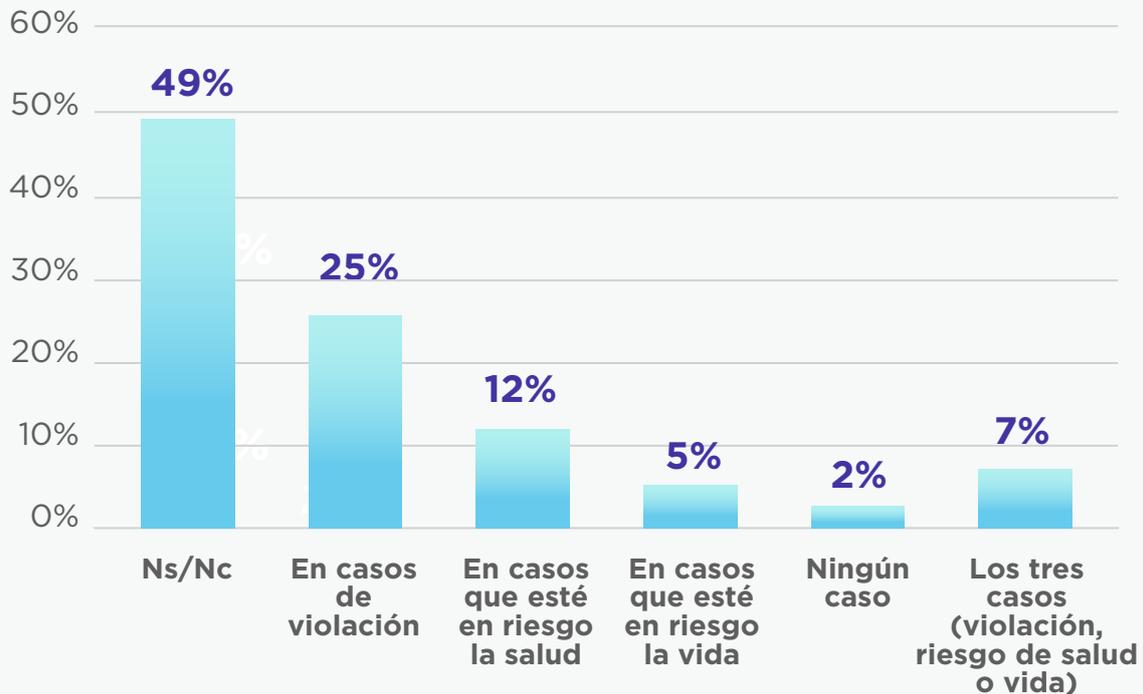
A las 15 mujeres encuestadas que respondieron “Ns/Nc” a la pregunta anterior, se les indagó acerca de si conocían alguna situación o excepción en la que sí se permita el aborto. En este caso, 9 mujeres respondieron “en casos de violación”, 3 respondieron “Ns/Nc”, 1 respondió “Ningún caso” y 2 respondieron “En los tres casos (violación, riesgo de salud o vida)”.

Al preguntar hasta qué semana de embarazo una persona puede abortar solo por su decisión o voluntad, el 44% de las encuestadas respondió “Hasta las 12 semanas/3 meses”, un 20% respondió “Hasta las 14 semanas” y el 36% respondió “Ns/Nc”:



Al indagar sobre la existencia de casos en los que se permita el aborto luego de esas semanas, la mayoría de las mujeres encuestadas (49%) no supo qué responder. Un 25% afirmó que “en casos de violación” estaría permitido, un 12% sostuvo que se permitiría “en casos que esté en riesgo la salud”, un 5% respondió “en casos que esté en riesgo la vida”, un 2% respondió “ningún caso” y un 7% se refirió a “los tres casos (violación, riesgo de salud o vida)” como situaciones en las que estaría permitido el aborto en etapas más avanzadas de gestación. A continuación, se detalla esta información en un gráfico:

Después de esa semana, ¿existe algún caso en el que se permita el aborto?



Sobre si en el servicio de salud les brindaron información sobre la interrupción del embarazo, la mayoría de las usuarias respondió que no (30 mujeres). El resto afirmó alguna vez haber sido informada sobre la interrupción. En este último caso, en general las experiencias dan cuenta de las primeras consultas con una profesional obstétrica ante un posible embarazo:



“sí, la obstetra cuando consulté por mi embarazo. Lo tomé bien”

“sí, cuando consulté por un posible embarazo, me sentí contenida y me comentó sobre la interrupción”

“sí, me preguntó si era deseado o no el embarazo. Y sí es deseado así que no hablamos más de eso”

(Usuarias del servicio de salud - Monte)

Una sola mujer afirma haber estado en contacto con información sobre interrupción del embarazo a través de un folleto, en una unidad sanitaria.



En esta misma línea, se les presentó a las usuarias encuestadas una situación hipotética, en la que una mujer consulta en un servicio de salud porque no quiere continuar con un embarazo, para indagar en el contenido de la información que, en su opinión, deberían brindarle los/las profesionales de la salud que la atienden. En pos de clarificar el análisis de las respuestas brindadas, se clasificó lo expuesto siguiendo algunos ejes:

El 56% de las mujeres puso el énfasis en la importancia de que se le brinde toda la información necesaria sobre el método de aborto, ofrecerle ayuda y contención psicológica. Se seleccionaron algunas de estas declaraciones:



“Cuál es el método que se usa. Mandar a hacer ecografía para ver en qué semana está. Atención psicológica.”

“No estoy a favor, pero si viene será porque no lo puede tener. Así que tienen que ayudarla”

“Es decisión de cada mujer. El especialista a cargo tiene que estar de acuerdo y darle toda la información, es la decisión de una”

(Usuaris del servicio de salud - Monte)

El 12% de las mujeres pusieron el foco en los riesgos que conllevaría una interrupción. Afir-
maron que la información que se le brinde a una mujer que se acerca demandando una inte-
rrupción debe estar referida a las consecuencias negativas o los peligros a la hora de abortar.
A continuación, algunos ejemplos de lo expuesto:



“Que no sufra el bebito. Que le expliquen todo, si corre riesgo y los cuidados que hay que tener. Que le informen si va a poder tener hijos más adelante”

“Que la vida de ella corre riesgo. Las consecuencias que puede tener”

(Usuaris del servicio de salud - Monte)

Un 20% de las usuarias expusieron ideas en relación a los motivos de la interrupción. En este sentido, los profesionales que atendieran a una posible mujer con deseos de abortar, deberían indagar en las razones por las que está por tomar esa decisión y en algunos casos, intentar convencer de que no lo lleve adelante:



“Que tendría que repensarlo. Hay que ver en la situación en la que se encuentra”

“Preguntar primero por qué motivo. Si no tiene ningún motivo, darle apoyo psicológico”

“Le debería decir que si no es necesario, que no lo haga.
Si no es por una enfermedad”

(Usuaris del servicio de salud - Monte)

Por último, un 12% de las mujeres encuestadas refirió que no sabía qué tipo de información deberían brindar los/las profesionales.

En el marco de la Ley 27.610, el o la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción del embarazo tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. Este derecho podrá ser ejercido siempre y cuando no se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención de la requirente del servicio o supongan el incumplimiento de deberes profesionales o causen un daño a la gestante (CSJN, 2012: considerando 29; OMS, 2012).

En relación a esto, se indagó en las encuestas a usuarias sobre si consideran que un médico puede negarse por razones personales a atender un aborto permitido. De las 50 mujeres encuestadas, 20 respondieron que no, dando argumentos como:



“No, porque ahora es legal”

“El doctor debe respetar la decisión del paciente”

“No, la opinión personal debe quedar a un lado, no tendría que juzgar”

(Usuaris del servicio de salud - Monte)

El resto de las mujeres encuestadas consideraron que un profesional sí se puede negar, desarrollando algunas situaciones en las que no podrían negarse:





“Sí pueden negarse, pero no en casos extremos, como una violación”

“Sé que hay médicos que no están de acuerdo y defienden su postura. No podrían negarse en casos de abuso o si corre riesgo la salud”

“Creo que puede negarse pero mandarla con otro doctor, no dejarla sola. Y si es muy urgente o corre riesgo para mí lo tiene que hacer”

(Usuaris del servicio de salud - Monte)

Sobre la atención de niñas y adolescentes

A través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, se establece que debe estar garantizado el acceso a la atención de salud sexual y salud reproductiva a jóvenes desde los 13 años, brindando información clara, completa y oportuna, y garantizando el acceso a preservativos y métodos anticonceptivos. Al indagar sobre el conocimiento de este derecho con las usuarias, se les ha consultado a partir de qué edad pueden las personas adolescentes ir solas/as a una consulta sobre salud sexual. Al respecto, un 32 % de las mujeres respondió “Desde los 13 años”, un 46% respondió “Desde los 16 años”, el 20% respondió “desde los 18” y un 2% respondió “Ns/Nc”.

Asimismo, se puede agregar que, sobre la cantidad de mujeres más jóvenes encuestadas (9 usuarias), 5 expusieron que las/los adolescentes pueden ir solas/as a una consulta sobre salud sexual a partir de los 16 años, 2 afirmaron que pueden a partir de los 18 años, 1 desde los 13 años y una última no supo qué responder.

En el punto sobre adolescentes e IVE, se les consultó a las usuarias qué opinaban en relación a si las personas adultas a cargo del cuidado de adolescentes deben dar su autorización a las adolescentes antes de realizarse un aborto. El 24% de las usuarias respondió que sí deben dar autorización, pero que a partir de los 16 años no sería necesario. El 37% respondió que hasta los 18 años las adolescentes requerirían de la autorización de un adulto responsable. Un 24% no supo qué responder y un 15% restante refirió que no sería necesaria una autorización. Sobre este último porcentaje se seleccionaron algunos comentarios de las usuarias:



“No necesitan autorización porque es una decisión personal”
“Para mí podría solicitar una IVE solas, desde el momento que sea necesario”
“No sé si autorización, pero sí acompañamiento”

(Usuarias del servicio de salud - Monte)

Los niños, niñas y adolescentes constituyen un grupo sistemáticamente vulnerado. En general, suele considerarse que no tienen autonomía para decidir sobre sí mismas/os con responsabilidad. Por esto es muy importante que, durante los procesos de atención, se genere un ambiente de confianza e intimidad en el cual puedan expresar sus necesidades, temores y vergüenzas sin ser juzgadas/os. Por este motivo, durante la atención deben ser siempre escuchados/as e informados/as cualquiera sea su edad, de acuerdo a su especial necesidad de atención y que sus opiniones deben ser tomadas en consideración. En ningún caso, puede sustituirse la voluntad y todas las decisiones deben tomarse considerando su interés superior y su autonomía progresiva.

Una entrevistada se refirió a esta cuestión:



“Ahí desde mi rol, se trata de cuidarla. Más allá de lo protocolar. Primero lo importante es escuchar (...) llega muchas veces invadida de discursos: lo que dice la madre, el padre, la escuela, la gente, el pueblo. Entonces primero se escucha, y en caso de ser necesario, se da aviso al Servicio Local, con un informe, para solicitar intervención. Tener aparte entrevistas con la familia, para también escuchar ese otro discurso. Desde ese lugar trabaja mucho el espacio de psicología. Y después, que pueda elegir el método de interrupción, darle opciones (...) Es sumamente acompañado.”

(Profesional Consejería IVE)

Sobre la atención de personas con discapacidad²

Los servicios de salud no deben actuar sin tener en cuenta y/o sustituyendo la voluntad de las personas con discapacidad sino que, por el contrario, y en primer lugar, debe proporcionarles los medios que aseguren su participación en todo acto y la adopción de una decisión personal y autónoma.

En relación a esto, se les consultó a las usuarias si consideraban que las personas con discapacidad podían tomar decisiones sobre su salud y sobre su salud sexual, por cuenta propia o si necesitan un tutor/a. El 80% de las encuestadas respondió que sí necesitan un tutor/a. Entre los argumentos se destacan:



“Porque quizás son personas que no se pueden expresar bien.”
“Depende qué discapacidad. Para su salud sexual sí deberían tener un tutor, porque tal vez no tienen conciencia sobre su sexualidad”

(Usuarias del servicio de salud - Monte)

Este alto porcentaje y la calidad de los argumentos, podría dar cuenta de un gran prejuicio y desinformación en torno a las personas con discapacidad y particularmente a su autonomía. Por otro lado, un 20% de las encuestadas refirieron que no necesitarían tutor, porque:



“una consulta no se le niega a nadie”
“deberían atenderlos como a cualquiera, tienen el mismo derecho”
“con la información necesaria podrían venir solos”

(Usuarias del servicio de salud - Monte)

2. Según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), se consideran personas con discapacidad (PCD) a quienes tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás.



Conclusiones

El monitoreo social como herramienta de investigación social, tiene como uno de sus objetivos generar información y, en el mismo proceso, interpelar a organizaciones sociales, personal del sistema de salud, a decisores/as políticos y a las mismas usuarias del sistema. Se destaca la virtud de fomentar la transformación en las prácticas de atención, por lo que la consideramos una propuesta de investigación-acción política.

A partir de esta experiencia y su análisis, se desprenden algunas conclusiones que es importante destacar:

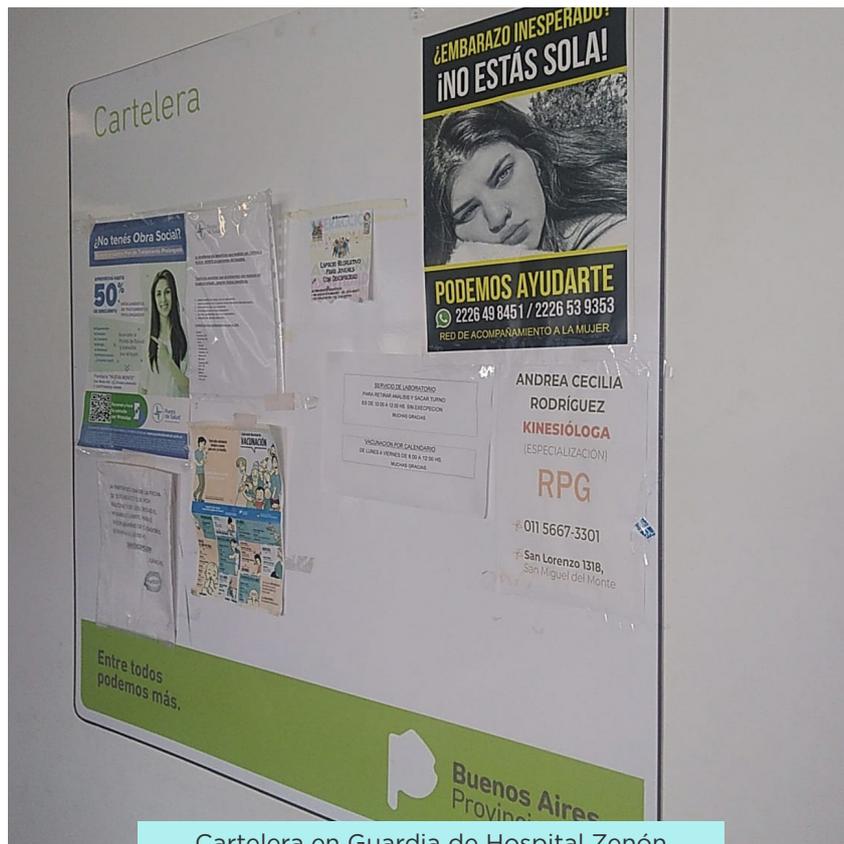
1. Se puede observar falta de información por parte de las usuarias, en relación a la posibilidad de elección de métodos anticonceptivos.
2. Asimismo, si bien la mayoría de las usuarias encuestadas admite saber que existe una Ley que permite abortar voluntariamente en nuestro país, se advierte desconocimiento en relación a hasta qué semana de embarazo una persona puede abortar sólo por su decisión. Del mismo modo sucede con la existencia de casos en los que se permite el aborto luego de las 14 semanas.
3. En cuanto a los Equipos de salud que realizan la práctica, se pueden encontrar diferencias en los distintos niveles. La Consejería del primer nivel de atención se encuentra en un debate interno en relación a darle mayor visibilidad al servicio. Consideran que la comunidad de Monte es muy conservadora, y que difundir la existencia del servicio podría ser perjudicial para las personas que lo requieren. Sin embargo, la necesidad de visibilización y difusión aparece cuando las profesionales se encuentran con las mujeres en las consultas: se acercan con poca información y comunicando que no sabían de la existencia de la Consejería. La mayoría se entera por “el boca en boca”. También esta cuestión se visualizó en las encuestas a usuarias.

Otro conflicto en relación al Equipo del primer nivel tiene que ver con la demanda. El hecho de que la médica generalista no disponga de un encuadre específico para el abordaje de las IVE en la unidad sanitaria, puede producir que los casos se atiendan rápido, sin la intervención real de la Consejería, ocasionando la pérdida de una mirada integral de la salud.

En esta misma línea se podría plantear la dificultad del Equipo del segundo nivel de atención. No se aprecia un abordaje integral de los casos de IVE, siendo en la mayoría de los casos, el médico el único profesional que canaliza los casos de aborto.

Asimismo, más allá de las reflexiones que se extraen del Monitoreo, es importante destacar algunas cuestiones por fuera del análisis de los datos, que caracterizan a la comunidad de Monte en general y al servicio de salud en particular:

Se percibe en el pueblo un avance de discursos antiderechos, de la mano de la Iglesia y referentes conservadores. Se propusieron difundir un “espacio de acompañamiento al embarazo inesperado”, por medio de cartelera en distintos puntos como farmacias y espacios públicos, generando ambigüedad y confusión. Estas iniciativas son contrarias al marco legal vigente, ya que no respetan la autonomía en la decisión y ofrecen una opción única frente a ese embarazo.



Cartelera en Guardia de Hospital Zenón Videla Dorna

En este sentido, es importante contrarrestar esta acometida con la difusión de derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, que brinden información clara a las personas sobre el acceso a la atención, a métodos anticonceptivos y a la interrupción del embarazo.

Por otro lado, se ha indagado a profesionales del Hospital en relación a qué sucede con los objetores de conciencia y los obstáculos que se presentan a la hora de canalizar los casos de aborto. En su discurso, plantean que no perciben grandes obstáculos, que si bien hay un único médico que realiza la práctica en este nivel de atención, toda la institución está al tanto y los casos se direccionan rápidamente. Sin embargo, desde la Colectiva Feminista Vivas, estamos al tanto de profesionales que obstaculizan la práctica y ejercen presión sobre las usuarias del Hospital para que continúen con un embarazo no deseado, violando así la Ley 27.610 de IVE.



Algunas propuestas para mejorar los servicios

Se pensaron una serie de propuestas que permita mejorar la atención en salud sexual y salud reproductiva.

Promoción de la salud y los derechos sexuales

- ✦ Impulsar campañas de comunicación y promoción sobre salud sexual, reproductiva y no reproductiva, en el territorio y por redes sociales oficiales.
- ✦ Promoción sobre el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos en articulación con diversos actores de la comunidad.
- ✦ Dar a conocer a la población la Consejería en IVE que funciona en una de las unidades sanitarias.
- ✦ Profundizar la difusión y el conocimiento de los puntos importantes de la Ley de IVE a mujeres y otras identidades con capacidad de gestar en los distintos espacios de salud y por redes sociales oficiales.
- ✦ Realización de talleres de salud sexual, métodos anticonceptivos, derechos sexuales y reproductivos, etc., con población de los parajes rurales.
- ✦ Promoción de los derechos de las personas con discapacidad.

Fortalecimiento de los equipos de salud y organización institucional

- ✦ Fortalecimiento de la Consejería de salud sexual y reproductiva en el segundo nivel de atención.
- ✦ Dar lugar a la reflexión y al debate en los equipos de salud de ambos niveles que permitan que hayan constantes replanteos sobre las buenas prácticas y los roles de género presentes tanto en los profesionales de la salud como en la sociedad.
- ✦ Capacitación
- ✦ Capacitación en perspectiva de género y derechos humanos para el personal de salud.
- ✦ Sensibilización sobre IVE/ILE y salud sexual a más equipos de salud, incluyendo al personal administrativo, de enfermería y ecografistas, en todos los centros de salud del municipio.
- ✦ Capacitación a más profesionales de la salud sobre la atención de IVE en primer y segundo nivel de atención.

Referencias bibliográficas

- ✦ “Acceso y calidad de atención de la salud sexual y reproductiva e Interrupción legal del embarazo en Monte” (FUSA; Vivas Colectiva Feminista - 2020).
- ✦ Ministerio de Salud de la Nación (2018) Consejerías en salud sexual y salud reproductiva.
- ✦ Ministerio de Salud de la Nación “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo”. Edición 2021.

