

2004

Adolescentes de 15 a 17 años de edad que han efectuado una maniobra abortiva : intervención del servicio social hospitalario

Arbelo, Mariano

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1028>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Ingr

Biblioteca L.C.S. y S.S.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
LICENCIATURA EN SERVICIO SOCIAL

Por: ARBELO, Mariano

RAMÍREZ, Ana

Directora: Lic. en S. S. MOLEDDA, Marcela

Co – directora: Dra. REDI, Maria Cristina

**Titulo: ADOLESCENTES DE 15 A 17 AÑOS DE EDAD QUE HAN
EFECTUADO UNA MANIOBRA ABORTIVA: INTERVENCIÓN DEL
SERVICIO SOCIAL HOSPITALARIO**

Biblioteca	L.C.S. y S.S.
Inventario	signatura top
2506.	
Vol	Templar: 1
Universidad Naci.	de Mar del Plata

Agosto de 2004

Mar del Plata – Buenos Aires

Argentina

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres, a mi marido, a mi hija, a mis amigos y quienes
en menor o mayor grado me ayudaron a concluir con este sueño.

Ana

A mis padres quienes me acompañan permanentemente.

Mariano

AGREDECIMIENTOS

A las Lic. Marcela Moleda y Lic. Ana María Martín por su predisposición permanente y acompañamiento en la realización de la tesis, buscando una profesionalidad en constante superación y compromiso social.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TABLA DE CONTENIDO	III
INTRODUCCIÓN	1
CUERPO DE LA OBRA	3
CAPITULO I	
- Contenido:	
Aborto.	
Estadísticas generales.	
Marco jurídico en torno al tema.	5
CAPITULO II	
- Contenido:	
Adolescencia:	
Aspecto socio – familiar.	
Aspecto sanitario – educacional.	
Posibles consecuencias de la interrupción voluntaria del embarazo.	15
CAPITULO III	
- Contenido:	
Intervenciones profesionales respecto al tema.	23

CAPITULO IV

- Sumando algunas reflexiones. 31

CAPITULO V

- Propuesta de trabajo. 40

ANEXOS 53

BIBLIOGRAFÍAS 79

INTRODUCCION

[Desde una investigación teórico pragmática realizada en el Hospital Interzonal General de Agudos sobre el tema del aborto se visualiza la ausencia de la intervención del Servicio Social, siendo este el disparador para la presente investigación.

El universo que tomamos para realizar nuestro trabajo de tesis de grado es el adolescente de 15 a 17 años de edad que ha efectuado una maniobra abortiva, centrándonos en los casos que han llegado a los Servicios Sociales hospitalarios.]

En una primera parte se realiza una investigación bibliografica sobre el aborto, estadísticas y marco jurídico en torno al tema.

En segunda instancia se puntualizan aspecto socio – familiar y sanitario – educacional del adolescente en cuestión, y posibles consecuencias de la interrupción voluntaria del embarazo.

Posteriormente se detallan intervenciones profesionales respecto al tema pertenecientes a las instituciones: Hospital Interzonal General de Agudos “Oscar Eduardo Allende”, Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Victorio Tetamanti”, Municipalidad del Partido de General Pueyrredon – Instituto Rómulo Echeverry de Maternidad e Infancia, Zona Sanitaria VIII – Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires – Área de Maternidad e

Infancia y Poder Judicial Provincia de Buenos Aires – Tribunal de Menores N° 1,
2 y 3.

En el cuarto capítulo se hacen una suma de reflexiones sobre el tema, y por último damos lugar al capítulo quinto donde plasmamos la propuesta de trabajo.

CUERPO DE LA OBRA

CAPITULO 1

Contenido:

- Aborto.
- Estadísticas generales.
- Marco jurídico entorno al tema.

El tema de la interrupción voluntaria del embarazo (aborto) y anticoncepción ha sido, con diferentes matices pero sin distinción de regímenes políticos, sistemáticamente excluido como preocupación de las políticas sociales y de las estadísticas oficiales.

En la actualidad, diferentes discursos ideológicos se disputan el derecho a definir y calificar la naturaleza del aborto como los movimientos feministas, los movimientos pro y anti aborto, la Iglesia y la Ley entre otros.

La palabra aborto proviene del latín abortus, no nacer. Al respecto, adherimos a la definición del termino aborto como “la muerte de un niño o niña en el vientre de su madre producida durante cualquier momento de la etapa que va desde la fecundación hasta el momento previo del nacimiento”.¹

Nos referimos a aborto espontáneo, cuando la muerte es producto de alguna anomalía o disfunción no prevista ni deseada por la madre.

¹ - Organización Mundial de la Salud (O. M. S.); 2000.

Suele entenderse por aborto provocado, cuando se habla de la muerte del embrión o feto, que se procura de cualquier manera: doméstica, química o quirúrgica.]

Estos tipos de interrupción voluntaria del embarazo se produce a través de los siguientes métodos²:

- ☛ Por envenenamiento salino.
- ☛ Por succión.
- ☛ Por dilatación y curetaje.
- ☛ Por “D & X” a las 32 semanas.
- ☛ Por operación cesárea.
- ☛ Mediante prostaglandinas.
- ☛ Pastillas RU – 486.
- ☛ OXAPROST.
- ☛ Metotrexate y misoprostol.
- ☛ Otro procedimiento que se utiliza para hacer abortos tardíos, es la inyección de prostaglandinas.
- ☛ Hogareñas, utilizan hierbas, pótimas “mágicas”, prácticas espiritistas, agujas punzantes, catéteres urinarios, sustancias tóxicas y acciones de todo tipo se siguen empleando para expulsar el embrión no deseado.

² - En el Anexo N° I, se amplían cada uno de los métodos señalados.

[Estadísticamente, en el mundo se realizan entre 50 a 60 millones de aborto cada año, la mayoría de ellos ilegales, clandestinos e inseguros. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud unas 500.000 mujeres mueren, anualmente, a consecuencias de éstos abortos peligrosos.]

En la consulta estadística sobre el tema de referencia, hemos encontrado que, autores como Koontz y Conly³ de acuerdo a una investigación producida hace unos años, afirman que cada año en el mundo ocurren por lo [menos cinco millones de abortos provocados entre las mujeres de 15 a 19 años.]

“Las estadísticas internacionales señalan que uno de cada tres a cinco abortos inducidos practicado por personal no especializado, requiere hospitalización. A medida que el “proveedor” mejora su técnica, esta proporción descende una para cada 10.”⁴

[La Argentina adhiere desde su construcción cultural y constitucional a la doctrina de la religión Católica Apostólica Romana, quien enuncia dentro de sus principios éticos estar en contra de la interrupción voluntaria del embarazo y/o métodos de control de la natalidad. Sin embargo también se pronuncia en nuestra Constitución Nacional, al respecto de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes que se encuentran

³ – S. Koontz and S. R. Conly; “Youth at Risk: Meeting the sexual needs of Adolescents – Population Action International; Washington – D.C.; 1994.

⁴ - Aller Atucha, Luis María; “Aborto y sexualidad – El compromiso y el papel de los sexólogos.

contemplados en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW), como también se establecen lineamientos para el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y jóvenes en las Plataformas de Acción de la Cumbre Mundial de Población y Desarrollo (El Cairo 1994) y la Plataforma de Acción de la Cumbre Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), a los cuales adhiere desde 1994.

En nuestro país no hay registros exactos, pero se considera que existe un aborto por cada tres embarazos. Esto es penado por la ley (ANEXO II), siendo la penalización tanto para el que lo realiza, como para la que se lo realiza, autorizándose el aborto solo cuando peligra la vida y la salud de la madre y si el embarazo proviene de una violación o un atentado al pudor cometido sobre la mujer idiota o demente.

De acuerdo a un artículo publicado en el diario La Nación del día 15/02/2004 (ANEXO III), en la Argentina se practican cerca de 500.000 abortos clandestinos por año, siendo esta la primera causa de mortalidad materna ubicándose los casos de los sectores rezagados e indigentes, que se realizan en forma incompleta y con medios sanitarios precarios, lo que eleva los riesgos y la mortalidad de las mujeres que se someten a esta práctica. Esta situación de ilegalidad, es presumiblemente, una de las causales de la falta de registros estadísticos sobre el tema.

En el marco jurídico argentino, la vida está protegida desde el momento de la concepción por la incorporación del Pacto de San José de Costa Rica a la Constitución. Establecer, empero, si en el momento en que se produce la vida, con la fecundación del óvulo, también se conforma la persona o el ser humano es primordial para el debate sobre el aborto, ya que ninguna persona puede ser privada de la vida arbitrariamente. Pero si el embrión no es considerado persona o ser humano – discusión que se extiende al campo de la clonación -, su derecho no estaría tan ampliamente resguardado. Este punto es uno de los más medulares que concentra debates.

Según informe emitido el día 13/10/2002 en un programa televisivo (TN), se indicó que en la Argentina se practicaron cerca de 400.000 abortos en el año 2002, internándose 55.000 mujeres por complicaciones de aborto, y en tanto el 37% de los embarazos no llegaron a termino, debido a la realización de abortos provocados, existiendo una variación creciente de 100.000 casos con respecto al año 2003.

De acuerdo al diario Página 12 del día 21/01/2003 (ANEXO IV) en los últimos cinco años la atención en los hospitales por complicaciones de aborto a crecido un 46%; con picos de aumento de 148% en San Luis, 143% en La Rioja y 103 % en Santiago del Estero, llegando la principal institución de maternidad de Santiago del Estero a quedar completamente vacío el banco de sangre debido a las transfusiones de sangre que debieron realizarse por los números excesivos de abortos.

En el Hospital Pablo Soria, de Jujuy, jóvenes de 20 años llegan con complicaciones graves por abortos provocados atendiéndose en el año 2001, 2501 abortos incompletos. En el Hospital Ferrando, de Resistencia, los ingresos registrados a aumentado en un 45 % en los últimos 5 años, mientras que en Tucumán el incremento fue del 33 %, según datos obtenidos por la Sra. Dora Coledesky (integrante de la Comisión por el Derecho al Aborto).

“Ginecólogos y obstetras de las provincias señalaron que el crecimiento se ve particularmente entre adolescentes, muchas de las cuales están perdiendo útero y ovarios por la gravedad de los cuadros con que ingresan a la guardia. Las causas de semejante salto obedecen a la imposibilidad de las mujeres de acceder a anticonceptivos ... que antes podían pagar un aborto seguro en un consultorio clandestino y hoy llegan con hemorragias a las salas hospitalarias.”⁵

El mismo medio de comunicación, señala que hubo un incremento en las menores de 20 años, del total de ingresos por complicaciones de abortos en el año 2000, de las cuales 555 correspondieron a niñas de 10 a 14 años, y 11.015, a adolescentes de 15 a 19 años.

En un estudio realizado por el Ministerio de Salud - Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2001), la mortalidad materna por causas de

⁵ – Pagina 12 “Radiografía del aborto en la Argentina; Bs. As. – Argentina; 21/01/2003.

aborto es del 28,8 % en relación a causas obstétricas indirectas que es del 13,5% y por causas obstétricas directas que es del 57,7% (ANEXO V)

En el “Foro por los Derechos Reproductivos” realizado en la ciudad de Buenos Aires, durante el mes de abril de 2003, se considera que el único registro estadístico sobre interrupción voluntaria del embarazo surge de las internaciones por complicaciones post – abortivas de hospitales públicos, que corresponden mayoritariamente a las mujeres de los sectores más carenciados.

A partir de un estudio realizado en el año 1996, por los Lic. Luis Maria Aller Atucha y Lic. Jorge Pailles se puede decir en términos de salud pública el aborto costó en ese año, en nuestro país de un total de 350.000 a 400.000 casos, alrededor de \$ 57.000.000 anuales, es decir que se gastaron más de \$ 150.000 diarios en atención de abortos complicados; estimando el tiempo de internación por complicaciones de aborto alrededor de seis días solamente los casos que necesitan de un legrado mientras que los casos de alta complicación pueden demandar más de dos semanas.

A nivel local son el Hospital Interzonal General de Agudos (H. I. G. A.) y el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (H. I. E. M. I.) son las únicas instituciones en la ciudad, que declaran atender casos de adolescentes con consecuencias abortivas.

El tema del aborto, va dejando de ser un tema de competencia exclusiva de la conciencia interna, para delinearse como tema de salud publica,

de derecho liberal o de política de bienestar, evidenciándose a través de la aprobación de la Ley de Salud y Procreación Responsable Nacional, implementándose de manera paulatina en las distintas provincias (ANEXO VI), teniendo como precedente la Ley de Salud Sexual y Reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires aprobada el 23 de junio del año 2000.

Este tema es abordado también por la bioética, siendo esta una disciplina que realiza “estudios sistémicos de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud en la medida en que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales”⁶, es decir que es el intento de comprender hechos específicos sobre los diversos temas y las relaciones que surgen en el mundo médico para aplicar de manera más precisa las reglas morales justificadas por las teorías éticas de dichos facultativos.

Dentro de la bibliografía consultada encontramos en unos de los artículos la relación con el tema, a través de la medicina, la practica de la eutanasia – “buena muerte, muerte suave” - con el tipo de eutanasia pasiva o no voluntaria “que es aceptable desde el punto de vista moral sucediéndose cuando se carece del consentimiento de la persona, dado que el paciente es incompetente para proveerlo y no puede expresar sus deseos”; siendo el otro tipo sin relación como la eutanasia activa o voluntaria “que no es aceptada de

⁶ - HOOFT, Pedro Federico; “Bioética y Derechos Humanos – Temas y casos”; edit. Depalma; mayo; 1999.

igual manera pero el paciente competente, después de evaluar la información necesaria sobre su condición, solicita la misma”.⁷

El tema del aborto es una decisión que es libre pero no siempre es ética, el decidir es serio y por ello, toda determinación con respecto a esto debe ser cuidadosamente evaluada de acuerdo a los principios éticos tanto de la persona que se lo efectúa como del que lo realiza.

Este capítulo pretendió, por un lado, presentar algunas estadísticas oficiales mundiales y nacionales que se conocen sobre el tema en cuestión; y también compartir - lo que a nuestro criterio constituyen - las principales líneas de discusión al respecto. No descartamos, ni desconocemos la existencia de otras posiciones relacionadas con el aborto, sin embargo consideramos que el encuadre jurídico, político, religioso y médico vigente, practicado en lo cotidiano, se encuentra aunque resumido presente en esta parte. Contextuar el tema elegido en la presente tesis, nos inicia en el reconocimiento de una problemática, que en el caso de la adolescencia, aumentaría las cifras de riesgo potencial, sino se logra acceder preventivamente.

⁷ - MEJIA RIVERA, Orlando; “La muerte y sus símbolos – Muerte tecnocracia y posmodernidad”; edit. Universidad Antioquia; Colombia; 1999.

CAPITULO 2

Contenido:

- Adolescencia:
 - Aspecto socio – familiar.
 - Aspecto sanitario – educacional.
 - Posibles consecuencia de la interrupción voluntaria del embarazo.

La palabra adolescencia proviene de dos raíces distintas y de acuerdo a que origen le demos mas importancia se vera la actitud que tomaremos frente al adolescente.

Si partimos de la combinación entre “ad y adoleceré” que significa faltar o sufrir, se manifiesta una actitud tal vez negativa que acrecentara la de por si difícil situación del chico. Particularmente, preferimos partir de la raíz “adolescencia y adoleceré”, que se refiere específicamente al crecimiento, o sea: un adolescente esta creciendo, se prepara para la adultez.

Este trabajo adhiere a lo distinguido por la Organización Mundial de la Salud, cuando expresa que es la edad comprendida entre los 15 y los 17 años, que constituye un momento clave en la existencia del hombre. Durante la misma, se forma la identidad y se empiezan a asumir decisiones trascendentes frente a oportunidades que la vida ira brindando (proyecto de vida).

El adolescente pasa por un proceso de ensayo y error, que permite ir modelando el ser persona durante esa etapa a través de la existencia

de dispositivos sociales, educativos y recreativos adecuados que sirven de soporte para su desarrollo.

Existe una urgencia abrumadora de cambios a todo nivel en esta etapa, siendo un período de crisis y crecimiento donde se construye la identidad e independencia personal.

Donde se tiene la necesidad de estar solo y replegarse en su mundo interno para desde este recogimiento salir a actuar en el mundo exterior.

La cotidianidad de las relaciones grupales opera como una especie de cemento de todo lo nuevo que se va gestando, encontrándose como primer grupo, al familiar el cual es muy importante.

No obstante, la construcción de la identidad no es únicamente la histórica parental, ni la de los adultos en general. Existen referencias horizontales: los grupos de pares. Los intercambios y los movimientos que se suscitan a través de estos grupos, también constituyen un eslabón clave en la conformación de la identidad adolescente, porque se trata de un ensamblaje cualitativamente distinto entre lo histórico que se va reestructurando y lo actual.

Comienza un hecho que es el pasaje de lo familiar a lo extrafamiliar, y con sus vicisitudes, conflictos y tensiones deviene, en otro tipo de apropiación: la de lo social. Ahora lo social se ha extendido, ya no son sólo las figuras primarias (padres y hermanos), aparecen los amigos, los amores, los diferentes actores sociales. Cuerpo y sociedad se entrelazan e ínter penetran

en donde la continuidad del yo se extiende al grupo familiar, este proceso sólo se logra con la asunción de status y roles que la sociedad nos ofrece, como adolescentes y jóvenes.

La personalidad no es una ecuación individual, sólo es posible conformarla en relación con los demás, en el medio y la cultura de nuestra actuación y en este interaccionar se va gestando la integración ineludible en la evolución común del adolescente.

El adolescente se encuentra en un proceso continuo de aprendizaje interno y externo, donde la información y la educación intervienen en desarrollo de su personalidad. Debido a esto, resulta de suma importancia la generación de propuestas donde este grupo pueda integrarse, canalizando potencialidades que permitan el enriquecimiento de su relación con los demás, generando espacios “saludables”, donde la actividad sea un recurso complementario en propuestas preventivas y promocionales de salud, constituyendo canales de apertura, participación, comunicación y respeto.

Puesto que la salud, es un componente central del desarrollo humano, su promoción tiene que abarcar un ámbito de acción mucho mas amplio que el usualmente constituido por los sistemas y servicios de salud. Asimismo esta promoción, debe ser abordada interdisciplinariamente.

La adolescencia es, sin dudas, una etapa clave en dicho proceso de aprendizaje y formación, adquiriendo una capacidad para relacionarse, a través de lo afectivo vincular con el otro, siendo lo sexual uno de

los aspectos fundamentales en esta etapa. Por ello, es necesario realizar (específicamente en el caso de las mujeres) controles sanitarios ginecológicos en donde se informe sobre métodos de anticoncepción y cuidados genitales, de manera regular.

En la adolescente, la sexualidad es confundida con el deseo sexual y por ende atraviesa la decisión de iniciar relaciones sexuales (generalmente después que el varón), la posibilidad de enfermedades de transmisión sexual (E. T. S.), el manejo de la fertilidad, el embarazo no deseado, la interrupción voluntaria del embarazo.

La Organización Mundial para la Salud (2000) expresa que a las adolescentes puede faltarles información sobre la salud sexual / reproductiva y es posible que no actúen adecuadamente en las cuestiones relacionadas con este tema, que no tengan la capacidad ni una actitud negociadora en las relaciones íntimas, lo que podría causar que no participen adecuadamente en el cuidado de sus propios hijos.

El momento del ciclo de vida reproductiva en el cual una mujer decide realizarse un aborto constituye un dato de relevancia para comprender el sentido de esa acción. Las condiciones familiares y personales que rodean una decisión de aborto, así como el conjunto de configuraciones culturales de las que la mujer es portadora, se articula y crean una disponibilidad hacia la interrupción del embarazo, para la cual el momento del

ciclo de vida de la mujer y de la familia funcionan como contextos que pueden desestimular o reforzar una decisión.

Las razones por las cuales una mujer quiere continuar un embarazo constituyen una problemática compleja y equivoca donde se intersectan, refuerzan contradicen y anulan motivaciones conscientes e inconscientes, individuales y familiares, sociales y culturales.

La mayoría de las mujeres pueden quedar embarazadas otra vez en dos o tres semanas, después de haberse realizado un aborto; expresando algunas de ellas que se sienten aliviadas, o que tienen sentimientos mezclados, en tanto otras pueden sentir tristeza o estar en un estado de pérdida y/o enfado.

Para finalizar, se señalan algunos de los trastornos psicopatológicos mas frecuentes que aparecen en la mujer después de un aborto, podemos mencionar⁸:

- Cuadros depresivos que acompañan de un sentimiento grande culpabilidad. Sentimientos de culpa en muchos casos irreversibles. Y, unido a esto, una necesidad muy grande de reparar.
- Trastornos de conducta. Se observa que, casi nunca, el aborto es un hecho aislado, sino que se acompaña de otra serie de

⁸ – GOMEZ LAVIN; “Consecuencias patológica del aborto en la mujer”; edit. Alfa y omega – N° 122; 13/06/1998.

trastornos de conducta importantes, muchas veces patológicos: toxicomanía, alcoholismo, perversión sexual, intentos de suicidio. Trastornos importantes de conductas que suponen un deterioro grande de la vida personal, familiar y social.

- Dificultad para establecer relaciones interpersonales. Se da una incapacidad para contraer vínculos duraderos.
- Se ve que el aborto tiene un efecto destructor sobre la relación de pareja, y que estas mujeres tienen como una incapacidad para contraer vínculos duraderos y para poder establecer una buena relación interpersonal.
- Actitud de auto agresión y de repulsión, que se puede extender a los demás. Son mujeres que, a la vez tienen una gran necesidad de afecto, apoyo y atención, no es infrecuente que presenten un síndrome independentista.
- Con frecuencia tienen sueños y pesadillas en los que todos le acusan incluso el propio feto.
- Depresión de aniversario, en torno a las fechas del aborto o del posible cumpleaños del bebe.

Fue propósito de este capítulo, presentar los aspectos socio-familiares en la adolescencia, sumándole la importancia de la prevención en la configuración de este tipo de situaciones. En esta configuración, indefectiblemente intervienen aspectos vinculados a la familia, pero del mismo

modo, son igualmente determinantes la experiencia que junto a pares se comparte, la posibilidad de acceder preventivamente a controles médicos y la información que se tenga al respecto.

Lo anteriormente mencionado, en su conjunto, posibilitarán incrementar la calidad de vida y con ello, entender la salud como proceso histórico, social y esencialmente político; resultante de los estilos y condiciones de vida de los pueblos, determinado y condicionado por múltiples factores.

CAPITULO 3

Contenido:

- Intervenciones profesionales respecto al tema.

Una vez explicitado el marco conceptual y contextual sobre el tema, resulta oportuno reconocer el particular modo en que impacta el marco señalado, visualizado en las respuestas en torno al aborto en la adolescencia, desde diferentes intervenciones profesionales. Para ello se efectuaron diversas entrevistas a trabajadores sociales, médicos y abogados.

Los datos obtenidos, para una mejor comprensión, se presentarán agrupados por institución:

Hospital Interzonal General de Agudos (H. I. G. A.) – Dr. Oscar Eduardo Allende.

De acuerdo a los datos obtenidos, pudo conocerse que desde el Servicio Social (ANEXO VII), durante el año 1999, se trabajó junto a voluntarios, psicólogos y médicos, en torno a las problemáticas comunes en el adolescente. El trabajo se realizaba mediante talleres, abordando distintos temas, buscando la reflexión a través de actividades como por ejemplo el dibujo. El mismo se disolvió por falta de organización e interés por parte de la dirección del Hospital.

Actualmente cuando llega una adolescente a la guardia con un aborto provocado se la atiende en el servicio de ginecología y luego se la

deriva a consultorios externos, generalmente para brindar información en relación a la anticoncepción, con previa denuncia al juzgado y citando a los padres o pareja de la misma.

No obstante, y según referencias de la persona entrevistada de Servicio Social, existe un procedimiento estipulado en caso de recibir casos de aborto, los cuales “nunca atendieron”.

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (H. I. E. M. I.) – Dr. Victorio Tetamanti.

El Servicio Social entre los años 1987 y 1991, participó de una experiencia denominada “Consultorio para Adolescente” integrado también por una enfermera y dos ginecólogas. El objetivo era abordar temas de educación para la salud que interesaran a esta franja etarea, en lo referido al cuidado en el embarazo, preparación para el parto, estimulación del bebe y cuidado del mismo.

Las adolescentes que participaban del taller consultaban de manera indirecta métodos de anticoncepción y lugares donde efectuarse la interrupción del embarazo. El grupo era sustentado de manera informal, sin el apoyo institucional. Actualmente solo continúa una médica por iniciativa propia en dicho consultorio .

Ante la presentación de un caso de aborto el Servicio Social procede de la siguiente manera: realizar la denuncia al Tribunal de turno y

comunicar a la pareja y/o familiar de la adolescente para que luego siga el caso el Tribunal que haya intervenido.

Los datos sobre abortos declarados en el Hospital son inexactos, pudiéndose establecer que llegan aproximadamente cien casos de abortos incompletos por año de los cuales dos o tres de cada uno de ellos son provocados, sin ser declarado por la paciente o familiar porque esto llevaría a una denuncia penal.

En relación al perfil socio – familiar de la adolescente, generalmente son los padres quienes toman la decisión de realizar la interrupción del embarazo. La adolescente se caracteriza por ser de clase media baja, familias amplias (numerosas), familias ensambladas, jefa de familia (matriarcal) y adolescentes solas, en su mayoría con presencia de familia: paterna, materna o de su pareja. La adolescente que interrumpió voluntariamente su embarazo, luego transcurre una etapa denominada “vacío o duelo”, teniendo una mayor predisposición a quedar embarazada nuevamente culminando de la misma manera que el embarazo anterior.

**Municipalidad del Partido de General Pueyrredon –
Instituto Rómulo Echeverry de Maternidad e Infancia (I. R. E. M. I.).**

Desde esta institución a través del Programa Nacional de Salud y Procreación Responsable (ANEXO VIII) se trata que la mujer evite la interrupción voluntaria del embarazo mediante la educación sexual, acceder a

métodos anticonceptivos y prevenir las Enfermedades de Transmisión Sexual (E. T. S.).

No obstante, se reconocen ciertas contradicciones en la puesta en marcha de un programa, que tiene legalidad, pero cuyos fondos asignados, obstaculizan y/o dificultan su implementación real.

Como dato de relevancia se menciona que las mujeres que concurren al servicio de ginecología de dicha institución entre el 40% al 50%, tienen como consulta la interrupción voluntaria del embarazo.

Zona Sanitaria VIII – Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires – Área de Maternidad e Infancia.

Mediante normativas que abordan el tema se identifican casos de muertes por abortos, a través de intervenciones medicas por infecciones en el útero y tumores en los ovarios, siendo ésta la segunda causa de mortalidad materna.

Los casos detectados, generalmente, son cuando la mujer se encuentra en riesgo de vida debido a un aborto incompleto, (casero). El profesional médico interviniente se encuentra, en la obligación de realizar la denuncia del caso al juzgado de turno. A pesar de ello y atento a que las instancias de citaciones por parte del Tribunal al facultativo médico son reiteradas, muchas veces éste último se encuentra en la disyuntiva entre le

denuncia correspondiente (vinculado a la ética profesional) y la participación en una instancia altamente burocrática.

Poder Judicial Provincia de Buenos Aires – Tribunal de Menores Nº 1, 2 y 3.

Las profesionales del Servicio Social de éstas instituciones ante un caso de aborto desempeñan su trabajo de acuerdo a Ley 10.067 y Convención Internacional del niño, dicha Ley en su artículo 23 establece los procedimientos a seguir por el juez: una primera audiencia (escuchar al menor), una revisión médica, una entrevista psicológica, y un informe socio – familiar – ambiental.

En la interrupción voluntaria del embarazo, la intervención del Servicio Social consiste en observar la responsabilidad del adulto tanto del que lo realizó, como el familiar que insto dicho acto, siendo tratado desde el fuero penal en esta situación, siendo la adolescente no punible por ser menor de edad. Evaluándose también la tutela o guarda, así como también la posibilidad de internación, en caso de ser necesario. La inducción por parte de familiares a la realización del aborto, es lo que predomina generalmente, según expresiones de los profesionales entrevistados.

De acuerdo a las entrevistas realizadas, podemos, a manera de síntesis señalar, las siguientes cuestiones:

- Ambos hospitales locales, han desarrollado estrategias tendientes al tratamiento y prevención de la problemática, por reconocer su magnitud y complejidad; no obstante, las mismas no lograron “interesar” a los respectivos Directores, motivo por el cual, carecieron de apoyo principalmente financiero y de organización técnico – administrativa.
- Existen “intervenciones” jurídico – políticas que abordar el tema; muestra de ello lo constituyen las normas legales vigentes y la creación de departamentos y programas de salud, tanto a nivel ministerial como municipal. Sin embargo la deficiente articulación y la escasa asignación de recursos técnicos y económicos, impiden avances significativos en materia de prevención. Ejemplo de ello, lo constituyen las salas y/o centros de salud, que irregularmente cuentan con anticonceptivos y donde, debido a la demanda de atención en general, se implementan respuestas limitadas para trabajar preventivamente evitando la configuración de una posible situación de embarazo no deseado.
- Las cifras generales en relación al aborto adolescente, son contundentes y alarmantes; a pesar de ello se carece de cifras a nivel local, vinculado principalmente a los “motivos declarados” al momento del ingreso e internación. Los mismos pueden ser “identificables” por el profesional médico, quien no siempre lo declara para evitar ingresar a un sistema caracterizado por la lentitud y el “papeleo”.

- Se puede apreciar que las intervenciones profesionales (médicos, abogados y trabajadores sociales) surgen de posicionamientos individuales, más que la discusión teórico – epistemológica producida en torno a la concepciones y prácticas dominantes.
- En el caso del Servicio Social, no existe una marcada participación en la construcción de un nuevo paradigma conceptual y práctico en relación al tema, generando e interviniendo en la producción y transformación de los servicios de salud, así como también analizando y revisando críticamente el papel, la inserción y el aporte singular del trabajador social en este proceso.

Capitulo 4

Sumando algunas reflexiones

En el presente capítulo señalaremos algunos posicionamientos en torno de lo hasta aquí indagado, no a modo de cierre y/o conclusiones, sino como nuevo punto de partida.

Al iniciar el abordaje del tema, nos encontramos, en lo que refiere a la bibliografía, con investigaciones mínimas o dentro de otro tema como puede ser, prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, anticoncepción, embarazo adolescente, entre otros. Esta situación obstaculiza, sin lugar a dudas, la constante reflexión sobre la propias prácticas profesionales y a reorientar la planificación de futuras acciones de trabajo con adolescentes.

Es indiscutible, de acuerdo a las cifras generales surgidas de la estadística de organismos internacionales, así como también de serios medios de comunicación, que los casos de aborto se incrementan año tras año en el mundo y en nuestro país. Por lo cual deducimos que existe un aumento en el costo de atención social – sanitaria pública, pese al hermetismo y en algunos casos “ocultamiento” del tema.

De este modo, resulta que en los Hospitales de la Provincia de Buenos Aires se utilizan como sinónimos del tema en cuestión, a categorizaciones como infecciones en el útero, tumores en los ovarios y demás rótulos, siendo ésta la segunda causa de muerte en las adolescentes embarazadas en esta provincia.

Se puede apreciar falencias en la atención post – aborto, vinculada íntimamente al escaso interés en el tema de los abortos hospitalizados, como un grave problema de salud pública.

De acuerdo a lo expresado por los distintos profesionales entrevistados, se puede decir que el aborto es una problemática existente en las instituciones, pero, debido a su cuestión de ilegalidad este es difundido entre los profesionales de manera indirecta, es decir, que se sabe de su existencia, pero sin expresar datos estadísticos, condicionando así la implementación de futuros programas y/o proyectos.

En la ciudad de Mar del Plata en los Hospitales H. I. G. A. e H. I. E. M. I., las pacientes adolescentes que ingresan con consecuencias de una maniobra abortiva, son asistidas sanitariamente sin solicitar de manera regular la intervención del Servicio Social de los nosocomios; exceptuando cuando el médico interviniente toma la decisión, de acuerdo a “sus razones” éticas y/o morales, de declarar el caso, como sucede cuando la paciente corre riesgo de vida.

Los Servicios Sociales de ambos hospitales públicos ante un caso de interrupción voluntaria del embarazo de la adolescente, mayoritariamente limitan su intervención profesional a un proceso burocrático institucional, sin generar espacios estratégicos, que permitan la apropiación de conocimientos y prácticas necesarias para el cuidado de la salud, y de este modo, mejoras en la calidad de vida.

Se puede decir que los objetivos de ambos hospitales son la intervención en problemáticas agudas de salud, siendo el tratamiento del Servicio Social desde una misma postura, evidenciándose que debido a la demanda poblacional es imposible hacer un seguimiento de cada caso, y observándose la mirada transdisciplinaria como posible abordaje.

En relación a la adolescencia y como ya fuera señalado, la misma constituye una etapa de transición, entre la infancia y la adultez, en que la persona atraviesa múltiples cambios a nivel físico, cognitivo, psicológico y social, lo cual trae aparejado cierto desequilibrio e inestabilidad.

Esta conceptualización sería incompleta, sino se señalara que la adolescencia constituye una construcción histórico – social, es decir, no siempre ha existido con las características que hoy la conocemos, sino que el tránsito de la infancia a la edad adulta se ha desarrollado de diversas maneras en distintos momentos históricos.

Por otra parte, la sexualidad debe ser considerada necesariamente en estrecha relación con el concepto de género, dado que se configura en un espacio que pone en juego de forma permanente las relaciones de poder entre hombres y mujeres, a la vez que muestra la reproducción de roles y expectativas dominantes que la sociedad define para ambos.

En la actualidad se asocia la adolescencia y la juventud con la idea de una “moratoria”, entendiendo con este término una especie de tolerancia que brinda la sociedad a este sector de la población para postergar

exigencias propias de la vida adulta, específicamente aquellas provenientes de la familia y del trabajo. A su vez, en una misma sociedad es posible visualizar que significado de la adolescencia y de la juventud no es uniforme, sino que al interior de esta población, se concentran una multiplicidad de realidades. Dada la existencia de desigualdades sociales, ésta etapa no es vivida de igual forma por todos los que se encuentran con menores posibilidades de acceso y permanencia en la moratoria social.

El tema (de la sexualidad), debiera ser encarada desde la perspectiva de los derechos humanos. Los derechos sexuales y reproductivos reconocen la facultad de las personas para tomar decisiones libres respecto de su capacidad reproductiva y su vida sexual. Esto supone disponer de la información y los medios necesarios para hacerlo, así como de condiciones económicas, sociales y culturales que hagan posible que dichas decisiones sean libres y seguras. Estos derechos implican entonces “poder y recursos”: poder para tomar decisiones informadas y recursos para estar en condiciones de asumirlas.

La categoría de derechos sexuales incluye a la de derechos reproductivos. La primera refiere al ejercicio de la sexualidad en sentido amplio, mientras que la segunda alude específicamente a la regulación de la fertilidad. Se entienden los derechos sexuales como “el conjunto de derechos humanos inalienables que tienen las personas de tomar decisiones libres y sin coacción ni discriminación de ningún tipo sobre su propia sexualidad tanto en sus

aspectos corporales y relacionales como en sus aspectos reproductivos. Los derechos reproductivos son aquellos derechos sexuales que implican la libre determinación sobre la propia fertilidad, incluyen el derecho a no tener hijos y a tenerlos en el número, con espaciamiento y en el momento que las personas solas o en pareja, así lo decidan, sin ningún tipo de coacción, discriminación o violencia”⁹, aludiendo así al derecho a disfrutar de la sexualidad independientemente de la reproducción.

Estos derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, están contemplados en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) y en la Convención Internacional de los Derechos de Niños y Adolescentes. Dichos tratados están incorporados en nuestra Constitución Nacional a partir del 1994 y constituyen un importante instrumento para el ejercicio de los mismos. A partir de ello, queda determinado, que el derecho de los adolescentes a poseer la atención adecuada respetando el ejercicio de su sexualidad, es considerado un derecho humano básico.

A su vez, las Plataformas de Acción de la Cumbre Mundial de Población y Desarrollo (El Cairo 1994) y la Plataforma de Acción de la Cumbre Mundial de la Mujer (Beijing, 1995) establecen lineamientos para el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y jóvenes.

⁹ – PALMA, Zulema; “El aborto y los derechos sexuales desde el movimiento de mujeres en el

Existen al menos tres razones para potenciar proyectos en torno al tema del aborto adolescente:

1. Es una situación prevenible,
2. Que con ello el área de la salud puede mejorar ostensiblemente la calidad de vida y la atención general, y
3. Que los profesionales y técnicos tiene capacidad –saber- para hacerlo.

La tradicional respuesta se ve cuestionada social y técnicamente, a punto tal que es imprescindible emprender acciones de cambio, destinadas a por un lado estudiar la situación y por otro sistematizar y promover respuestas integrales de reestructuración en la atención del tema.

El estado de situación, requiere entonces de la construcción de un nuevo perfil de profesionales. Y en el caso específico del Trabajo Social, debemos reconocer el riesgo de quedar al margen de los cambios, en lugar de constituirnos en protagonistas y conductores de los mismos.

Ese perfil puede constituirse en la dirección deseada de múltiples procesos de transformación que se edifiquen participativamente, donde el punto de partida lo constituyan los requerimientos locales, procurando la consolidación de un nuevo paradigma conceptual y practico de la salud.

Actualmente pueden visualizarse prácticas desintegradas, y que por lo general, no aportan en la medida del esfuerzo realizado a mejorar el estado de salud en la población a la que asistimos.

Es necesario entender la salud como construcción de futuros, sin separarla de lo socio-cultural que la determina y a partir de esto entenderla como pensamiento y práctica sanitaria, política y social. Desde esta perspectiva, no podemos dejar de mencionar la idea de social como aquello que puede ser construido como viable¹⁰, y que por lo tanto requiere de la presencia de actores sociales.

El campo de la sexualidad ha sido históricamente objeto de la intervención del estado¹¹, si bien se han modificado los paradigmas desde los cuales se justificó esta intervención como así también las características que ella asumió. La problematización de la cuestión de la sexualidad como derecho en la agenda pública es de construcción reciente.

Más reciente aún es el debate acerca de la sexualidad en la adolescencia.

En la actualidad existe un amplio consenso en reconocer a la sexualidad como “histórica y social”. El Trabajo Social como disciplina de las ciencias sociales tiene un potencial de intervención significativo en este campo.

¹⁰ – TESTA, M; “Pensar en Salud”; edit. Lugar; Bs. As.; 1997.

¹¹ - Ver el desarrollo de Donzelot, Jacques en su obra *La policía de las familias*, en la cual expone las intervenciones diferenciales del estado tanto en las familias burguesas como en las familias populares durante fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX.

Especialmente en lo referido al desarrollo de prácticas de cuidado de la salud de los adolescentes como así también en el replanteo de las mismas en términos de igualdad de derechos entre los sexos.

La presente tesis concluye con la elaboración de un proyecto (presentado en el siguiente capítulo) en donde creemos, cobran sentido todos los enunciados aquí desarrollados.

Capitulo 5

Propuesta de trabajo

Introducción

Antes de empezar a desarrollar aspectos de la propuesta propiamente dicha, creemos importante señalar lo que a nuestro entender es el marco que atraviesa y contextualiza a la misma.

Debido a que nuestra intervención como futuros profesionales, se da en situaciones históricas concretas deberá considerarse al decir de Testa¹², a *la planificación como método*, ya que el objetivo de la planificación debe ser contribuir a promover la creación de condiciones que hagan posible la realización de acciones que conduzcan a cambios sociopolíticos y económicos. Esto requiere de establecer la relación entre propósitos, métodos para alcanzarlos y organización de las instituciones que se encargan de ello; lo que el mismo autor llama “Postulado de coherencia”.

La acción que se desarrolla en las instituciones orienta a la definición de la estrategia y precisa, en consecuencia, el significado de la planificación estratégica.

Estrategia es la forma de implementación de una política, traducida en el comportamiento de un actor social – individuo, grupo, institución – cuyo propósito es adquirir cierta libertad de acción que le permita ganar

¹² - TESTA, M; “Pensar en Salud”; edit. Lugar; Bs. As.; 1993.

espacio de maniobra para el logro de los objetivos deseados. Estos objetivos son el contenido específico de la política, en tanto que política es la propuesta acerca de la distribución del poder, lo cual nos remite al aspecto central del pensamiento estratégico.

Fundamentación

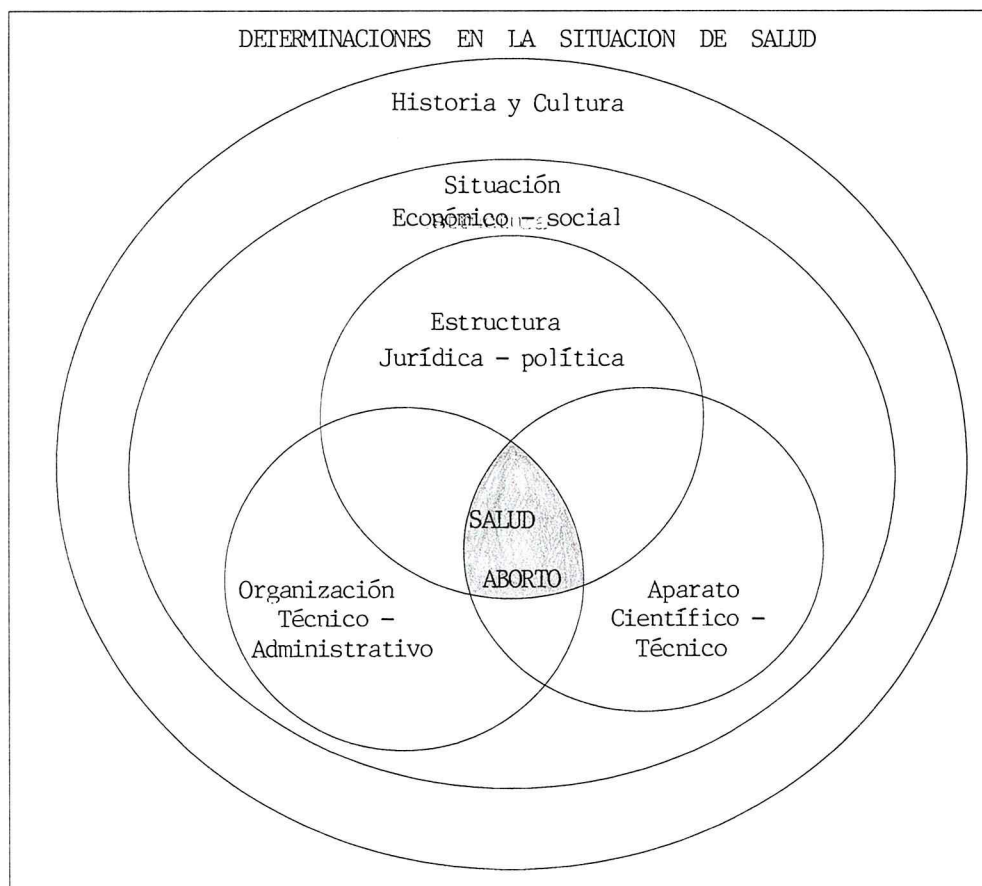
Esta categoría nos remite a la presentación de criterios (argumentación lógica) y/o razones que justifican la realización de un proyecto.

Luego de lo indagado y señalado en capítulos anteriores, abordaremos los aspectos vinculados a la fundamentación desde cuatro ejes centrales:

- Concepto de salud adherido y determinantes involucrados,
- Integralidad e integración de las acciones desde la propuesta,
- Razones básicas para potenciar esta alternativa, y
- Lugar del Trabajador Social. Sin desconsiderar el lugar de otras disciplinas, esta tesis de grado es específica de Servicio Social. Sin embargo queremos resaltar el hecho que el aborto es una problemática transdisciplinaria, y esta posición mantiene una profunda relación con la idea de política a la que adherimos y ya enunciamos precedentemente.

“La salud es un proceso histórico, social y esencialmente político resultante de los estilos y condiciones de vida de los pueblos y determinado y condicionado por múltiples factores. En cuanto la salud constituye en sí misma y es la resultante de un proceso social, toda dimensión que de ella se analice u opere se encuentra atravesada por la categoría poder, entendiéndose que el mismo se expresa cuando menos en cuatro ámbitos: el poder cotidiano, el poder político, el poder técnico y el poder administrativo.” - Silvia Malvárez (1995).

Esta concepción requiere de mirar la salud, como la consecuencia de tres órdenes:



Estos tres campos se encuentran interrelacionados y se condicionan mutuamente. Toda propuesta que se pretenda debe ser considerada desde esta mirada, puesto que como ya quedo demostrado, actualmente las instituciones sanitarias estatales cubren aspectos emergentes desde los grupos voluntarios profesionales que atienden la demanda espontánea llevando un trabajo desestructurado y sin legitimación financiera institucional, demandando un doble esfuerzo en cuanto a la atención espontánea y al seguimiento en los casos que requieren de internación; sumándose a esto el costo sanitario que actualmente se utiliza.

A partir de esto, ¿Cuál sería entonces el impacto sanitario y social de esta propuesta sobre el tema en cuestión?

- a. En la **estructura jurídica – política**: La creación del programa específico, así como también la articulación con similares en el orden local, regional, nacional e internacional (convenios).

La incidencia que pueda generar a partir de su accionar, manifiesto en la promulgación, gestión y/o reforma de leyes con respecto al tema del aborto, su prevención y atención en diferentes niveles.

- b. En el **aparato científico – técnico**: promover la discusión teórico epistemológico producido en torno a las concepciones y prácticas dominantes, la elaboración de nuevos conceptos y la producción de conocimientos a través de investigaciones. La generación de eventos

científicos relacionados con su transmisión y formación de recursos humanos.

- c. En la **organización técnico – administrativa**: como lugar concreto donde operativizamos la historia, los valores culturales y los comportamientos sociales, la situación socioeconómica, política y la ciencia, sería a través de los servicios (talleres, etc.), los recursos para llevarlos a cabo materiales, financieros y humanos.

En síntesis, las bases técnico-administrativas que sostienen formas de participación y organización de los servicios propuestos.

La idea de integralidad e integración se relaciona con la necesidad de generar acciones estratégicas en tres niveles:

- En primer lugar la construcción de viabilidad, o sea las primeras acciones buscan el consenso tanto político, como técnico, forman parte del PROGRAMA DE APERTURA.
- En segundo lugar, acciones vinculadas a como operativizo mi proposición, esto requiere ya de presupuesto y forman parte del PROGRAMA DE AVANCE.
- Finalmente, acciones que busquen impactar en modificaciones y/o sanciones de leyes, buscan legalidad y legitimación, forman parte del PROGRAMA DE CONSOLIDACION.

La totalidad de las actividades programadas requieren de acciones en materia de prevención, asistencia, rehabilitación, docencia e investigación, y en eso radica su integración.

Como ya se expresara en el capítulo cuatro, existen al menos tres razones para potenciar proyectos en torno al tema del aborto adolescente. En primer lugar que es una situación prevenible, que con ello el área de la salud puede mejorar ostensiblemente la calidad de vida y la atención general, y que los profesionales y técnicos tiene capacidad –saber- para hacerlo. La construcción de viabilidad, o sea lo social, requiere de la presencia de sujetos sociales (personas que sepan hacer y estén capacitados), que logren la articulación necesaria para la transformación en actores del Estado. Se es actor del Estado en la medida que se participa de organizaciones que tienen capacidad fundamental para introducir un tema en la agenda de debate del Estado, y los Trabajadores Sociales participan de este tipo de organizaciones; claro está que la misma, debe ser construida.

Como futuros profesionales debemos tener un criterio de responsabilización y compromiso social con las necesidades de salud de las poblaciones; ampliación, diversificación y profundización de los campos de acción en el marco del trabajo transdisciplinario a nivel de gobierno, a nivel de atención comunitaria, en hospitales generales y específicos.

Como consecuencia, el Trabajo Social ha de estar presente en cada una de las etapas de la práctica de la medicina: profilaxis, asistencia,

rehabilitación teniendo como objetivo el de transformar y/o modificar una situación concreta que impida a los hombres vivir su personalidad humana.

Lo fundamentado requiere de una intencionalidad política que proponga y desencadene procesos de transformación en el área de la salud, tanto como la instrumentación de mecanismos generadores de cambio en los valores culturales, las prácticas, los servicios y las organizaciones sanitarias de atención de salud y medidas que aporten al desarrollo permanente de investigaciones en este campo. Es por eso que llegamos a lo siguiente:

OBJETIVO GENERAL

“Generar transformaciones paulatinas a nivel político y social (Estado) en el tema de la adolescente que ha efectuado una maniobra abortiva”.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Brindar respuestas integrales e integradas, a partir del trabajo simultáneo en los ámbitos de prevención, asistencial, rehabilitación, de docencia e investigación.
- Suscitar la promoción y legitimación de programas y/o proyectos transdisciplinarios con respecto al tema.

- Contribuir a la modificación en los poderes técnicos, políticos y administrativos mediante la implementación de programas de: apertura, avance y consolidación.

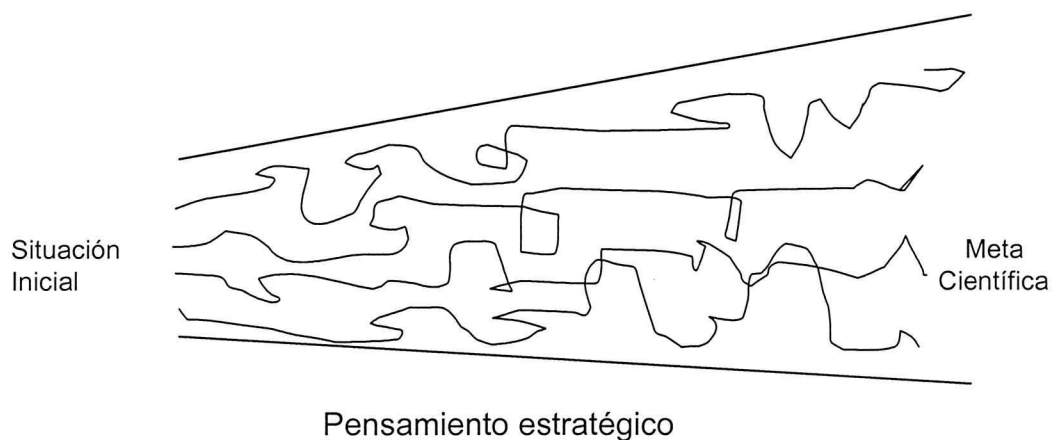
CAMINO DE LAS ACCIONES

En el pensamiento estratégico, se tiene en cuenta el conflicto, la contradicción, las múltiples culturas, la historia y la multideterminación. Este camino está atravesado por el poder, motivo por el cual, debemos reconocer que cualquier proposición estará interferida por otros grupos (con intereses diferentes). Es por ello que necesitamos movernos dentro de lo que Testa denomina canal de direccionalidad, donde la meta no es de una persona sino de un grupo y por lo tanto en permanente construcción. Construcción de viabilidad, consenso y adhesiones, y ese es el camino colectivo al SER SOCIAL. Ser estratégico es ponerse en situación de avance hacia la meta.

Conducir el proceso en esa dirección, es la tarea de un PROYECTO SOCIAL DE TRABAJO.

En el marco del concepto de estrategia es primordial tener en cuenta los motivos, medios y oportunidades. La oportunidad está vinculada en general a los políticos, en tanto los medios a los estrategas.

A continuación se mencionan actividades para cada una de los tres programas (Apertura, Avance y Consolidación), destacándose que debido a la construcción permanente de la que se hace referencia en la búsqueda de las adhesiones y consenso, las mismas ni pueden estar totalmente estipuladas y requieren de su revisión constante.



Programa Niveles	Apertura	Avance	Consolidación
Prevención	* Reuniones locales y provinciales de autoridades y técnicos profesionales para el logro de un trabajo mancomunado sistemático.	* Campaña publicitaria, mediante la publicación de afiches y folletos, y difusión a través de los medios de comunicación masivo (diarios, televisión y radio). * Promoción de agentes comunitarios del sector salud. - Gestión de políticas nacionales, provinciales y municipales.	* Continuación del conjunto de medidas sanitarias, socio – culturales, científicas – técnicas, económico – políticas, legislativa y organizacionales, encuadradas en la complejidad del sujeto y la sociedad. * Apoyo a la decisiones vinculadas al cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos.
Asistencial	* Apoyo y coordinación interinstitucional. * Acuerdos y cooperación local y provincial. * Generación de espacios para construir saberes que posibiliten el logro de los objetivos propuestos.	* Reestructuración y refuncionalización de los servicios de salud. * Talleres, teniendo en cuenta las inquietudes de la adolescente, proponiendo alternativas viables a través de la reflexión permanente.	* Consolidación paulatina del sector salud. * Formulación, implementación, vigilancia y evaluación de planes locales, provinciales, regionales y nacionales.
Rehabilitación	* Formación de grupos de apoyo comunitarios donde puedan concurrir adolescentes que han realizado una	* Fortalecimiento de redes de atención.	* Gestión, promulgación y/o reforma de leyes en torno al tema. * Promoción de

	maniobra abortiva.		cambios legislativos que promuevan el marco legal para la reorientación de los servicios.
Docencia	* Generación de canales de información y participación de la ciudadanía.	* Cursos locales, regionales y nacionales de capacitación, que promuevan pensamientos integrales y estratégicos en torno al tema.	* Estimular cambios curriculares en distintas disciplinas que mejoren los servicios de salud.
Investigación	* Divulgación permanente de la experiencia en otros ámbitos del orden provincial, regional y nacional. * Producción y difusión de información, científica y técnica, dirigida a aumentar y actualizar el nivel de conocimiento de los programas y servicios.	* Generación de eventos científicos para la divulgación e intercambio de los conocimientos producidos y publicación de los mismos. * Realización de estudios que proveerán a los planificadores y administradores de información fidedigna utilizable en la toma razonable de decisiones.	* Incorporación de la investigación a nuestras responsabilidades cotidianas como profesionales de la salud.

Recursos:

Pretendemos re - funcionalizar los patrones existente en cuanto al tema que nos convoca y así organizar la administración sanitaria a través de una capacitación profesional y social que debe ser permanente, no se trata de una negociación política sino de crear una base a un cierto nivel científico fehaciente y una forma re - organizativa sobre el tema del aborto. Desde una intencionalidad política que proponga y desencadene procesos de transformación en el área de la salud, tanto como la instrumentación de mecanismos generadores de cambio en los valores culturales, las prácticas, los servicios y las organizaciones sanitarias de atención de salud y medidas que aporten al desarrollo permanente de investigaciones en este campo.

La salud es un problema social y como tal debe ser analizado y abordado estratégicamente desde las distintas dimensiones sociales de la cultura, la política, el conocimiento y la organización.

TIEMPO

El proyecto esta previsto para aplicarse en el transcurso de cuatro años, detallándose de manera semestral los niveles de estrategias:

Semestre Niv Estrateg	1	2	3	4	5	6	7	8
Apertura								
Avance								
Consolidación								

ANEXOS

ANEXO I

- Por envenenamiento salino: se extrae el líquido amniótico dentro de la bolsa que protege al embrión o feto. Se introduce una larga aguja a través del abdomen de la madre, hasta la bolsa amniótica y se inyecta en su lugar una solución salina concentrada. El embrión o feto ingiere esta solución que le producirá la muerte 12 horas más tarde por envenenamiento, deshidratación, hemorragia del cerebro y de otros órganos. Esta solución salina produce quemaduras graves en la piel del bebé. Unas horas más tarde, la madre comienza “el parto” y da a luz un bebé muerto o moribundo, muchas veces en movimiento. Este método se utiliza después de las 16 semanas de embarazo.
- Por succión: se inserta en el útero un tubo hueco que tiene un borde afilado. Una fuerte succión (28 veces más fuerte que la de una aspiradora casera) despedaza el cuerpo del bebé que se está desarrollando, así como la placenta y absorbe “el producto del embarazo” (es decir, el embrión o feto), depositándolo después en un balde. El abortista introduce luego una pinza para extraer el cráneo, que suele no salir por el tubo de succión. Algunas veces las partes más pequeñas del cuerpo del bebé pueden identificarse. Casi el 95% de los abortos en los países desarrollados se realizan de esta forma.
- Por dilatación y curetaje: en este método se utiliza una cureta o cuchillo provisto de una cucharilla filosa en la punta con la cual se va cortando al bebé en pedazos con el fin de facilitar su extracción por el cuello de la matriz. Durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo el bebé es ya demasiado grande para extraerlo por succión; entonces se utiliza el método llamado por dilatación y curetaje. La cureta se emplea para desmembrar al bebé, sacándose luego en pedazos con ayuda de los fórceps. Este método está convirtiéndose en el más usual.
- Por “D & X” a las 32 semanas: este es el método más espantoso de todos, también es conocido como nacimiento parcial. Suele hacerse cuando el bebé se encuentra muy próximo de su nacimiento. Después de haber dilatado el cuello uterino durante tres días y guiándose por la ecografía, el abortista introduce unas pinzas y agarra con ellas una pierna, después la otra, seguida del cuerpo, hasta llegar a los hombros y brazos del bebé, así extrae parcialmente el cuerpo del bebé, como si éste fuera nacer, salvo que deja la cabeza dentro del útero. Como la cabeza es demasiado grande para ser extraída intacta; el abortista, entierra unas tijeras en la base del cráneo del bebé que está vivo, y las abre para ampliar el orificio. Entonces inserta un catéter y extrae el cerebro mediante succión. Este procedimiento hace que el bebé muera y que su cabeza se desplome. A continuación extrae a la criatura y le corta la placenta.
- Por operación cesárea: este método es exactamente igual que una operación cesárea hasta que se corta el cordón umbilical, salvo que en vez de cuidar al niño extraído se le deja morir. La cesárea no tiene el objeto de salvar al bebé sino de matarlo.
- Mediante prostaglandinas: este fármaco provoca un parto prematuro durante cualquier etapa del embarazo. Se usa para llevar a cabo el aborto a la mitad del embarazo y en las últimas etapas de éste. Su principal “complicación” es que el

bebé a veces sale vivo. También puede causarle graves daños a la madre. Recientemente las prostaglandinas se han usado con la RU – 486 para aumentar la “efectividad” de éstas.

- Pastillas RU – 416: se trata de una píldora abortiva empleada conjuntamente con una prostaglandina, que es eficiente si se la emplea entre la primera y la tercera semana después de faltarle la primera menstruación a la madre, por este motivo es conocida como “la píldora del día siguiente”. Actúa matando de hambre al embrión o feto, al privarlo de un elemento vital, la hormona progesterona. El aborto se produce luego de varios días de dolorosas contracciones.
- OXAPROST medicamento de venta libre y de amplia difusión en la adolescente contiene en su fórmula diclofenac y misoprostol (prostaglandina sintética con propiedades abortivas), que las jóvenes lo utilizan por vía vaginal y oral.
- Metotrexate y misoprostol ambos fármacos están extendidos por todo el mundo y es relativamente fácil acceder a ellos. El misoprostol es un análogo sintético de las prostaglandinas (PGE), que causan las contracciones uterinas, que está comercializado en 72 países para prevenir y tratar la úlcera gástrica. El metotrexate, en cambio, es el quimioterápico más estudiado de todos los que existen y está legalizado en unos 300 países. Estos comenzaron a usarse últimamente pero son riesgosos.
- Otro procedimiento que se utiliza para hacer abortos tardíos, es la inyección de prostaglandinas. Estas son unas sustancias químicas poderosas, que comprimen los vasos sanguíneos e impiden el funcionamiento normal del corazón. Esto se debe a que algunos de sus vasos sanguíneos están comprimidos. Parece razonable suponer que igualmente dolorosa es la contracción de los diminutos vasos sanguíneos del feto no nacido.
- Hogareños, utilizan hierbas, pócimas mágicas, prácticas espiritistas, agujas punzantes, catéteres urinarios, sustancias tóxicas y acciones de todo tipo se siguen empleando para expulsar el embrión no deseado.

ANEXO II

En la Argentina el aborto es penado por la ley; la penalización es tanto para el que lo realiza, como para la que se lo realiza. Es por eso que al ser ilegal no hay registros exactos. En nuestra Constitución Nacional Argentina se encuentra de manera implícita, a partir de la reforma del año 1994, en el art. 75 inc. 23 “Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad. Dictar un régimen de seguridad social especial e integral en protección del niño en situación de desamparo, desde el embarazo hasta la finalización del período de enseñanza elemental, y de la madre durante el embarazo y el tiempo de lactancia”.

Y en sus tratados Internacionales se enuncia en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en su Capítulo 1 enuncia:

- “Derechos a la vida, a la libertad, a la seguridad e integridad de la persona.

Artículo 1. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.

La Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 3 expresa: “ Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece en el art. 6 apartado 1: “El derecho a la vida es inherente a la persona human. Este derecho estará protegido por la ley: Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”.

Expresamente en la Convención Americana sobre Derechos Humanos en la Parte 1: Deberes de los Estados y derechos protegidos en el capítulo 1, artículo 4: Derechos a la vida, punto 1. “Toda persona tiene derecho a que respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”.

La Convención sobre los Derechos del Niño en su Parte 1, Artículo 1, expresa: “Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”.

Y en el artículo 6, punto 1. “Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida”.

Las constituciones provinciales

Varias constituciones provinciales, reformadas a partir del proceso constitucional iniciado a partir de 1983, han receptado en forma expresa el derecho a la vida, aunque no con el mismo alcance como se verá a continuación:

- a) En un primer grupo, se ubican aquellas constituciones que se limitan a un reconocimiento genérico del derecho a la vida, sin aditamento alguno. Entre ellas se encuentran las cartas provinciales de Catamarca (art. 7), Jujuy (art. 19 inc. 1º), La Rioja (art. 19), Mendoza (art. 8), Río Negro (art. 16), San Juan (arts. 15 y 22) y Santiago del Estero (art. 18).
- b) En un segundo agrupamiento, encontramos otras constituciones provinciales que consagran expresamente el derecho a la vida especificando su comienzo temporal “desde la concepción”. Entre ellas se destacan las cartas de las provincias de Buenos Aires (art. 12 inc 1º), Córdoba (arts. 4 y 19 inc. 1º), Formosa (art. 5), Salta (arts. 10 y 17), San Luis (art. 13), Tierra del Fuego (arts 13 y 14) y Tucumán (art. 35 inc. 1º).

En cambio, otras cartas locales no consagran en forma expresa el derecho a la vida, sino que se limitan a su reconocimiento como un derecho implícito, con una redacción similar a la del art. 33 de la Constitución Nacional. Así lo hacen las constituciones de Corrientes (art. 29), Chaco (art. 11), Chubut (art. 5), Entre Ríos (art. 6), La Pampa (art. 27), Misiones (art. 29), Neuquen (art. 13), Santa Cruz (art. 8) y Santa Fe (art. 6).

* La protección civil de la persona por nacer

Nuestra legislación, inspirada en el Esbozo de Freitas, recepciona el principio de la personalidad jurídica del feto, apartándose de la tendencia del derecho romano y de los códigos modernos y contemporáneos que otorgan personalidad jurídica al hombre recién con el nacimiento.

En efecto, el Código Civil Argentino reconoce entidad jurídica al nasciturus para otorgarle derechos desde el momento de la concepción. Así en el Libro Primero: “De las Personas”, Sección primera “De las personas en general”, Título II: “De las personas de existencia visible”, el codificador se ocupa de definir a las personas por nacer en el art. 63: “Son personas por nacer las que, no habiendo nacido, están concebidas en el seno materno”.

Señala Vélez Sársfield en la nota respectiva: “Las personas por nacer no son personas futuras, pues ya existen en el vientre de la madre. Si fuesen personas futuras no habría sujeto que representar”, con lo que remarca la existencia y realidad del nasciturus.

El código reafirma su postura en el Título IV, bajo el epígrafe: “De la existencia de las personas antes del nacimiento”, al establecer el art. 70: “Desde la concepción en el seno materno comienza la existencia de las personas: y antes de su nacimiento pueden adquirir algunos derechos, como si ya hubiesen nacido. Esos derechos quedan irrevocablemente adquiridos, si los concebidos en el seno materno nacieren con vida, aunque fuera por instantes después de estar separados de su madre”.

También, determina el período de la concepción al prescribir: “La época de la concepción de los que naciesen vivos, queda fijada en todo el espacio de tiempo comprendido entre el máximo y mínimo de la duración del embarazo” (art. 76, Cód. Civil). A continuación establece: “El máximo de tiempo del embarazo se presume que es de trescientos días, y el mínimo de ciento ochenta días, excluyendo el día de nacimiento. Esta presunción admite prueba en contrario” (art. 77, Cód. Civil, Cf. Ley 23.264 – Adla. XLV – D. 3581). El codificador trata de determinar el momento de la concepción para otorgar precisión a la existencia de la persona humana.

También se prevén normas referidas al embarazo. Así, el art. 65 establece: “Se tendrá por reconocido el embarazo de la madre, por la simple declaración de ella o del marido, o de otras partes interesadas”, determinándose, en el artículo siguiente, quiénes son partes interesadas para este fin (art. 66).

En consecuencia, resulta importante, desde el punto de vista jurídico, la demostración del estado de embarazo, a efectos de determinadas relaciones jurídicas, entre ellas: poder representar a la persona por nacer, cuando éstas adquieran bienes por donación o herencia (art. 64); el caso de los herederos o legatarios del marido de la mujer embarazada, que pueden ser desplazados por un hijo de ésta concebido en la época legal.

A esto se agrega las disposiciones referentes a la sucesión mortis causa que le reconoce derechos al por nacer desde el momento mismo de la concepción. Así, en el Libro IV: “De los derechos reales y personales”, Sección primera: “De la transmisión de los derechos por muerte de las personas a quienes correspondían”, el art. 3290 establece que el concebido es capaz de suceder, teniendo desde ese momento la aptitud para ser sujeto pasivo de una transmisión mortis causa.

Todas estas normas nos llevan a sostener que es indudable que Vélez Sársfield previó y reconoció la personalidad jurídica del nasciturus desde el momento de la concepción.

En consecuencia, queda claramente reafirmado que el derecho a la vida está consagrado desde el momento mismo de la concepción. Resulta interesante recordar las palabras del codificador art. 2312 del Libro III: “De los derechos reales”, Título I: “De las cosas consideradas en sí mismas, o en relación a los derechos”, donde señala: “Hay derechos y los más importantes, que no son bienes, tales son ciertos derechos que tienen su origen en la existencia del individuo mismo a que pertenecen, como la libertad, el honor, el cuerpo de la personas, la patria potestad, etc.”

• La protección penal de la persona por nacer

El Código Penal Argentino brinda especial tutela a la vida de la persona por nacer en el Libro Segundo: “De los delitos”, Título 1: “Delitos contra las personas”, Capítulo I: “Delitos contra la vida”, arts. 85 al 88, inclusive. Los delitos contra la vida, señala Núñez, son aquellos que atentan contra el derecho a interés que las personas tienen a que se respete su existencia material. Por ello, para la protección de la vida, afirma Soler, la ley crea dos tipos fundamentales de delito: uno consiste en la destrucción de un hombre (homicidio) y el otro en la destrucción de un feto (aborto). En ambos tipos penales el bien jurídico protegido es la vida humana, valor fundamental por lo que es ella en sí misma y porque sin ella todos los demás bienes carecen de sentido y de razón de ser.

En efecto, nuestra ley penal protege la vida humana, desde el momento de la concepción hasta la muerte natural. En consecuencia, antes del nacimiento, la destrucción de la vida se denomina aborto y éste consiste no en la aceleración del nacimiento, sino en la muerte del feto; después del nacimiento, la destrucción de la vida se denomina homicidio.

El Código Penal no da un concepto de aborto, en el art. 85 se limita a decir: “el que causare aborto”, tipificándose a continuación una serie de figuras, a saber: aborto sin consentimiento de la mujer y aborto no consentido y seguido de muerte (art. 85 inc. 1º); aborto consentido y aborto consentido y seguido de muerte (art. 85 inc. 2º); aborto agravado por profesional (art. 86); aborto preterintencional (art. 87); y aborto propio o consentimiento en propio aborto (art. 88). Además, se prevén específicamente como impunes el aborto necesario o terapéutico (art. 86 in. 1º); el aborto eugenésico (art. 86 inc. 2º) y la tentativa de la mujer (art. 88 “in fine”).

Los reclamos del Papa: respuesta del Gobierno ante el mensaje de Juan Pablo II

Aclaran que no se legalizará el aborto

El jefe de Gabinete sostuvo que Kirchner no tiene planes en este sentido, pero volvió a defender la candidatura de Argibay

- La candidata oficial a jueza de la Corte Suprema había despertado un debate que llegó hasta el Vaticano
- Pero la Casa Rosada intenta evitar un conflicto con la Iglesia

Un día después de la primera advertencia del papa Juan Pablo II al presidente Néstor Kirchner, el Gobierno se preocupó por aclarar que no tiene en estudio ningún proyecto para despenalizar el aborto.

El jefe de Gabinete, Alberto Fernández, fue el encargado de transmitir la respuesta oficial a las palabras del Sumo Pontífice, que había exhortado a las autoridades argentinas a custodiar el valor de la vida humana, durante el acto en que recibió cartas credenciales del embajador ante el Vaticano, Carlos Custer.

"El gobierno argentino no ha tenido ninguna expresión en favor del aborto o en favor de despenalizar el delito del aborto. Esta es una administración que ha hecho muchas cosas para evitar el aborto", sostuvo Fernández, en diálogo con una radio de Buenos Aires.

La polémica por el aborto se reavivó en el país a partir de las declaraciones de Carmen Argibay, candidata oficial a integrar la Corte Suprema de Justicia. Apenas se conoció su designación, la jurista se pronunció en favor de la legalización del aborto y también se declaró atea militante, otra frase que alertó a la Iglesia Católica.

El jefe de Gabinete reiteró ayer que la postura de Argibay no se condice con la opinión del presidente Kirchner, pero indicó que eso no hace peligrar la postulación de la actual integrante del tribunal que juzga los crímenes de guerra en la ex Yugoslavia.

"Lo que ha existido es la expresión personal, respetable, de alguien que piensa distinto, que a la luz de algunos datos estadísticos ella cree tener razón", indicó Fernández.

Pero de inmediato, y sin dar lugar a que sus palabras se consideraran ambiguas, enfatizó: "El aborto está penado por la legislación y no existe ningún proyecto de ley, promovido por el

gobierno nacional, que lo despenalice".

Según su argumentación, el Estado argentino ha actuado contra el aborto con varias políticas aplicadas recientemente. Puso como ejemplo las leyes nacionales y distritales de salud reproductiva. "Objetivamente eso supone explicarle a la gente todos los métodos que tienen para no engendrar si no lo desea", dijo.

Una explicación similar, aunque con menos detalles, había ofrecido el sábado el canciller Rafael Bielsa, apenas se conoció la noticia en el Vaticano.

Al recibir las cartas credenciales de Custer, el Papa envió un mensaje que se interpretó como una señal de preocupación por los dichos de Argibay y la posibilidad de que el Gobierno apoyase esa posición.

"Es preciso que el valor de la vida humana sea custodiado con esmero, atajando prontamente los múltiples intentos de degradar, más o menos veladamente, el bien primordial de la vida convirtiéndolo en mero instrumento para otros fines", expresó Juan Pablo II.

La frase del Papa coincide con el inicio de una campaña a nivel nacional organizada por la comunidad católica argentina para promover la lucha contra el aborto.

Kirchner, que prevé visitar el Vaticano durante este año, ordenó a sus ministros que desactivaran cualquier posibilidad de conflicto con la Iglesia, sin que eso implique abandonar la candidatura de Argibay.

En ese contexto, Fernández apuntó que el mensaje del Papa no implica una advertencia: "Jamás el Estado argentino ha promovido el aborto desde la óptica que suponga la eliminación de una vida humana".

Opinó luego: "El aborto de por sí es un hecho traumático; esto lo digo yo y también lo dice Carmen Argibay".

La aspirante a jueza de la Corte Suprema ha sido impugnada por más de 14.000 personas, sobre un total de 18.000 presentaciones, durante el proceso de evaluación organizado por el Ministerio de Justicia. Ante este panorama, Kirchner debe decidir en los próximos días si envía el pliego de designación de Argibay para que el Senado lo trate.

Sobre eso, el jefe de Gabinete sostuvo: "Hubo una posición muy activa de sectores vinculados al catolicismo que han trabajado para hacer llegar las impugnaciones", y agregó: "La impugnación es una, repetida por 14 mil, pero es una sola".

De esta manera, todo indica que el Gobierno avalará igualmente la postulación de Argibay a la Corte. En relación con lo que se advierte como una ratificación del Presidente de esa elección, Fernández indicó ayer: "Carmen Argibay aspira a ser jueza; no aspira a ser ni diputada ni senadora; no tiene ninguna capacidad para corregir leyes. Tampoco existe ninguna regla constitucional que haga pensar en la inconstitucionalidad de este tipo penal. Por lo tanto, la capacidad de Argibay para derogar la figura del aborto es nula".

ANEXO III

LA NACION LINE | ARCHIVO

Cultura

Domingo 15 de Febrero de 2004

Debate en LA NACION

Coinciden en que el aborto no debe ser un método anticonceptivo ✉
Las posturas de diferentes creencias: católicos, judíos, ateos y agnósticos

El aborto es siempre una práctica dolorosa y no deseada. No puede ser aceptado como método de anticoncepción y hay coincidencia en que la sociedad debe asumir este debate como prioritario, privilegiando un enfoque multidisciplinario y multicultural.

A esas coincidencias básicas arribaron, en un debate convocado por LA NACION, el epistemólogo y matemático Gregorio Klimovsky, el rabino Sergio Bergman, la doctora Margarita Bosch, investigadora del Instituto de Bioética de la UCA, y la abogada penalista y senadora nacional Diana Conti (Frepaso-Buenos Aires).

Como voces representativas de diferentes creencias y religiones, Klimovsky habló en su calidad de agnóstico ("sin elementos suficientes como para asegurar o negar la existencia de Dios"), Conti en su condición de atea, Bergman como representante del judaísmo y Bosch como católica.

El debate fue convocado para conocer las diversas posturas sobre la necesidad -y oportunidad- de que el tema se instale en la agenda pública, ante la controversia surgida en torno de la postulación de la doctora Carmen Argibay a la Corte Suprema de Justicia, cuya abierta posición en favor de la despenalización del aborto suscitó la reacción de entidades católicas.

Al discutir la viabilidad o no de la despenalización de una práctica que, se estima, produce 500.000 abortos clandestinos por año, surgieron argumentaciones en favor de un urgente tratamiento del problema.

Se consideró que el tema es un asunto ya instalado y que su discusión es una forma expresa de no ser indiferentes ante una práctica clandestina que, en los casos de los sectores rezagados e indigentes, se realiza en forma incompleta y con medios sanitarios precarios, lo que eleva los riesgos y la mortalidad de las mujeres que se someten a esta práctica.

Los que se mostraron a favor y abogan por la despenalización de esta práctica (Klimovsky, Bergman y Conti) fueron, sin embargo, cautelosos al justificar las circunstancias por las cuales debería permitirse el aborto. Subrayaron los casos de violación, sin distinciones, de anencefalia y de inviabilidad de vida fuera del vientre materno como las excepciones que deberían sumarse a las ya aceptadas por el Código Penal.

No asumieron, sin embargo, los postulados en favor de la legalidad del aborto a partir del libre albedrío de la mujer para disponer de su propio cuerpo, argumento que enarbolan los sectores feministas más radicalizados.

La doctora Bosch, en consonancia con la posición de la Iglesia Católica, defendió el derecho a nacer "de toda vida inocente, de todos aquellos que no tienen voz", y consideró que la vida de todos los niños, aun los concebidos como producto de una violación, debe ser defendida.

La legislación vigente autoriza el aborto sólo cuando peligra la vida y la salud de la madre (art. 86, inciso 1) y "si el embarazo proviene de una violación o un atentado al pudor cometido sobre la mujer idiota o demente" (art. 86, inciso 1). Asimismo, reprime con prisión de uno a cuatro años a la mujer que causare su propio aborto y establece la misma pena a quien causare el aborto con consentimiento de la mujer.

En el marco jurídico argentino, la vida está protegida desde el momento de la concepción por la incorporación del Pacto de San José de Costa Rica a la Constitución. Establecer, empero, si en el momento en que se produce la vida, con la fecundación del óvulo, también se conforma la persona o el ser humano es primordial para el debate sobre el aborto, ya que ninguna persona puede ser privada de la vida arbitrariamente. Pero si el embrión no es considerado persona o ser humano -debate que se extiende al campo de la clonación-, su derecho no estaría tan ampliamente resguardado. Este punto fue, como era de esperar, uno de los más medulares que concentró el debate, del cual se presenta aquí una síntesis.

Klimovsky: -La persona comienza, según una idea muy difundida en el ambiente científico, con la constitución orgánica más o menos seria del sistema nervioso central. Es decir, cuando éste es capaz de responder adecuadamente a estímulos. Algunos sostienen que esto sucede a las seis semanas, y otros, a las 10 o 12 semanas. Antes no hay todavía personalidad humana. Personalmente, el aborto no me gusta. Pero su prohibición es un error grande. El Estado debería ser permisivo con ciertos casos. Lo ideal sería que no se practicara cuando el sistema nervioso ya está conformado.

Bergman: -La tradición judía establece que la persona tiene identidad como tal, diferenciada de la madre, no en la concepción sino en el alumbramiento. Hasta ese momento hay sólo una única persona -la madre-, con vida potencial. Esto no supone alentar el aborto por el hecho de que el embrión no es una persona.

Bosch: -Una vida no es una vida en teoría; una vida es un ser vivo. Si es un ser humano vivo, hay que tener en cuenta de que el primer derecho humano es el derecho a la vida, en el que se sustentan todos los demás derechos. Toda vida humana inocente es importante y debe ser protegida. No soy quién para decir que éste es más humano que aquél. Se es ser humano o no se es. Un país inmerso en una profunda crisis económica, social y moral no puede darse el lujo de confundir estos términos. Cuidado con los mensajes. Porque si una vida en gestación es poco valiosa, quizás haya también otras que nos parezcan lo mismo. Despenalizar el aborto da pie para aceptar la anulación de esas otras vidas.

Conti : -El marco jurídico argentino distingue entre personas por nacer, de personas. Pero nada dice sobre cuándo comienza la subjetividad. Pero más allá de ello, creo que criminalizar el aborto no impide que éste suceda y tampoco evita las miles de muertes inútiles de mujeres que se lo practican en condiciones de absoluta precariedad. No me parece ética, por lo tanto, la inacción frente a un problema en el que el Estado debe garantizar el acceso y la atención en salud de la población. En los casos de violación y de certificación absoluta de inviabilidad de la vida fuera del vientre materno, estoy segura de que debería estar claramente despenalizado.

Klimovsky : -Sí quiero agregar que hay una serie de otras cuestiones, también delicadas, que deberían ser contempladas, como las necesidades económicas, inmadurez de la madre niña o el grado de sufrimiento psicológico que pueda causar la vida que se trae. Pero también lo que Kant introdujo como la autonomía de las personas. Lo relativo al cuerpo, conducta y emociones es un asunto individual.

-El aborto es la primera causa de mortalidad materna. ¿Este dato justifica su despenalización?

Conti: -Absolutamente. Al penalizar, se cumple una función ejemplificadora y disuasiva que en

este caso es sumamente ineficaz, pero además contraproducente: los abortos se siguen realizando en poblaciones cada vez más pauperizadas. Los riesgos, en vez de disminuir, aumentan a niveles que ningún Estado serio debería tolerar.

Bosch : -Cualquiera sabe que un aborto clandestino es una situación de riesgo muy grave para la mujer, solamente desde el punto de vista de las infecciones. Pero eso no se soluciona despenalizando, sino aumentando el aporte económico a los hospitales en las zonas marginales para que puedan atender adecuadamente estos y otros casos con riesgo para la vida.

-¿En qué circunstancias el aborto es inaceptable?

Bergman: - Hay consenso en que nadie habilitaría el aborto para la planificación familiar. Hay cosas que, si no se dicen con claridad, abren espacios de caos, anarquía y libertinaje, más que de libertad.

Conti: - Sí, aunque a muchas feministas esto les moleste, éticamente no justifico el aborto en cualquier circunstancia. Tampoco es lo mismo que suceda al mes que a los seis, cuando la vida en la panza es visible.

Bosch: - Me parece bien dejar en claro que no se lo puede aceptar como método anticonceptivo. Pero tampoco para anularle la vida a nadie. La vida merece ser respetada y defendida. Alguien debe asumir la defensa de ese niño en gestación, tan ser humano como cualquiera de los que estamos en esta mesa.

Conti: -Utilizar la palabra "niño" en ese contexto es forzar o manipular el lenguaje.

Por Loreley Gaffoglio
De la Redacción de LA NACION

Posiciones

Klimovsky

• "El aborto no me gusta, pero su prohibición es un error. El Estado debería ser permisivo con ciertos casos. No habría que practicarlo con el sistema nervioso ya conformado."

Conti

• "Criminalizar el aborto no impide que éste suceda y tampoco evita las miles de muertes inútiles de mujeres que se lo practican en condiciones de absoluta precariedad."

Bosch

• "Toda vida humana inocente es importante y debe ser protegida. Alguien debe asumir la defensa de ese niño en gestación, tan ser humano como cualquiera."

Bergman

• "La tradición judía establece que la persona humana tiene identidad como tal, diferenciada de la madre, no en la concepción sino en el alumbramiento."

ANEXO IV

21/01/2003 PARA EL MINISTRO, SON MAS DE 500 MIL. PAGINA/12 REVELA LAS CIFRAS OFICIALES

A los hospitales llega un 46 por ciento más de mujeres con complicaciones en el aborto. Las peores cifras son de San Luis, La Rioja y Santiago del Estero. Las adolescentes son las más afectadas. Las razones del incremento. Opinan ginecólogos y obstetras.



El ministro de Salud, Ginés González García, explicó la necesidad del Programa de Salud Sexual. "El fin del programa de Procreación Responsable es la prevención, y no la producción del aborto."

Por Mariana Carvajal

Notas Relacionadas

■ El caso chaqueño

■ EDADES

■ "Lo que pasa en Santiago es de locos"

■ "Este proyecto es para la prevención"

■ El ministro de Salud, Ginés González García, reveló ayer que "por las últimas estimaciones" aumentó el número de abortos provocados en el país a "más de medio millón al año". "Es una cifra enorme", evaluó. El ministro se refirió al tema para fundamentar la necesidad de implementar el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable —adelantado por Página/12— que firmará el presidente Eduardo Duhalde en los próximos días, a pesar de la oposición de la Conferencia Episcopal Argentina. El problema del aborto es serio porque se está practicando cada vez en peores condiciones, con riesgos cada vez mayores para la salud de las mujeres. Datos oficiales a los que accedió este diario muestran que en cinco años crecieron un 46 por ciento las hospitalizaciones por complicaciones de abortos; con picos de aumento de 148 por ciento en San Luis, 143 por ciento en La Rioja y 103 por ciento en Santiago del Estero. El viernes, en la principal maternidad de Santiago, el banco de sangre quedó completamente vacío por la cantidad de transfusiones que debieron realizar por el excesivo número de abortos.

Ginecólogos y obstetras de las provincias señalaron que el crecimiento se ve particularmente entre adolescentes, muchas de las cuales están perdiendo útero y ovarios por la gravedad de los cuadros con que ingresan a la guardia. Las causas de semejante salto obedecen a la imposibilidad de las mujeres de acceder a anticonceptivos —por falta de información, por no poder comprarlos y por no contar en los hospitales locales con programas que los provean gratuitamente— y por el "uso a granel" de un medicamento para tratar úlceras que se ha convertido en el nuevo método abortivo de los sectores medios empobrecidos que antes podían pagar un aborto seguro en un consultorio clandestino y hoy llegan con hemorragias a las salas hospitalarias. El incremento surge del análisis de los cifras de egresos hospitalarios del sector público de todo el país que acaba de publicar la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud y corresponden a 2000, últimos datos disponibles. La información se difunde cada cinco años y detalla las altas en los hospitales según cada diagnóstico médico. Los egresos por complicaciones de aborto se venían manteniendo estables: en 1990 fueron 53.871 y en 1995, 53.978. Pero cinco años después ocurrió el gran salto: los registros de 2000 muestran que llegaron a 78.894, la cifra más alta de la historia argentina. El incremento no fue homogéneo en todo el país: llegó a 148 por ciento en San Luis, a 143 por ciento en La Rioja, a 103 por ciento en Santiago del Estero, a 70 por ciento en la provincia de Buenos Aires, a 69 en Santa Cruz, y a 62 por ciento en Misiones (ver cuadro aparte). Como consecuencia del agravamiento de las condiciones socioeconómicas a partir de diciembre de 2001 es presumible que las cifras actuales sean aún peores.

El aumento está alimentado por un marcado incremento de abortos en menores de 20 años, según señalaron médicos de las principales maternidades provinciales. Del total de egresos por complicaciones de abortos del año 2000, 555 correspondieron a niñas de 10 a 14 años, y 11.015, a adolescentes de 15 a 19.

“Las estimaciones históricas sobre abortos en el país tienen un piso de 250.000 al año y un techo de 450.000. Nunca antes se había calculado que superaran el medio millón”, señaló a este diario Silvina Ramos, investigadora en temas de salud reproductiva del Cedes sobre el dato revelado por el ministro. Para Ramos, el notable aumento de las internaciones por abortos responden a dos causas: “una mayor cantidad de abortos y a la vez un aumento de los abortos que se realizan en peores condiciones”. En cambio, el número de nacimientos no ha variado a lo largo del tiempo: ronda los 700.000 anuales.

Un relevamiento realizado por este diario entre médicos de diversas provincias detectó un panorama más negro que el que dejan ver las estadísticas y encontró que una de las causantes del incremento de las internaciones es la droga misoprostol, que se vende para tratar úlceras, pero que como también se usa para ablandar el cuello uterino en abortos terapéuticos legales, las mujeres de sectores medios empobrecidos – que tal vez antes podían ir a un consultorio privado– la están tomando o colocándola en la vagina para conseguir el mismo efecto y causarse ellas mismas la interrupción del embarazo no deseado. El medicamento debe venderse con receta duplicada o triplicada, según cada jurisdicción, pero las farmacias lo fraccionan y entregan pastillas por unidad a un valor que oscila entre 10 y 30 pesos, lo que lo ha convertido en uno de los métodos abortivos más extendidos de los últimos años.

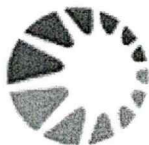
u El caso más paradigmático es el de Santiago del Estero, donde el gobierno del matrimonio Juárez se opone férreamente a la promoción de políticas de planificación familiar. En la Maternidad Regional Ramón Carrillo, la más grande por cantidad de partos de la provincia, las internaciones por abortos aumentaron 67 por ciento de 1998 a 2002, al pasar de 959 a 1500 en los últimos cuatro años –según una investigación realizada por el jefe del servicio, Martín Costas– cuando se producen 6750 partos anuales. Los registros indican que cada vez son más las adolescentes que abortan. “Esto es consecuencia de la falta de programas de salud reproductiva y del uso a granel del misoprostol; no hay forma de pararlo. Para colocar un DIU se exige un trámite engorroso y se entregan sólo a las mujeres de más de 35 años y de más de 7 hijos”, reveló Miguel Curioni, secretario de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Santiago del Estero. “El viernes último, el jefe de Hemoterapia de la maternidad me informó que no tenía más sangre en el banco porque se había vaciado por la cantidad de transfusiones por abortos que se habían realizado”, agregó Curioni (ver aparte).

u En Jujuy, “hemos tenido muchas jóvenes de menos de 20 años que llegan con complicaciones tan graves por abortos provocados que les tenemos que sacar el útero y los ovarios”, informó Ricardo Cuevas, jefe de Ginecología del Hospital Pablo Soria, de San Salvador, el más importante de la capital. A la última la atendió la semana pasada: tenía 18 años. Es tal la magnitud de este tipo de cuadros en adolescentes que Cuevas acaba de solicitar a la dirección del hospital la compra para ese grupo etario de tratamientos de reemplazo hormonal con estrógenos habitualmente recomendados para las mujeres que ingresan a la menopausia. El año pasado, el especialista atendió un aborto incompleto de una niña de 10 años y la semana pasada un parto de otra de 14. En 2001, en esa maternidad se produjeron 3300 partos y se atendieron 2501 abortos incompletos. “Los métodos abortivos que se usan son los más primitivos, desde meterse un tallo de perejil hasta una sonda de goma; las más pudientes compran el misoprostol. El problema es que recién en noviembre recibimos anticonceptivos de la Nación, antes no teníamos nada para entregarles”, detalló.

u En el Hospital Perrando, de Resistencia, que recibe al 40 por ciento de las parturientas de Chaco, tienen 5 a 6 ingresos por aborto diarios, puntualizó Gustavo Agolti, médico de guardia y director del Programa de Salud Reproductiva de la provincia. Allí los egresos por aborto aumentaron un 45 por ciento en 5 años.

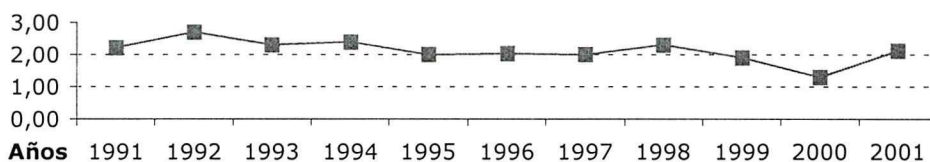
“El aborto en las provincias del NOA es una realidad acuciante”, evaluó María Mohedano, miembro de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Tucumán. Las estadísticas marcan un aumento de los egresos hospitalarios por aborto del 33 por ciento en esa provincia. Pero para Mohedano, la cifra esconde un importante subregistro. “Seguramente no muestra la realidad, sin dudas debe ser más alto”, opinó. “Ante la imposibilidad de poder reglamentar un programa de salud reproductiva en Tucumán hemos decidido en la Sociedad cambiar la metodología y recetar los anticonceptivos como un medicamento más”, precisó. Para Jorge Charalambopoulos, jefe del consultorio de Procreación Responsable de la Maternidad Sardá, de Capital Federal, el aumento de internaciones por abortos está estrechamente vinculado a la falta de programas de planificación familiar en las provincias y al deterioro de las condiciones socioeconómicas de la población. “Por razones ideológicas, a los funcionarios les resulta más fácil repartir leche y comida que dar anticonceptivos. En el 2002, en el consultorio que dirige tuvieron un incremento de consultas del 25 por ciento. “Nunca hemos tenido un aumento tan importante. Una de las razones fue que muchas mujeres que pensaban tener otro hijo cambiaron de opinión y resolvieron cuidarse con algún método. Si esta misma situación se da en otras provincias, sin posibilidad de recurrir al sector público para recibir un anticonceptivo, la misma mujer se embaraza y puede abortar”, indicó. ■

ANEXO V



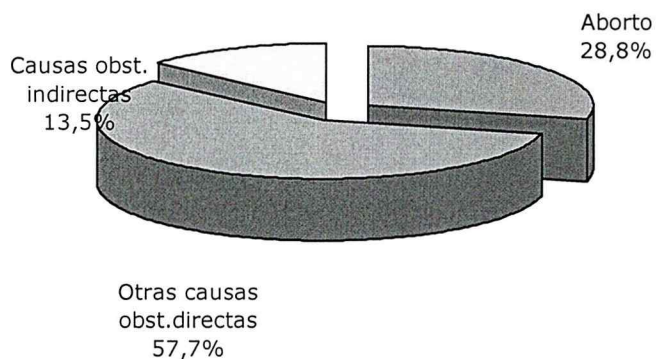
Ministerio de Salud
Gobierno de la Provincia
de Buenos Aires

Evolución de la tasa (0/000) de mortalidad materna. Años 1991 - 2001



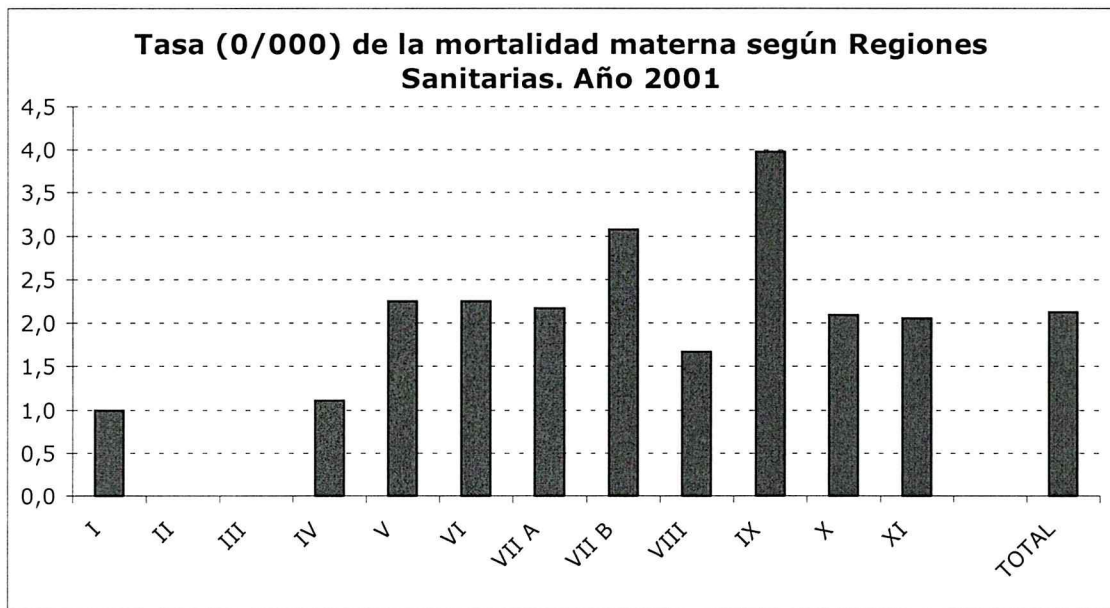
El incremento que se observa en el período 2000-2001, se debe a una mayor precisión en el registro. En las Regiones II y III no se presentaron casos de mortalidad materna.

Mortalidad materna según grupo de causas. Provincia de Buenos Aires. N= 52. Año 2001.



Torta de Zona

Fuente: Dirección de Información Sistematizada



ANEXO VI

01-FEB-02 12:25

SEN. MARIN VEGA

TEL: 22-2081+677

P:02



Provincia de Buenos Aires

H. Cámara de Senadores

Artículo 5° Los métodos anticonceptivos que los profesionales médicos podrán prescribir, son los siguientes:

- a) Naturales o de abstinencia periódica.
- b) Hormonales: píldoras, inyecciones.
- c) Dispositivos Intrauterinos.
- d) De barrera y químicos: diafragma, productos espermicidas, preservativo masculino o femenino.

El Ministerio de Salud, incorporará además al Programa de Salud Reproductiva, nuevos métodos anticonceptivos, debidamente investigados y autorizados por el Ministerio de Salud Pública de la Nación

En todos los casos, el método será el elegido en forma voluntaria por las personas, salvo contraindicación médica específica.

Artículo 6° Las prestaciones del Programa en los Centros Asistenciales públicos serán, como las del resto de sus servicios, gratuitas para los usuarios

Artículo 7° Todas las prestaciones médicas y farmacológicas correspondientes al Programa de Salud Reproductiva, serán incluidas en el Nomenclador de Prácticas Médicas y en el Nomenclador Farmacológico de la obra social de los empleados públicos de la provincia (IOMA), quien las incorporará a su cobertura en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones

Artículo 8° El Programa contará con un equipo interdisciplinario que planificará las estrategias educativas y las actividades de promoción y difusión del Programa de Salud Reproductiva en la comunidad. Articulará estas actividades, principalmente con los programas de Salud Materno-Infantil, pudiendo coordinar y extender actividades con otras áreas del gobierno para su implementación.

Artículo 9° El Poder Ejecutivo Provincial, invitará a los Municipios que aún no hubieran implementado servicios similares, a adherir al Programa provincial de Salud Reproductiva.

Artículo 10° De forma

Diego Marín Vega
Senador U.C.R.
H. Cámara de Senadores

ELISA GARCÍA
Senadora
H. Senado de Buenos Aires

DIEGO MARIN VEGA



Provincia de Buenos Aires

H. Cámara de Senadores

FUNDAMENTOS

Señor Presidente

Nuestro país suscribió, mediante Ley 23.179, la CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (ONU), actualmente con rango constitucional. Entre otras medidas, la mencionada Convención compromete a los Estados partes, a asegurar a las mujeres igualdad de derechos en el acceso a la información, a la educación, a los servicios de salud y a participar en las decisiones familiares, incluyendo explícitamente, en todos los casos, a la planificación familiar.

En orden a garantizar estos derechos a la igualdad, es que introducimos el concepto de DERECHOS REPRODUCTIVOS. Entendemos por tales, aquellos derechos humanos que todo ciudadano, varón o mujer, sin importar su condición social, edad, raza, religión, estado civil u opción sexual, tiene al ejercicio pleno, libre y responsable de su sexualidad, centrada o no en la procreación. Esto involucra también el derecho de las parejas e individuos a decidir si quieren o no tener hijos. Y si los quieren, a decidir el número y el momento de tenerlos.

En el ejercicio de estos derechos, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros, y sus responsabilidades hacia ellos y hacia la comunidad.

Para ejercer estos derechos, para hacerlos reales, para tomar aquellas decisiones libre y responsablemente, todas las personas deben acceder igualitariamente a los medios necesarios: educación, información, conocimientos, métodos, prestaciones médicas, farmacológicas, en fin... al conjunto de los recursos provenientes del campo de la medicina y de la salud.

Estos medios, son los que aseguran y garantizan los derechos reproductivos, los que promueven la SALUD REPRODUCTIVA a la que consideramos un componente central de la salud humana.

Estamos hablando de sexualidad y de reproductividad, como fundamentos de la dimensión humana. Estamos hablando de salud sexual, de salud reproductiva y de anticoncepción, como bienes que preservan derechos humanos.

No estamos de acuerdo con políticas de población "controlistas". No queremos que este Programa se vincule con un planteo reduccionista asociado al control de la población. No queremos que las mujeres reciban simplemente píldoras para el control de la natalidad. Aspiramos a un protagonismo activo de parejas e individuos en el ejercicio de sus derechos.

La evolución de la anticoncepción se mezcla con el mismo devenir de la humanidad, con sus descubrimientos científicos, con sus progresos técnicos y sociales. También con el nuevo papel de una mujer más dueña de su cuerpo, más protagonista de su vida, de su

*Provincia de Buenos Aires**H. Cámara de Senadores*

Sin embargo, en nuestro país la anticoncepción no está validada legalmente. En efecto, no existe hasta el momento, una legislación nacional que asegure políticas públicas al respecto y la legítima. Tampoco la anticoncepción está considerada un bien de salud: ni la estructura de servicios de Salud Pública, ni las Obras Sociales financiadas con aportes de los trabajadores y empleadores, ni los servicios prepagos privados cubren, en general, las prestaciones indispensables para la utilización de métodos anticonceptivos.

Sin embargo, su uso está extendido, aunque solamente a quienes disponen de la información, de los medios y de los recursos para acceder a la anticoncepción en forma privada. Esto abre una profunda brecha de injusticia, afectando especialmente a familias, parejas y personas de menores recursos socioeconómicos y culturales que no tienen, como ciudadanos, los mismos derechos ni las mismas posibilidades.

Así es como ocurren los embarazos no deseados, los abortos clandestinos sépticos, con sus secuelas de sufrimientos, enfermedades y muertes. (Los abortos clandestinos asépticos están también disponibles... para quienes pueden pagarlos).

Así es como Argentina tiene una baja tasa de natalidad (que disminuyó a menos de la mitad en menos de un siglo), muy cercana a la del "primer mundo", mientras otros indicadores nos colocan entre los países más atrasados del orbe, a saber:

- La tasa de mortalidad materna: 91 muertes sobre 100.000 nacidos vivos en Argentina, contra 5 muertes sobre 100.000 en Francia, con legislación y servicios de anticoncepción desde 1967, aborto legal desde 1974 y eficaz atención de embarazo, parto y puerperio.
- La cantidad de abortos: más de 365.000 por año en Argentina, sobre 33 millones de habitantes, contra 150.000 en Francia, con 60 millones de habitantes.
- La morbilidad materna por aborto: ya en 1990, las estadísticas hospitalarias registraban que el 40 % de las internaciones obstétricas fueron embarazos que terminaron en abortos. Y un tercio de las intervenciones quirúrgicas en servicios de urgencia, son debidas a abortos incompletos o complicados.
- La mortalidad materna por aborto: en Francia, 1 muerte cada 100.000 abortos. En Argentina, 100 muertes cada 100.000 abortos (que representan la causa más importante de mortalidad materna). Esto es, más de 365 muertes anuales.

Estos indicadores, que significan el sufrimiento y la muerte de muchas personas, ponen en evidencia la fragilidad de los derechos de la mujer y la inequidad de las relaciones sociales, ya que en una sociedad patriarcal -autoritaria, hipócrita y represiva- son reducidas a vientres portadores, negándoseles protagonismo para decidir y medios para ejercer sus derechos, a pesar de ser ellas las que engrosan las estadísticas de mortalidad.

Desde el año 1995, a partir del tratamiento de los primeros proyectos de Salud Reproductiva y de Procreación Responsable en el Congreso de la Nación, y pese a no haberse logrado la sanción de una ley, se instaló muy fuertemente en la sociedad el debate sobre la Salud Reproductiva. Esto movilizó a la ciudadanía y a sus representantes, lográndose desde entonces en varias provincias, la sanción de leyes estableciendo políticas públicas y



Provincia de Buenos Aires

H. Cámara de Senadores

Si la Argentina suscribió por Ley Nacional a la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, incorporándola mas tarde a su Constitución Nacional, es ostensible el compromiso contraído con la ciudadanía para producir legislación que garantice aquellos enunciados

Por las razones expuestas, solicitamos la aprobación del presente Proyecto de Ley.

CARLOS ALBERTO FERRER
D. Ferrer
Intendente de la U.C.R.
H. Senado de Buenos Aires

ELISA GARÇA
Senadora
H. Senado de Buenos Aires

DIEGO FERNÁNDEZ
H. Senado de Buenos Aires

GUSTAVO M. RELLI
H. Senado de Buenos Aires

A ZOLTA

Jueves 20 de Marzo de 2003

LA NACION LINE | Archivo |

Revocaron un fallo de primera instancia

**La Justicia dio luz verde al plan nacional de salud reproductiva
Los anticonceptivos por repartir llegarán en diez días a
hospitales de todo el país**

- Una entidad civil pidió que el programa no se aplicara y una jueza le dio la razón
- Ahora, un tribunal de alzada dejó sin efecto el fallo
- El plan comienza en abril

CORDOBA.- La justicia federal autorizó la puesta en marcha del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, sancionado el año último y que prevé, entre otras medidas, la distribución gratuita de pastillas anticonceptivas, preservativos y dispositivos intrauterinos en los centros asistenciales de todo el país.

Sin embargo, el abogado patrocinante de la asociación que pidió ante la Justicia frenar el plan, Jorge Scala, cuestionó la resolución por entender que "va más allá del amparo y ataca la cuestión de fondo, lo que llama poderosamente la atención y es -dijo- una causal típica de nulidad".

También anticipó que quedan abiertas otras vías legales, como la de plantear una acción de inconstitucionalidad una vez que el programa esté en marcha. "Si la instrumentación incluye la promoción de la píldora de anticoncepción de emergencia (conocida como "la del día después"), que ya fue prohibida por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, la Cámara se quedará sin argumentos", sostuvo el abogado.

Fuentes del Ministerio de Salud de la Nación aseguraron que la entrega de dicha pastilla está descartada.

Hasta ahora, el lanzamiento del programa estuvo frenado por un recurso de amparo presentado por la asociación civil Mujeres por la Vida ante la jueza federal Cristina Garzón de Lascano, al que la magistrada hizo lugar. El escrito cuestionaba la ley que creó el programa porque, supuestamente, violaba los derechos constitucionales a la vida, a la salud y a la patria potestad.

Sin embargo, la Cámara Federal de Apelaciones -integrada por Ignacio Vélez Funes, Gustavo Becerra Ferrer y Humberto Aliga Yofre- rechazó la acción de amparo y resolvió por unanimidad revocar la medida cautelar dictada por Garzón de Lascano, que ordenaba al ministerio suspender la ejecución del plan.

La sentencia se dio a conocer ayer en una audiencia pública (la primera realizada en una instancia civil) e implicará que "dentro de diez días estarán a disposición de toda la población, y en forma gratuita, los anticonceptivos, preservativos y dispositivos intrauterinos que prevé el programa", informó el ministro de Salud de la Nación, Ginés González García, que presenció la notificación.

Los camaristas coincidieron en que la asociación civil "carece de legitimación" para obrar en casos de "pretendidos derechos de incidencia colectiva" y también señalaron que no existe ilegalidad o inconstitucionalidad alguna en el programa sancionado por el Congreso.

En ese sentido, recordaron que la Constitución nacional -a partir de la reforma de 1994- incorporó con jerarquía superior a las leyes diversos tratados internacionales, entre ellos, la "Convención sobre eliminación de la discriminación contra la mujer", que hace referencia a la necesidad de leyes que garanticen "el acceso a servicios de atención médica, incluso los que se refieren a la planificación de la familia". La ley, según los camaristas, "no es más que una reglamentación legislativa de ese tratado".

En un claro reproche a la actuación de la jueza Garzón de Lascano, la sentencia sostiene, además, que la vía del amparo es "improcedente" en este caso ya que implica "comprometer el desenvolvimiento de una actividad esencial del Estado -como la política sanitaria- que sólo compete a las autoridades del Poder Ejecutivo".

Las mujeres de varias organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajaron por la sanción de la ley aplaudieron ayer la decisión del tribunal.

En el extremo contrario se situó Cristina Delgado, presidenta de la entidad que solicitó a la Justicia -el 30 de octubre del año último- la "inaplicabilidad" de la ley en todo el país.

González García consideró que la medida cautelar ahora revocada era discriminatoria hacia las mujeres argentinas más pobres, sin información ni elementos necesarios para planificar su vida reproductiva.

Por Jimena Massa

ANEXO VII

Objetivos del S. S. H.I.G.A.

INTRODUCCIÓN:

Le corresponde al Servicio Social, junto con el resto de los Servicios, y la Dirección del hospital, la implementación de las políticas sanitarias que surjan desde el nivel ministerial. Con los lineamientos actuales, trabajar en la adecuación de las necesidades institucionales, como también realizar un diagnóstico de la realidad situacional que permita elaborar nuevas políticas ajustadas al contexto. De este modo se establece una comunicación retroalimentada por el aporte de ambas instancias.

Desde esta perspectiva, resulta imprescindible el compromiso asumido desde el Servicio con los objetivos propios de la profesión y con la institución.

La complejidad de la realidad actual nos obliga a trabajar en función del logro de un Servicio que posibilite una actitud reflexiva ante la acción, creando los espacios necesarios de capacitación permanente donde se intercambien experiencias de las prácticas cotidianas que desde un marco referencial actualizado nos permita repensar nuestro accionar.

Esta realidad nos impone trabajar con una estructura flexible en la dinámica interna y permeable a la incorporación de nuevas formas de organización.

FUNCIONES DEL SERVICIO SOCIAL:

Son funciones del Servicio Social hospitalario, mediatizar los intereses de la institución, de los pacientes y sus grupos familiares.

También trabaja sobre la interrelación entre las necesidades comunitarias ante la institución, y de los recursos de esta ante la comunidad, logrando el pleno uso de los mismos.

OBJETIVOS:

- Trabajar para el mejoramiento de la salud de la población asistida, a partir de un concepto integral de salud, entendiendo por ello un proceso dinámico multideterminado por factores políticos, sociales, económicos, históricos y culturales, que considera a la persona como un sujeto social y protagonista en su proceso vital.
- Organizar la práctica profesional dentro del Servicio, estimulando el establecimiento de vínculos interpersonales, basados en relaciones de cooperación y compromiso con la tarea.
- Estimular la participación de todos los miembros en un proyecto interno de Servicio, en el cual se identifiquen en sus objetivos y sea desarrollado a partir de un sentimiento de pertenencia al mismo.
- Considerar a la motivación como un objetivo primario, teniendo en cuenta que es el elemento que motoriza al compromiso que da contenido y sentido a la tarea.
- Generar espacios de capacitación y actualización teórica y metodológica, que retroalimenten la práctica cotidiana.
- Formar parte del Equipo de Salud, con intervenciones superadoras sustentadas teórica y metodológicamente.
- Trabajar en la implementación de la Residencia de Servicio social, a fin de lograr nuevos aportes desde el Área Salud a la profesión, teniendo en cuenta que el hospital es también un ámbito de investigación y aprendizaje.
- Establecer una adecuada interrelación con la red de recursos institucionales de la ciudad.

Consultorio Externo:

En esta instancia serán atendidos aquellos pacientes que demanden intervención en una problemática que afecta su estado de salud. Llegan a Servicio Social derivados por el equipo de Salud, por demanda espontánea o por otra Institución.

En la atención, se toma contacto con el paciente, se evalúa su situación familiar tratando de arribar a un diagnóstico coparticipado. A partir de esto, se definen estrategias tendientes a trabajar en su resolución.

Guardia de Servicio Social:

Atiende situaciones que requieran una resolución inmediata. Son algunos ejemplos:

- Evaluaciones para autorización de estudios.
- Derivaciones a centros de mayor complejidad.
- Derivaciones a otras instituciones.
- Solicitudes de elementos varios.

Internación:

La modalidad de abordaje varía de acuerdo a la situación que se presenta y a la complejidad de la enfermedad.

Se trabaja con el paciente y su familia el diagnóstico y tratamiento, y las nuevas formas de organización familiar a partir de la alteración actual en su dinámica.

Es importante este primer contacto durante la internación, para establecer un plan terapéutico que continuará si este lo requiere luego de ser externado.

En esta instancia es importante conocer al paciente desde su ingreso, acompañando el proceso de internación a fin de que el egreso sea parte de este proceso, ya sea a su domicilio o a una institución de acuerdo a las características del estado de salud.

Inclusión en los distintos Servicios del Hospital:

Los profesionales de Servicio Social se integran a los distintos Servicios del Hospital.

Es fundamental esta inclusión en las distintas especialidades formando parte del equipo de cada una de ellas. Desde aquí el trabajador social, tendrá como objetivo arribar a un diagnóstico integrado, aportando su especificidad profesional en el análisis de situaciones.

En esta inclusión en el equipo es importante la elaboración de proyectos conjuntos que apunten no solo a la asistencia sino que abarque las áreas preventivo, rehabilitación, docencia e investigación. Un aspecto prioritario a tener en cuenta, es la articulación de estos proyectos con las redes de servicios comunitarios.

En este objetivo, participa todo el equipo de salud, trabajando en forma interdisciplinaria y tendiendo a la instauración de relaciones transdisciplinarias.

En este sentido se debe destacar la necesidad de que todos los miembros posean conocimientos generales de la patología que se asiste.

Servicio de Emergencia:

Es necesario integrarse al Servicio y trabajar en forma conjunta con todo el personal a fin de lograr una resolución satisfactoria en el menos tiempo.

En los casos que requiere hospitalización, se realizará el enlace con el nivel de internación y el profesional de Servicio Social responsable de ese área.

Para los casos que no requieran hospitalización, es necesario evaluar su situación socio ambiental y familiar, y en caso de no contar con red primaria de apoyo, realizar la derivación a la institución que corresponda.

Para ello es necesario contar con el apoyo de una red institucional que abarque las diferentes áreas delimitando sus incumbencias.

En referencia a la admisión de guardia, resulta necesario aunar criterios de evaluación de ingreso con todos los profesionales, teniendo en cuenta que se trata de un Hospital Interzonal de alta complejidad para patologías agudas.

PROYECTOS A DESARROLLAR:

Servicio de Voluntariado:

necesarios al momento de agilizar la actividad y evitar preguntas reiteradas innecesarias con el paciente.

Sistema de autorización y entrega de medicamentos:

Desde la organización del Servicio, este área constituye uno de los desafíos prioritarios a resolver, tanto por la magnitud que significa en el trabajo diario como por los distintos intereses que encierra.

Al respecto se prevé la necesidad de comprometer a los distintos Servicios que intervienen en su organización, a fin de construir una nueva forma que sea equitativa hacia los pacientes y eficiente hacia la institución.

Implementación de Ateneos clínicos y teóricos:

Se reconoce de fundamental importancia lograr incluir el espacio de Ateneo dentro de la estructura de funcionamiento del Servicio.

Para ello resulta imprescindible que surja como un espacio coparticipado por todos sus miembros y sostenido a través de la motivación y el interés en su contenido.

BIBLIOGRAFÍA

- ANDER – EGG, Ezequiel y AGUILAR IDAÑEZ, María José; “Cómo elaborar un proyecto – Guía para diseñar proyectos sociales y culturales”; edit. Lumen; Buenos Aires – Argentina; 1995.
- ANDER EGG, E.; “Introducción a las técnicas de investigación social”; edit. Humanitas; Buenos Aires – Argentina; 1971.
- CANESSA, Patricia y NYKIEL, Connie; “Manual para la educación en salud integral del adolescente”; edit. OPS; Washington – E.E.U.U.; 1996.
- CEBALLOS A.; “Enfermedades de transmisión sexual - Programa Nacional de Actualización Pediátrica PRONAP 97”; edit. Sociedad Argentina de Pediatría.
- Consejo Nacional de la Mujer; “Embarazo Adolescente – Intervenciones institucionales”; edit. La Copia; Buenos Aires – Argentina; 1999.
- DE ROBERTIS, C.; “Metodología de la Intervención en trabajo social”; edit. El Ateneo; Buenos Aires – Argentina; 1988.
- DE ZAVALIA, Ricardo; “Constitución de la Nación Argentina”; edit. Sud América; Buenos Aires – Argentina; 1998.
- DEWEY; J.; “Lógica, teoría de la investigación”; edit. Fondo de Cultura Económica; México; 1950.
- ECCO, U.; “Cómo se hace una tesis”; edit. Gedisa; Buenos Aires – Argentina; 1977.

- HERRANZ, Gonzalo; "Ética médica y píldora del día después"; edit. Depto. De Humanidades Biomédicas – Univ. De Navarra; 05 abril de 2001.
- KADUSHIN, A.; "La entrevista en trabajo social"; edit. Textos Contemporáneos; México; 1974.
- Ley N° 418; Subcomisión de Ética Clínica de la Sociedad Argentina de Pediatría. "Acerca de la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable - Archivos Argentinos de Pediatría 2000"; 98(5): 345-349.
- LOPEZ, Guillermo y otros; "Salud reproductiva en las Américas"; edit. OPS; Washington – E.E.U.U.; 1992.
- MENDES DIZ, Ana Maria; "Salud y Población – Cuestiones sociales pendientes"; edit. Espacio; Argentina; 1998.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación Republica Argentina; "Propuesta Normativa Perinatal – Atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido"; Tomo I; edit. Talleres Gráficos de Ctro. Del Copiado La Copia; Argentina; 1996.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación Republica Argentina; "Propuesta Normativa Perinatal – Atención de las patologías perinatales prevalentes"; Tomo II; edit. Universitaria La Plata; Argentina; 1996.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación Republica Argentina; "Propuesta Normativa Perinatal – Atención del parto de riesgo"; Tomo IV; edit. Talleres Gráficos de Ctro. Del Copiado La Copia; Argentina; 1998.

- PERROT, Abeledo; "Código Penal de la Nación"; edit. Sud América; Buenos Aires – Argentina; 1998.
- QUIROZ M, Teresa. y Maria de la Luz Morgan; "La sistematización, un intento conceptual y una propuesta de operacionalización"; edit. Celats; 1987.
- SABINO, C.; "El proceso de investigación"; edit. Humanitas; Buenos Aires - Argentina; 1986.
- SCHUFER, Marta y otros; "Así piensan nuestros adolescentes"; edit. Nueva Visión; Bs. As. – Argentina; 1988.
- TAYLOR, S. y MORGAN, R.; "introducción de los métodos cualitativos de investigación – La búsqueda de significado"; edit. Piados; Buenos Aires – Argentina; 1998.
- TESTA, Mario y col.; "Pensar en Salud"; edit. Lugar; Buenos Aires – Argentina; 1993.
- TESTA, Mario; "Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación – El caso de salud"; edit. Lugar; Buenos Aires – Argentina; 1995.
- Varios; "CATAD – Taller de iniciación en la investigación y elaboración de informes"; edit. División de Impresiones; Buenos Aires – Argentina; 1997.
- VARIOS; "Trabajo Social Hospitalario – Práctica y quehacer profesional"; edit. Espacio; Argentina; 1996.
- VARIOS; "Adolescencia, pobreza, educación y trabajo – El desafío es hoy"; edit. Losada S.A. ; Buenos Aires – Argentina; 1997.

- VARIOS; “El derecho a nacer”; edit. Artes Graficas Candil S. R. L.; Buenos Aires – Argentina; 1993.
- VARIOS; “Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica”; edit. Sudamericana; Buenos Aires – Argentina; 1998.
- ZAVALIA, Ricardo; “Constitución de la Nación Argentina”; edit. Sud América; Buenos Aires – Argentina; 1998.

