

2019

Aportes de la enfermería en la implementación del programa de salud sexual y reproductiva

Palumbo, Alejandra

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/994>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y TRABAJO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

APORTES DE LA ENFERMERÍA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

AUTORA: PALUMBO ALEJANDRA

Trabajo final de la Licenciatura en Enfermería

Profesora: Barg Mónica

Mar del Plata 2019

Agradecimientos:

Al equipo de salud de Playas del Sur por permitirme llevar adelante este trabajo en el centro de salud, por apoyar la iniciativa de manera activa y confiar en mi criterio a la hora de implementar las acciones. Esto, además de demostrar el reconocimiento que tienen de la enfermería dentro del Caps., visibiliza el compromiso de un grupo de trabajadores de la salud con la defensa de la salud pública y los derechos humanos.

Índice general

Introducción-----	4
Diseño general del proyecto-----	5
Identificación del problema-----	9
Análisis del problema-----	10
Formulación de hipótesis provisionales -----	11
Recolección de la información necesaria-----	12
Estructura teórica de la información -----	18
Diseño e implementación de un plan de acción -----	24
Evaluación del plan de acción -----	27
Bibliografía -----	28
Tablas y Anexos -----	30
Conclusión final-----	36

1- Introducción

Desde la sanción de la Ley 25673, de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSPR) en 2002, las acciones tendientes a favorecer la salud reproductiva de toda la población, pasaron a formar parte de una de las obligaciones del Estado para con la comunidad.

Dentro de la ley se considera la necesidad de que las instituciones sanitarias incorporen como tema a trabajar la salud reproductiva y la procreación responsable. El Ministerio de Salud de la Nación estableció una política dirigida a la descentralización de los servicios de salud, destinando recursos económicos, estableciendo los modelos de atención adecuados para Atención Primaria de la Salud (APS) y ocupándose de la provisión del botiquín de salud reproductiva. En ese marco se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PSSPR).

En este trabajo se propuso describir la experiencia de implementación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en el centro de atención primaria de la salud Playas del Sur, cuales fueron los problemas detectados en cuanto a la puesta en marcha del PNSSPR. Posteriormente al análisis de dichos problemas se formularon posibles soluciones al problema. Las mismas se llevaron adelante conjuntamente con el equipo de salud y finalmente se realizó una evaluación del impacto su en la resolución de los problemas.

Esta investigación está diseñada bajo la metodología investigación- acción en el primer nivel de atención (Díaz Llanes, 2005). Tuvo inicio en el mes de mayo de 2018 y las acciones que se implementaron para la resolución de los problemas detectados se llevan adelante en la actualidad (diciembre 2019).

2- Diseño general del proyecto

El presente trabajo fue diseñado desde una lógica investigación- acción en salud, por lo tanto, la técnica de campo, es decir, el acercamiento al objeto de estudio de manera experiencial constituyó el pilar del proyecto. La autora de esta investigación desempeña funciones como enfermera en el plan de lactantes de la Unidad Sanitaria Playas del Sur desde el año 2010.

A partir de entrevistas a los referentes barriales y miembros del equipo de trabajo social se pudo obtener la siguiente información en relación al Centro de Atención Primaria de la Salud (Caps) y al área programática del mismo.

La Unidad Sanitaria Playas del Sur es un centro de salud ubicado en la zona sur de la ciudad de Mar del Plata. El área programática correspondiente al CAPS está delimitada por la calle Diagonal Estados Unidos, calle Mangoré, Calle los Mapuches, autopista Jorge Newbery (continuación de Av. Edison), hasta el límite sur del Partido de General Pueyrredón (Arroyo las Brusquitas) y Ruta 11.

Los barrios incluidos en esta área, enumerados de norte a sur son los siguientes: Alfar, San Jacinto, Santa Rosa del Mar, Playa Serena, San Patricio, San Carlos, Costa Azul, Acantilados, Mar y Sol, Playa Los Lobos, Playa Chapadmalal, Santa Isabel, San Eduardo de Chapadmalal, El Marquesado y San Eduardo del Mar.

Servicios educativos: las escuelas y jardines de la zona son los siguientes:
Barrio Alfar: Jardín de Infantes Provincial N°932, Escuela Primaria N°80, Escuela Secundaria N°16, Barrio San Patricio: Jardín de Infantes Municipal N°12, Escuela Primaria Municipal N°5, Escuela Secundaria Municipal N°213, Barrio Acantilados: Jardín de Infantes N°920, Escuela Primaria N°40, Escuela Secundaria N°42, Barrio Playa Chapadmalal: Jardín de Infantes N°921, Escuela Primaria N°24, Escuela Secundaria N°71, Barrio San Eduardo de Chapadmalal: Jardín de Infantes N°936, Escuela Primaria N°52, Escuela Secundaria N°71

Servicios Sanitarios: en la totalidad del área programática no se cuenta con servicios de agua corriente ni red de cloacas. La red de gas natural llega hasta el barrio Acantilados, pero la conexión no es completa en todas las manzanas.

El barrio Alfar es el que cuenta con mayor número de calles asfaltadas, el resto de los barrios sólo poseen asfalto en la calle de ingreso al barrio por ruta 11, y en algunos de ellos posee asfalto la calle paralela a la ruta.

Accesibilidad: Se trata de una zona relativamente aislada con escasas líneas de transporte público. Línea 221 Rápido del Sur desde Santa Clara, pasando por el centro de la ciudad hasta el barrio San Patricio. Línea Rápido del Sur Interurbano desde Santa Clara hasta Miramar, sólo por ruta 11. Línea 511 E, desde el centro hasta Acantilados, por autopista Jorge Newbery. Línea 501, desde el HIGA, pasando por el centro de salud N°2, San Jacinto, Playa Serena, Santa Rosa del Mar y Antártida Argentina.

Infraestructura, servicios y personal del CAPS: el CAPS cuenta con una superficie cubierta de 160m², distribuidos en los siguientes espacios: un consultorio de atención de guardia 24hs, un consultorio de Trabajo Social, un consultorio de Salud Mental, un consultorio de RX, tres consultorios de pediatría, un consultorio de ginecología, un consultorio de clínica médica, una oficina de orientación administrativa, un salón de usos múltiples, una cocina, una habitación para el personal de guardia, seis baños

El personal de la Unidad Sanitaria puede dividirse en dos grupos; uno específicamente para la Atención Primaria de la Salud (APS) y otro destinado a la guardia 24hs Servicio de Emergencias Médicas (SAME).

Personal de APS: 2 administrativas, 2 trabajadoras sociales, 4 psicólogos, 2 técnicos de RX, 3 pediatras, 2 enfermeras, 3 médicos generalistas, 1 ginecóloga, 3 médicos clínicos y 3 odontólogas. Personal del SAME: 12 enfermeros, 6 choferes de ambulancia y 12 médicos.

En cuanto a lo que se refiere a la atención médica, el análisis de las estadísticas proporcionado por el HIS¹ mostró un creciente aumento de la demanda (cuadro1). Se observaron aumentos de casi el 60% de atenciones en el último periodo y el personal administrativo confirmó la existencia de demanda rechazada, casi a diario, para las distintas especialidades de atención primaria de la salud.

¹ Sistema informático de designación de turnos y registro de historias clínicas digitales.

Metodología de implementación del PSSPR en la U.S Playas del Sur.

Para obtener información respecto a la implementación del PSSPR en el Caps, se realizaron entrevistas a diferentes profesionales que desempeñan sus funciones en el centro de salud y a las referentes del PSSPR en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) y el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA).

Al inicio de la investigación (junio 2018) la U.S Playas del Sur implementaba el PSSPR de la siguiente manera;

Todas las mujeres mayores de 14 años interesadas en ser usuarias de anticonceptivos orales (ACO) o anticonceptivos inyectables (ACI) debían sacar turno con medicina general o ginecología. Estos profesionales atendían de lunes a jueves, para acceder a la consulta, las interesadas debían sacar un turno en la ventanilla de administración a las 7:30 am. Luego de la anamnesis el profesional médico otorgaba una orden para retirar los ACO por farmacia, con una receta de tratamiento prolongado, la cual aseguraba el suministro del ACO por seis meses, pasados los cuales, la paciente debía volver a sacar turno con el profesional médico para una nueva receta. En caso de que la paciente hubiese optado por ACI, el o la profesional médico emitía junto con la receta de la Cobertura Universal de Salud (CUS)² para tratamiento prolongado por seis meses, una orden de aplicación del inyectable por la guardia.

La colocación del DIU se realizaba en el consultorio de ginecología los días miércoles, para acceder a este turno la paciente debía acercarse a la U.S el mismo día a las 7:30 hs con una derivación de medicina general.

Las Interrupciones Legales del Embarazo (ILE) se llevaban adelante por una médica generalista, a cuya consulta se accedía a través de un turno gestionado a las 7:30 am los días martes, miércoles y jueves.

Los profilácticos se encontraban disponibles en un dispenser colocado en la ventanilla de la administración y en la ventanilla de la farmacia.

² La Cobertura Universal de Salud es una estrategia formulada para garantizar el suministro de un botiquín con medicamentos esenciales en el Primer Nivel de Atención.

La anticoncepción de emergencia era entregada por el personal de SAME a toda mujer que lo solicite y asentada en la historia clínica digital.

Las cirugías de ligadura tubaria se realizaban en el Hospital Interzonal Materno Infantil (HIEMI) y en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA). El turno en HIEMI para la ligadura tubaria debía ser gestionado por la interesada en el consultorio de T.S del mismo hospital de lunes a viernes de 8:00 a 13:00hs. La gestión en el HIGA era de igual modo. Si bien ambos hospitales realizaban este tipo de cirugía, HIEMI lo hacía a diario y el HIGA sólo lo hacía dos veces por semana. Por otro lado, este hospital (HIGA) era el único establecimiento público que realizaba vasectomías, sin embargo, la posibilidad de su realización estaba supeditada a la necesidad de quirófano de “otras” cirugías.

En la unidad sanitaria pudo observarse material gráfico de difusión del PNSSPR en los consultorios de ginecología, T.S y en la guardia. En estos afiches, que fueron proporcionados por el Ministerio de Salud de la Nación, se comunica la existencia del PNSSPR a partir de la ley 25673 y cuáles son los métodos que garantiza este programa.

Para valorar uno de los indicadores de la efectividad de la implementación del PSSPR (embarazos no planificados), se realizó una encuesta a todas las mujeres que asistieron al ingreso al Programa de Desarrollo Infantil para el control de salud de niño sano desde mayo 2018 hasta julio 2019. Esta pesquisa demostró que del total de los ingresos (164), el 40% de los embarazos no fueron planificados, de ese porcentaje, el 59% eran usuarias activas del PSSPR al momento de quedar embarazadas, el 5% desconocía la existencia del programa y 35% restante tenía conocimiento del PSSPR pero no utilizaba ningún método anticonceptivo.

3- Identificación de los problemas

El hecho de que las usuarias o posibles usuarias del PSSPR tuviesen que solicitar un turno para medicina general o ginecología para acceder a la información y/ o los métodos, fue identificado como un obstáculo en el acceso al programa.

Otro de los problemas detectados fue la escasa difusión que el programa tenía en la unidad sanitaria y la falta de información que imperaba en cuanto a los requisitos para acceder a los métodos anticonceptivos y al ILE por parte del personal de la sala y de los usuarios de la misma.

4- Análisis del problema

A partir de entrevistas a diferentes miembros del equipo de salud se logró establecer cuál era la percepción que existía en relación a las dificultades que se presentaban en la implementación del PNSSPR.

Todo el personal coincidió en que los métodos anticonceptivos debían ser entregados a toda mujer mayor de 14 años que lo solicitara, sin embargo, algunos miembros del equipo sostuvieron que era condición necesaria que las usuarias del programa fuesen evaluadas por los servicios de medicina general o ginecología para obtener la receta médica que avalara la indicación, otros consideraron que los métodos tenían que ser suministrados por cualquier persona con capacitación en métodos anticonceptivos que desempeñe funciones dentro del centro de atención primaria de la salud (Caps) y que tanto los ACO como los ACI debían estar disponibles como medicación en la guardia. La primera de las posturas fue relatada por el personal de la guardia y el de farmacia, quienes explicaron que todos los medicamentos proporcionados a través del CUS exigen ser entregados bajo receta firmada por un médico. Por tal motivo tanto el ACO y más aún el ACI son considerados medicamentos y como tales su administración requeriría de una anamnesis propia de un profesional de la salud capacitado en el área de salud reproductiva, sobre todo por las posibles complicaciones que puede traer un uso inadecuado del método.

La segunda de las posturas fue presentada por administración, trabajo social, medicina general, obstetricia, ginecología, enfermería y pediatría. Apelando a lo legalmente establecido a través del PNSSPR consideraron prioritario garantizar la accesibilidad a los métodos y a la información acerca del uso adecuado de los mismos. Este grupo coincidió en la necesidad de construir un espacio de consejería, con un enfoque interdisciplinario en el cual se pueda brindar asesoramiento y métodos anticonceptivos a todas aquellas interesadas, sin tener que disponer de un turno para medicina general o ginecología, teniendo en cuenta que muchas veces existe demanda rechazada para estas especialidades.

5- Formulación de hipótesis provisionales

La información recogida entre los miembros del equipo dió cuenta de que el mayor problema percibido en cuanto a la implementación del PNSSPR fue la existencia de barreras en el acceso a los métodos ACO y ACI y la ausencia de un protocolo para la administración de los métodos y el acompañamiento en ILE. Todos los entrevistados señalaron la necesidad de establecer un espacio de consejería para disipar las dudas que se le puedan presentar a las usuarias, ya que, si bien el personal que suministra los ACO en farmacia es enfermero, la atención de esta es una actividad que supone demanda constante y carece de la privacidad necesaria para que la usuaria pueda preguntar abiertamente todas aquellas dudas que le surgen a raíz del uso de los ACO o ACI.

Todos los miembros del equipo consultados reconocieron el obstáculo que implica el hecho que las usuarias necesiten sacar un turno con medicina general o ginecología para acceder al método, ya que muchas veces estas especialidades tienen demanda rechazada por escases de personal. Asimismo, todos los entrevistados coincidieron en que la existencia de un espacio de consejería en salud sexual y no- reproductiva permitiría, no sólo aumentar la accesibilidad a los métodos, sino que también asegurar el correcto uso de los mismos.

6- Recolección de la información necesaria

Para conocer cómo era la implementación del PSSPR y cuáles eran los recursos materiales y humanos con los que contaba su ejecución, se realizaron entrevistas a diferentes miembros del equipo de salud del Caps.

Entrevista a Cecilia Crespi, referente del PNSSPR del Municipio de General Pueyrredón (11/8/19)

- Estoy con Cecilia Crespi, referente del PNSSPR del Municipio de General Pueyrredón, queríamos preguntarte, Cecilia, cuáles son los insumos materiales con los que cuenta el Programa hoy (18/8/19)

- El PSSPR por un lado llega a través de botiquines por medio del CUS y por otro lado nos provee la provincia, a las jefaturas de tocoginecología, los insumos que hagan falta para completar el stock en todos los centros de salud. Actualmente contamos con tres tipos de anticonceptivos orales; los combinados con levonorgestrel y etilnestradiol y para la lactancia sólo levonorgestrel y los ACO con gestodeno que pueden continuar usándose, aunque el bebe haya dejado la teta. Los anticonceptivos inyectables con los que contamos son de dos tipos, la inyectable mensual que es noretisterona y la inyectable trimestral que es la medroxiprogesterona, esta última no se vende en farmacias de manera que es únicamente uso hospitalario. Por otro lado tenemos disponibilidad de DIU, tanto sea la T de cobre que tiene 380mcg de cobre, este dura 10 años, luego tenemos el Multiload que tiene 375mcg de Cu, este dura solamente 5 años y tenemos el DIU con liberación de hormonas. Este último método, por ser muy costoso está restringido para pacientes que tienen una indicación médica. También tenemos el implante intradérmico de liberación controlada de hormona, destinado específicamente a las jóvenes menores de 24 años con algún evento obstétrico. Y la otra cosa con la que cuenta el programa es el preservativo que se encuentra a disposición de todos ya que se los colocan en un dispenser en los sitios de mayor accesibilidad dentro de la Unidad Sanitaria como pueden ser el área de informes, la guardia y la farmacia.

- ¿Todos estos insumos llegan a través del CUS del Estado Nacional?

- No, en la actualidad el Ministerio de Salud de la Provincia se encarga de proveernos los implantes intradérmicos y los DIU a las jefaturas de tocoginecología del municipio y desde ahí, de acuerdo a la necesidad de cada Caps se establece la distribución. Los botiquines sí vienen de Nación y su suministro está determinado por la cantidad de recetas que emite cada centro de salud. En caso de que algún centro de salud quede desprovisto de alguno de los tipos de ACO, la jefatura del servicio suple esa necesidad con los refuerzos de provincia.

- Dentro de tu experiencia, desde que está implementado el programa, ¿algún centro de salud presentó reticencias en la implementación del programa?

- El programa de salud sexual está implantándose desde el 2005, y desde esa época todos los centros de salud adhirieron, de formas diferentes en cuanto a la metodología de entrega ya que esto está determinado según los usos y costumbres de la comunidad que asiste. Mar del Plata tiene 32 centros de salud y dispuestos en toda su área, tiene comunidades muy diversas y cada centro implementa el programa según los hábitos de la comunidad de su área programática.

- Por último, te quiero preguntar ¿Existe alguna capacitación para la implementación del programa más allá de la Guía Práctica para los Profesionales?

- Generalmente estas capacitaciones están organizadas por el Ministerio de la Provincia de Buenos Aires, en conjunto con nación, lo que se expone en esas capacitaciones, además de las novedades de orden clínico, es la normativa vigente a nivel nacional y provincial. El año pasado, la capacitación fue dirigida a los métodos anticonceptivos. Este año se realizó una referente al ILE, interrupción legal del embarazo, ya que esta práctica se está llevando adelante en los centros de salud y hospitales del estado. Para ello contamos con escasos insumos, ya lograremos tener más. Volviendo a las capacitaciones, generalmente una o dos por año se realizan jornadas de capacitación a cargo de la provincia, a través de zona octava.

Entrevista a la Licenciada en Trabajo Social Luisina Rodriguez, quien desempeña funciones en la U.S Playas del Sur y es una de las mayores referentes del PNSSPR dentro del mismo. (27/8/19)

- Estoy con la lic. Luisina Rodriguez, quien ejerce sus funciones como Trabajadora Social en la U. S Playas del Sur. Luisina, ¿cuál es la acción que vos llevas adelante con respecto puntualmente al PNSSPR?

- Trabajo Social entrevista a todas las mujeres embarazadas para darles ingreso al Plan Nacer, y una vez que el o la bebe nace, le damos ingreso al plan de lactantes a través de una nueva entrevista a la madre. En estas entrevistas se informa a las mujeres sobre la existencia del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y sobre todo de la disponibilidad de los métodos anticonceptivos dentro del Caps y de la posibilidad de acceder a la ligadura tubaria en caso de que la paciente sea sometida a una cesárea, o si tiene parto normal, se la informa de cómo puede gestionarlo a través de la oficina de Trabajo Social en el HIEMI.

- Actualmente ¿Cómo se está implementando el programa en el Caps Playas del Sur?

- Todas las mujeres, mayores de 14 años, que estén interesadas en adquirir alguno de los métodos que garantiza el programa, más allá de los preservativos, tienen que solicitar un turno con medicina general o ginecología y luego de la anamnesis y el examen físico se le hace una orden médica para retirar los ACO por farmacia o para aplicarse el ACI en la guardia. Para la colocación de los implantes intradérmicos o el DIU deben sacar turno específicamente con ginecología.

- Existe una particularidad con respecto a tu servicio que es la plena accesibilidad, esto quiere decir que las pacientes pueden tener una entrevista con ustedes sin turno, atienden la demanda espontanea. Esto hace que en más de una oportunidad, aquellas mujeres que no acceden al turno con la generalista o la ginecóloga consulte con ustedes para poder hacerse con el método, ¿esto es así?

- Sí, a veces, mujeres que ya son usuarias del programa, se encuentran con algunas trabas, en relación a que le solicitan la receta y no está del todo aceptado quién la tiene que entregar. Esta es una de los mayores obstáculos que tenemos ya que muchas veces hay mujeres que se van del Caps sin el método. En estos casos lo que intentamos hacer es gestionar “off de record” una receta para que puedan acceder al método y no perder la oportunidad ya que consideramos que la consulta por anticoncepción es una consulta de urgencia.

- ¿Crees que hoy el tema de la accesibilidad es el mayor obstáculo que presenta la implementación del programa?

- Sí, absolutamente. No es totalmente accesible no sólo por los motivos que acabo de describir, a veces no es accesible porque los métodos no están disponibles en el municipio. Por ejemplo, un caso típico es el del implante intradérmico, que es un método muy solicitado por las más jóvenes y cuya demanda no puede ser satisfecha en su totalidad.

- Más allá de la escases de recursos materiales, que eso es algo que excede a las posibilidades de resolución del equipo, ¿crees que existe alguna posibilidad de mejorar la implementación del programa en el Caps.?

- Sí, el programa lo deberíamos organizar como equipo, asegurando una consejería sostenida de manera multidisciplinar que se ocupe de recibir todas las consultas y demandas relacionadas con anticoncepción. Si este espacio pudiera garantizarse más de un día a la semana sería lo mejor.

Entrevista a Facundo Mármol miembro del equipo de SAME Playas del Sur.
(27//8/19)

- Estoy con Facundo Mármol, miembro del equipo del SAME para preguntarle ¿cuál cree que es el motivo por el cual la guardia, a cargo específicamente del personal del SAME ceso con la entrega de los ACO?

- Existen varios motivos, primeramente consideramos que implementar el PNSSPR no es solamente entregar el ACO o aplicar el ACI, es necesario un espacio en el que la usuaria pueda disipar las dudas sobre el uso correcto del método y sucede que no sólo que en la guardia falta de espacio físico para brindar la intimidad necesaria sino que muchas veces carecemos del tiempo y la capacitación que se requiere para llevar adelante una consejería.

- ¿Crees que existe una posibilidad hoy de mejorar la implementación del PSSPR?

- Creo que lo que garantizaría la correcta implementación del PSSPR sería la existencia de un espacio interdisciplinario, una suerte de consejería, a la cual pueda accederse sin turno y en la cual las usuarias o posibles usuarias del PNSSPR puedan evacuar todas sus inquietudes con respecto al uso correcto del método que eligieron.

- ¿Actualmente, la guardia, cuenta con algún tipo de anticonceptivo?

- Sí, la administración del ACO de emergencia nunca se dejó de hacer.

Entrevista a Juan Ludueña miembro del equipo del SAME y encargado de farmacia de la US Playas del Sur

- Estoy con Juan Ludueña miembro del equipo del SAME y encargado de farmacia del Caps, para preguntarle ¿cómo es la implementación del PNSSPR actualmente en el Caps?

- Desde principio de este año, la entrega de los ACO y los ACI se realiza por farmacia a través de la receta de Remediar. Anteriormente esta entrega se realizaba en la guardia. Para ello contábamos con una planilla que funcionaba como una especie de historia clínica específicamente de anticoncepción. La idea era continuar la metodología que existía previo a la implementación del SAME. Sin embargo, esto no logró sostenerse debido a que la demanda cada vez mayor y sumado a la falta de intimidad para un espacio de consejería imposibilitaba el suministro seguro con la debida anamnesis.

- ¿Qué implica que la entrega de los ACO y los ACI se lleve adelante en la farmacia?

- Por un lado, nos aseguramos la confección de la receta, la cual es fundamental, ya que el suministro de los ACO y los ACI se hace a través del CUS, desde donde se organiza el stok a partir de las recetas que se envían y por el otro la existencia de la receta firmada por el médico supone que un profesional médico indicó, después de un examen físico y anamnesis pertinente, el anticonceptivo, sea oral o inyectable.

- ¿Crees que existe la posibilidad de mejorar la implementación del PNSSPR hoy en la sala?

-Sí, considero que la creación de un espacio multidisciplinario de consejería al cual las usuarias o posibles usuarias puedan acceder para disipar las dudas sería fundamental y por otra parte creo que es importante aprovechar la existencia de la guardia 24hs para poder suministrar los ACO o ACI a aquellas usuarias que por diferentes motivos se vieron imposibilitadas a asistir al espacio de consejería, pero necesitan hacerse del método.

7- Estructuración teórica de la información

Fundamentación legal de la creación e implementación del PSSPR

El derecho a la salud sexual y reproductiva y los DDSSRR fueron definidos en 1994 en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo –CIPD– y posteriormente legitimados por la comunidad internacional y por un gran número de legislaciones nacionales. Estas conferencias, a través de sus disposiciones y planes de acción, ostentaron un rol fundamental de visibilización y legitimación de los DDSSRR, en vías de su posterior instauración en las agendas políticas y de cooperación. (Nathanson, Sember y Parker, 2008).

La “Declaración y Programa de Acción de Viena”, elaborada en el marco de la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos celebrada en Viena en junio de 1993, “insta a los gobiernos, las instituciones intergubernamentales a que intensifiquen sus esfuerzos en favor de la protección de los derechos humanos de la mujer y de la niña” (art. 18 último párrafo). Asimismo, “reconoce la importancia del disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida” y “reafirma, sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres, el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar, así como la igualdad de acceso a la educación a todos los niveles” (art. 41).

(...) La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, realizada en el Cairo en 1994, positiviza el derecho a la salud reproductiva y a la procreación responsable, definiéndose como “(...) el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. También incluye la salud sexual (...). En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de procrear, y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícita el derecho del hombre y de la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección, seguros eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación familiar, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y el derecho de la mujer a recibir servicios

adecuados de atención de la salud que propicien embarazos y partos sin riesgos y que le brinden a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos...” Esta conferencia además sostuvo que “los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos, que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminaciones, coacciones ni violencia, como está expresado en los documentos sobre los derechos humanos”. Asimismo, se estableció que los Estados deben “(...) capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud (...) para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible”

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en Beijing en el año 1995, además de distinguir entre reproducción y placer, destaca la necesidad de garantizar la “capacidad de las mujeres para controlar su propia fecundidad”, base fundamental para el disfrute de otros derechos, y de fomentar la responsabilidad compartida entre mujeres y hombres en “las cuestiones relativas al comportamiento sexual y reproductivo”, indispensable para mejorar la salud de las mujeres (art. 97, Plataforma de Acción de la Declaración de Beijing).

En la Argentina, desde el año 2002, que se aprobó la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, existe un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSPR). Los objetivos de este programa consisten en

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia.

- b) Disminuir la mortalidad infantil
- c) Prevenir embarazos no deseados
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/ sida y patologías genital y mamarias
- f) *Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.*
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

El PNSSPR se propuso, desde un enfoque de género, garantizar el acceso universal a los servicios de salud Sexual y no-Reproductiva (SSNR) paradigma, que involucre a la población en el conocimiento de sus derechos sobre SSNR.

Si bien a través de la ley 25673 el Estado garantiza la creación del PNSSPR, cada equipo de salud implementa la estrategia de acuerdo con sus posibilidades. En este punto es fundamental señalar el rol que cumplen los efectores de salud, ya que son estos los que finalmente materializan las políticas del Estado. El programa proporciona a los equipos de salud una guía práctica a modo de herramienta y los provee de los insumos básicos para la planificación familiar y la salud no-reproductiva. Sin embargo, parece importante señalar las tensiones que surgen en la materialización del PSSPR en lo referente del cambio de paradigma que exige en el sistema de salud. Claramente el PSSPR propone una mirada emancipatoria que choca muchas veces con el modelo paternalista que suele reproducirse en las instituciones sanitarias.

Desde una mirada con perspectiva de género, podríamos afirmar que el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, debería pensarse como un dispositivo pensado para combatir las desigualdades de clase que se presentan en una la b fgsociedad. Basta con comparar las tendencias en cuanto a las trayectorias emancipatorias de jóvenes de diferentes estratos socioeconómicos para reconocer la existencia de al menos dos tendencias bien definidas, una más tardía y con baja fecundidad, propia de los sectores medios y altos; otra, con abandono temprano de los estudios, maternidad adolescente y

mayores tasas de fecundidad, caracteriza a los sectores más pobres. Estas diferencias entre los patrones de comportamiento reproductivo terminan por descargar el mayor peso de la reproducción biológica y social de la población en los adolescentes y jóvenes pobres de ambos sexos. Se origina, entonces, un círculo vicioso entre exclusión social y fecundidad adolescente de los embarazos entre la población menor de 20 años y de sectores más pobres, sobre todo en el grupo de 15 a 17 años, y fuera de uniones o matrimonios. Estos segmentos están expuestos a procesos de exclusión prematura del sistema educativo y de inserción precaria y temprana en el mercado de trabajo, sin opciones de progresión ocupacional (Morlchetti, Alejandro). La persistencia de riesgos demográficos se explica por una combinación compleja de comportamientos tradicionales (unión y embarazo temprano en el caso de la fecundidad adolescente en los grupos pobres), con fenómenos clásicos de exclusión y de patrones culturales, tales como falta de información sobre temas sexuales, carencia de acceso a medios anticonceptivos en el caso de la fecundidad no planificada, sesgos culturales en las relaciones sexuales y otros factores asociados a la cultura juvenil (CEPAL/OIJ, 2003, pp. 11 y 12).

Interrupción Legal del Embarazo (ILE)

Promover en todo el país el derecho que tienen mujeres, niñas, adolescentes y toda persona con capacidad de llevar adelante una gestación, de acceder a la interrupción legal del embarazo (ILE) cuando este se encuadre en las causales previstas por el sistema normativo del país, se encuentra entre las principales acciones implementadas por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSS y PR) para alcanzar los objetivos establecidos en su ley de creación (25.673).

En este sentido, el PNSS y PR afirma que la interrupción del embarazo debe ser brindada bajo los mismos parámetros que otros componentes del servicio de salud, es decir, respetando los estándares de calidad, accesibilidad, confidencialidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.

La interrupción del embarazo es un procedimiento sumamente seguro si es practicado con los instrumentos y en las condiciones adecuadas. En los países

donde el aborto está permitido por la ley y el personal de salud está capacitado para ofrecer servicios seguros, la tasa de mortalidad por estas prácticas es baja, de 0,2 a 2,0 muertes por cada 100.000 abortos; en esas regiones, inclusive, la mortalidad relacionada con el embarazo es significativamente más alta: 9,0 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (IPAS, 2010).

Según datos de estadísticas hospitalarias del Ministerio de Salud de la Nación sobre el sistema público de salud, en 2011 se registraron 47.879 egresos hospitalarios por aborto en el país, de los cuales el 19% correspondió a mujeres menores de 20 años. En 2012 murieron en nuestro país 33 mujeres a causa de embarazos terminados en aborto. Dos de ellas eran adolescentes menores de 20 años y 7, jóvenes de entre 20 y 24 años (DEIS, 2013). En 2013, el 50% de las muertes por embarazo terminado en aborto correspondió a mujeres de 15 a 29 años, entre ellas nueve de adolescentes de 15 a 19 años (DEIS, 2014).

En su fallo “F., A. L. s/medida autosatisfactiva”, de marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), en su carácter de último interprete de todo el sistema normativo del país, estableció que quien se encuentre en las condiciones descriptas en el art. 86 inc. 2 del Código Penal “[...] no puede ni debe ser obligada a solicitar una autorización judicial para interrumpir su embarazo, toda vez que la ley no lo manda, como tampoco puede ni debe ser privada del derecho que le asiste a la interrupción del mismo ya que ello, lejos de estar prohibido, está permitido y no resulta punible” (CSJN, 2012: considerando 21). De esta forma, en la Argentina toda mujer, niña, adolescente y, en general, toda persona con capacidad de gestar, tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo que cursa según los mismos estándares de calidad que el resto de los servicios de salud, cuando:

- el embarazo representa un peligro para la vida de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios;
- el embarazo representa un peligro para la salud de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios;
- el embarazo proviene de una violación; el embarazo proviene de una violación sobre una mujer con discapacidad intelectual o mental.

El ejercicio de la opción a la ILE en dichas circunstancias se encuadra en los derechos a la autonomía personal, la privacidad, la salud, la vida, la educación y la información; asimismo, a los principios de no discriminación e igualdad.

La realización de ILEs debe guiarse fundamentalmente por el principio de autonomía. Todas las actitudes y prácticas de las/los profesionales de la salud deben estar destinadas a que, en base a la información veraz, adecuada y completa que se le brinde, la mujer pueda tomar la mejor decisión posible para ella. Por esto, es deber de las/los profesionales de la salud proveer la información necesaria para que pueda entender el proceso que está viviendo y formular todas las preguntas que crea necesaria.

8- Diseño e implementación de un plan de acción

Construcción de un espacio interdisciplinario de consejería en salud sexual y no-reproductiva: luego de realizar un relevamiento de los y las miembros del equipo de salud dispuestos a participar del espacio de consejería y de evaluar la disponibilidad de espacio físico para tal fin, se decidió organizar un consultorio de consejería en salud sexual y no- reproductiva de lunes a viernes en el horario de 11:00 a 13:00 hs. La apertura de este espacio fue garantizada diariamente por quién lleva adelante este trabajo. La invitación a participar de dicho espacio a todo aquel miembro del equipo que lo desee se renovó cuando éste comenzó a funcionar. Asimismo, se propago a través de material gráfico y entrevistas con referentes barriales, la difusión de la existencia de la consejería en salud sexual y procreación responsable y la posibilidad de acceder al método anticonceptivo en la misma.

Los objetivos de la consejería fueron ofrecer a todas las asistentes la información necesaria en salud sexual y anticoncepción. Para ello se dispuso de material gráfico con la representación del aparato reproductor femenino y masculino, todos los métodos anticonceptivos que estaban disponibles según el programa de salud sexual e información por escrito (anexo1)

Se elaboró un protocolo de atención para el suministro de métodos anticonceptivos que pueda ser implementado por todo aquel miembro del equipo que lo desee. Asimismo, se estableció, conjuntamente con las medicas generalistas que llevaban adelante las consejerías en Interrupción Legal del Embarazo (ILE), un circuito de atención para toda mujer que solicite asesoramiento en dicha práctica. La elaboración e implementación de estos “circuitos” se hizo en base a los protocolos nacionales que asegura la ley y teniendo en cuenta las características específicas del centro de salud y la comunidad que asiste al mismo.

Protocolo para la selección del método y asesoramiento en ILE.

Elección del método anticonceptivo:

Al momento del ingreso al PSSPR se le suministrará a la usuaria la información sobre los métodos que ofrece el programa, sus ventajas y también los posibles efectos secundarios de cada uno de ellos (ACO combinados, ACO lactancia, ACI combinados, profilácticos y DIU) y luego se preguntará cuál cree que es el más apropiado para ella. Es importante remarcar el hecho de que la elección del método puede cambiar las veces que sea necesario hasta encontrar aquel que más se ajuste a sus necesidades.

En caso de que la paciente opte por ACO o ACI se procederá a realizar una anamnesis en base al flujograma (anexo 1) y valoración de T/A. Una vez que se establece que tipo de anticonceptivo es el adecuado para la usuaria se procederá al suministro del mismo. Si se tratase de anticonceptivos orales, se entregará una receta por tratamiento prolongado. Lo cual asegurará seis cajas de ACO. En el caso del ACI a la receta del CUS para asegurar la ampolla, deberá emitirse una orden de aplicación para que pueda acceder a la misma por la guardia.

Si la paciente escogiese el DIU como método anticonceptivo se le otorgará un turno programado para su colocación. Es importante en este caso realizar una anamnesis que permita asegurar que la usuaria no está embarazada, en caso de dudas se le suministrará un test de embarazo para descartar esa posibilidad. Asimismo, es importante disipar todas las dudas que la usuaria pueda llegar a tener en relación a la colocación y efectividad del DIU y recordarle que por más que el dispositivo no haya caducado, al momento que ella lo desee puede solicitar la remoción del mismo.

Solicitud de ILE

En los casos de consultas por interrupción del embarazo hasta la semana 12, se procederá de la siguiente manera. Luego de una entrevista en donde se determinará la edad gestacional aproximada, se le explicará a la paciente cuáles es el marco legal del procedimiento (art. 86 inc. 2 del Código Penal), cómo se lleva adelante dicho procedimiento y se le entregará una orden para la

realización de una ecografía³ y, en caso de que la paciente desconozca su grupo y factor sanguíneo, una orden para realizar ese análisis en el laboratorio del CN°2 con carácter de urgencia. En esa primera consulta, además de esas solicitudes y la confección de la historia clínica (anexo2), del consentimiento informado (anexo3) y la elección de las causales (anexo 4) se programará un próximo turno con la doctora Perez Foulkes o la doctora Ciuffo Laura, para que una vez establecida la edad gestacional y grupo y factor, estas profesionales puedan indicar el tratamiento farmacológico para la realización del ILE. Durante la consulta se le brindará la información necesaria sobre la manera de realizar el procedimiento, los efectos y las pautas de alarma. También se le darán teléfonos de contacto para evacuar dudas que puedan surgir durante la realización del procedimiento o después del mismo. Todo esto será dado por escrito (anexo 5).

³ La realización de la ecografía para determinar edad gestacional certera y estado del saco gestacional es una práctica recomendada por la OMS. Para tal fin el equipo de profesionales que realiza ecografías en CEMA estableció los días martes, miércoles y viernes a las 8am y los lunes de 14 a 17pm en CN°1 para la realización de ecografías con diagnostico ILE. La interesada debe acercarse en esos horarios, con una orden médica, lo cual indica su ingreso a protocolo

9- Evaluación

El espacio de consejería en Salud Sexual y no- Reproductiva comenzó a funcionar el 1 de setiembre del 2019. En tres meses asistieron 93 mujeres para solicitar el ingreso al PSSPR y retirar alguno de los métodos disponibles en dicho programa y se realizaron 15 ILE y se colocaron 12 DIU. Se realizaron dos talleres sobre salud sexual y no- reproductiva en la escuela municipal N°80 de destinado a jóvenes de 13 a 18 años. Participaron en la organización y puesta en marcha las dos medicas generalistas y las dos trabajadoras sociales. Esta actividad fue motivada por el pedido de las autoridades de la escuela, quienes se acercaron al espacio de consejería para solicitar la realización de dichos encuentros.

Si bien la posibilidad de asegurar un espacio diariamente aumentó considerablemente la accesibilidad a los métodos por parte de las usuarias, el mayor número de ingresos al programa se dio durante la entrevista a las mujeres que asistieron al programa de desarrollo infantil para el control de salud de niño sano en donde se aprovechó la oportunidad para dialogar sobre los métodos anticonceptivos con todas aquellas mujeres que asistieron a la U.S para el control pediátrico de sus hijos. El método a elección fue suministrado luego de la anamnesis propuesta por el flujograma y toma de T/A. Asimismo cada una de estas mujeres fue informada de la existencia del espacio de consejería para renovar la receta de ACO o ACI una vez cumplido el periodo que determina el tratamiento prolongado.

La difusión del espacio se realizó a través de cartelera (anexo 6) colocada en las puertas de cada uno de los consultorios de la Unidad Sanitaria, en la administración y en los pasillos, también se informó a todos los miembros del equipo sobre la nueva modalidad de implementación y se comunicó la existencia del espacio de consejería a los referentes barriales. Asimismo se reforzó el material gráfico en relación al PNSSPR⁴.

⁴ Material que fue suministrado por los referentes del PNSSPR de zona sanitaria 8°

Bibliografía

DEIS (2013). Estadísticas vitales. Información básica, año 2012. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro56.pdf>.

CSJN (2012). Fallo “F., A. L. s/Medida autosatisfactiva”. Disponible en <http://www.csjn.gov.ar/confal/ConsultaCompletaFallos.do?method=verDocumentos&id=13517>[consulta, 8/10/2014]

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2000a), Equidad, desarrollo y ciudadanía (LC/G.2071/Rev.1-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.81. (2000b), “El desafío de la equidad de género y de los derechos humanos en los albores del siglo XXI”, serie Mujer y desarrollo, N° 27 (LC/L.1295(CRM.8/3)-P/E), Santiago de Chile, mayo.

-(2003), Juventud, pobreza y desarrollo en América Latina y el Caribe. XII Conferencia de Primeras Damas, Esposas y Representantes de los Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas 15 al 17 de octubre de 2003 (LC/MEX.L.575), México, D.F., sede subregional de la CEPAL en México.

DEIS (2013). Estadísticas vitales. Información básica, año 2012. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro56.pdf>.

Luna Florencia; *Vulnerabilidad: la metáfora de las capas* (CONICET/FLACSO)

Ministerio de Salud de Argentina (2011) Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Programa Nacional de salud Sexual y Procreación Responsable. Balance 2003-2011. Disponible en <http://www.msal.gov.ar>.

Morlachetti Alejandro; *Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos*. Notas de publicación N°85. CEPAL

PNSSyPR (2012). Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable,

Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en
http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.php

Tablas y anexos

Estadística anual de atenciones médicas totales y atenciones de medicina general en la Unidad Sanitaria Playa Serena a partir de 2014 hasta 2019.

Año	Total atenciones medicas	Total atenciones medicina general
1/2014 a 12/2014	2812	1410
1/2015 a 12/2015	11054	3114
1/2016 a 12/2016	13444	3742
1/2017 a 12/2017	13191	3419
1/2018 a 12/2018	17181	3425
1/2019 a 12/2019	23304	3368

Aproximadamente el 30% de la demanda total fueron atenciones para medicina general, una especialidad que atiende adultos de ambos sexos, niños mayores de 6 años para los controles de salud, mayores de 65 años y consultas ginecológicas. A esta especialidad le correspondía, también, la emisión de las recetas para anticonceptivos.

Anexo 1

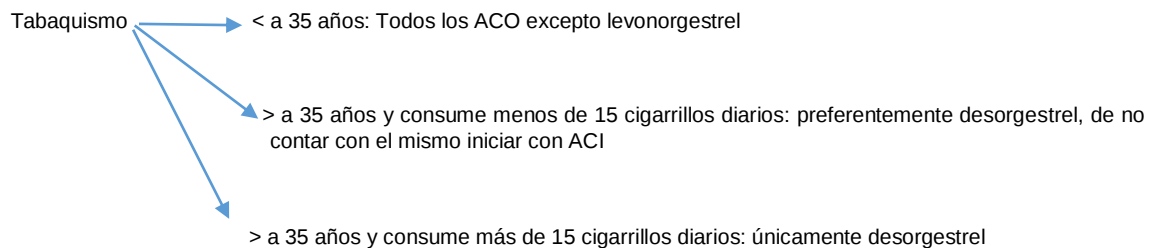
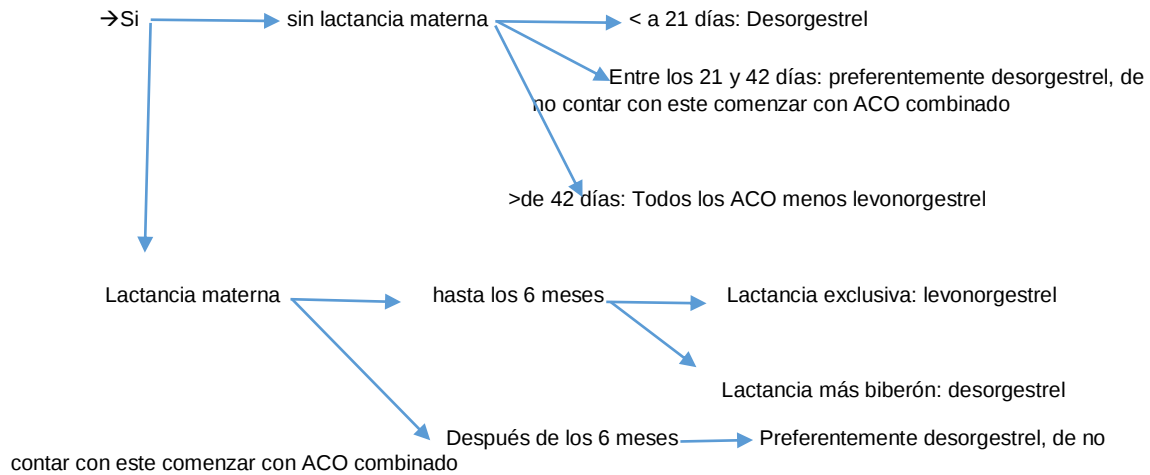
Flujograma para selección de método anticonceptivo

Nombre Apellido

Fecha de nacimiento

Teléfono de contacto

Posparto → No → Continúa a partir de tabaquismo



IMC peso/altura² > a 30: preferentemente desorgestrel.

HT/A → sistólica 140- 159/ diastólica 90- 99: preferentemente desorgestrel.

HT/A → sistólica 160/ diastólica 100: únicamente desorgestrel

Trombosis → etapa aguda: escoger un método anticonceptivo no hormonal

Trombosis → con tratamiento anticoagulante: únicamente desorgestrel

DBT con neuropatía y/o retinopatía: únicamente desorgestrel

Cefalea migrañosa → sin aura: únicamente desorgestrel

Cefalea migrañosa → con aura: escoger un método no- hormonal

Situaciones en las que se desaconseja el suministro de un método anticonceptivo hormonal: CÁNCER DE MAMA O HEPATICO, HEPATITIS AGUDA O EXSACERVACIÓN, CIRROSIS GRAVE DESCOMPENSADA

Advertir a las usuarias sobre las interacciones farmacológicas de los ACO y ACI con la Rifampicina, Rifabutina, los anticonvulsivantes, la Lamotrigina y algunos antirretrovirales.

Anexo 3

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Interrupción legal del embarazo /aborto no punible

Datos de la declarante

Nombre y apellido: Documento (tipo y N.º)

Domicilio Ciudad Provincia

Edad Fecha de nacimiento N.º de historia clínica

Requiero formalmente la interrupción del embarazo, en los términos del art. 86 inc. 1º y/o 2º del Código Penal. A los fines referidos declaro expresamente: 1) Que he sido informada en un lenguaje claro y sencillo sobre los diferentes métodos mediante los cuales puede llevarse a cabo la interrupción de este embarazo por su edad gestacional –incluido el aborto farmacológico–, sobre la naturaleza e implicancias que tiene cada una de ellos sobre mi salud, sobre las características de cada uno de los procedimientos disponibles, sus riesgos, beneficios y consecuencias. 2) Que he entendido la información que se me ha dado. 3) Que he podido realizar las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente. 4) Que conforme a lo explicado, puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la intervención.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en , a los días del mes de de

Firma de la interesada Aclaración

Datos de la/el representante legal (de corresponder)

Para personas menores de 14 años* y personas declaradas judicialmente incapaces. Señalar lo que corresponda.

Menor de 14 años*

Incapaz

Nombre y apellido: Documento (tipo y N.º)

Domicilio Ciudad Provincia

Firma de la/el representante legal

* Este límite de edad deberá actualizarse progresivamente de acuerdo a nuevas legislaciones –como el nuevo Código Civil y Comercial– en orden a satisfacer el interés superior de la niña (Ley 26.061, art. 3).

Firma del o de las/los profesionales médicos Matrícula N.º

El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la Historia Clínica y la copia se entrega a la interesada

Anexo 4

INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGO PARA LA MUJER A CAUSA DEL EMBARAZO

A continuación, se plantean los permisos otorgados en la Ley Argentina (artículo 86 del código penal de la nación incisos 1 y 2) para realizar la práctica del aborto, y los indicadores clasificados por las áreas bio-psico-sociales para la evaluación de la existencia de riesgo a la salud de la mujer.

PERMISOS OTORGADOS

☐ EL EMBARAZO ES PRODUCTO DE UNA VIOLACIÓN (RELACIÓN SEXUAL NO CONSENTIDA) ☐ La mujer mantuvo relaciones sexuales contra su voluntad: obligada físicamente, obligada bajo coerción o amenaza. ☐ EL EMBARAZO PONE EN RIESGO LA VIDA DE LA MUJER ☐ EL EMBARAZO PONE EN RIESGO LA SALUD DE LA MUJER

RIESGOS PARA LA SALUD FÍSICA DE LA MUJER A CONSECUENCIA DEL EMBARAZO

☐ Enfermedades susceptibles de agravarse, o que de hecho se agravan con el embarazo en virtud de los cambios fisiológicos producidos durante la gestación normal (anemia, HTA crónica, enfermedades reumatoideas, problemas ortopédicos, alteraciones de la coagulación, enfermedades inmunodepresoras, diabetes, cardiopatías, miomatosis, varices, epilepsia, trastornos psiquiátricos, etc). Causas obstétricas INDIRECTAS de riesgo a la salud. ☐ Riesgo de complicaciones médicas del embarazo que pueden generar enfermedad o agravar una enfermedad preexistente o constituirse en una amenaza para la salud y el bienestar (anemia, HTA, preeclampsia, hemorragia obstétrica, riesgo quirúrgico, trombosis, etc. Causas obstétricas DIRECTAS de riesgo a la salud. ☐ Enfermedades que no pueden recibir tratamiento adecuado con el embarazo y que por lo tanto aumentan el riesgo de afectación de la salud de las mujeres. ☐ Antecedentes de complicaciones obstétricas anteriores (hemorragia, atonía utrina, preeclampsia, eclampsia, enfermedades de placenta, sepsis, antecedentes de abortos de riesgo anteriores, etc.). ☐ Hay afectación de la integridad física por violencia. ☐ Tiene efectos físicos sobre la salud de la mujer un diagnóstico de malformación fetal.

RIESGOS PARA LA SALUD MENTAL DE LA MUJER A CONSECUENCIA DEL EMBARAZO

☐ El embarazo no deseado le produce un sufrimiento psíquico de tal gravedad que afecta la percepción de bienestar. ☐ El embarazo no deseado le produce un sufrimiento psíquico que puede desencadenar en actos autoagresivos ☐ La continuación forzada del embarazo produce un riesgo de desencadenar daño o patología mental. ☐ Se trata de un embarazo temprano o tardío (en función del momento vital particular) que le produce sufrimiento psíquico. ☐ Se está atravesando una situación traumática (duelo, estrés post traumático, crisis accidental). ☐ Se está atravesando el puerperio y esta situación de embarazo no planificado no puede ser asumida ni corporal ni emocionalmente ya que se están llevando adelante los cuidados que implican tener un bebé. ☐ Sufrimiento psíquico por diagnóstico de una enfermedad. ☐ Sufrimiento psíquico derivado de un diagnóstico de malformación fetal. ☐ Se observa una historia de compromiso severo de la salud mental de la mujer en el postparto. ☐ Hay una debilidad mental. ☐ Otras causas que no se encuentre en las mencionadas y a criterio del profesional incidan en el embarazo. Existen

antecedentes de trastornos graves o crónicos (trastornos del estado de ánimo, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos de despersonalización).

DETERMINANTES SOCIALES QUE SUMADOS AL EMBARAZO PONEN EN RIESGO LA SALUD DE LA MUJER

Situación laboral

☐ Imposibilidad de continuar el vínculo laboral actual a causa del embarazo ☐ Desempleo: el embarazo no le permitiría encontrar un empleo. ☐ Empleo informal, imposibilidad de tomarse licencias necesarias para el cuidado de su salud y la de un futuro bebé.

☐ Dependencia económica. Depende de otras personas para su subsistencia, y éstas no están en condiciones de apoyar económicamente el embarazo y un futuro hijo. ☐ Ingreso nulo, bajo o insuficiente como para mantener económicamente un nuevo integrante en el grupo familiar.

Educación

☐ Educación en proceso, que se terminaría o postergaría a causa de este embarazo, con sus consecuencias en el retraso en el ingreso al mercado de trabajo. ☐ Baja escolaridad, con las limitaciones que esto implica para acceder a un trabajo digno. ☐ Necesidad de interrumpir la escolaridad a causa del embarazo.

Situación de vivienda

☐ Precariedad habitacional. Malas condiciones de la vivienda actual. ☐ Dificultades para pagar el alquiler de la vivienda, y el riesgo constante a quedar sin un lugar donde vivir y criar un hijo. ☐ Dependencia habitacional. Vivienda cedida con su consecuente incertidumbre respecto de contar con un lugar para vivir y criar un hijo. ☐ Vivienda compartida con otros grupos familiares de forma permanente o eventual y la incapacidad habitacional para albergar otro integrante.

Condiciones familiares para la crianza de un hijo

☐ Ausencia de pareja o de un padre que apoye la crianza de un hijo. ☐ Falta de apoyo por parte de la pareja o del padre para llevar adelante la crianza del hijo. ☐ Inexistencia de red familiar ampliada para la crianza. ☐ Cantidad de hijos a cargo y la consecuente imposibilidad de afrontar tareas de cuidado de otro. ☐ Problemas de salud de hijos o familiares a cargo, que ocupan gran parte del tiempo cotidiano de la mujer y no le permitirían ocuparse del cuidado de un nuevo integrante. ☐ Imposibilidad de encargarse de un hijo o de otro hijo por trabajo, incluido el no remunerado, y el cuidado en el hogar

Violencia de género

☐ Mujer víctima de violencia de género por parte de su pareja, ex pareja u otros. ☐ Situación de violencia de género de la que es víctima que se agravaría con el embarazo. ☐ La mujer no consintió las condiciones para la anticoncepción en que se mantuvo esa relación sexual. ☐ Embarazo forzado producto de la negligencia del sistema de salud que le negó o retrasó el acceso a un método anticonceptivo.

Espacio de consejería en salud
sexual y métodos anticonceptivos e
Interrupción Legal del Embarazo
(hasta la semana 12)

lunes a viernes de 11am a 13 am.

Preguntar por Alejandra

Conclusiones:

Para finalizar considero importante señalar algunas consideraciones sobre el Programa de Salud Sexual y no- Reproductiva, su importancia como dispositivo determinante de la salud en el primer nivel de atención y el rol de la enfermería en la implementación del mismo.

Siguiendo la línea de Luna, considero que ser mujer no implica *per se* ser vulnerable, sin embargo, si implica necesariamente partir de una situación desventajosa en relación al hombre, no solo por lo culturalmente establecido sino también por lo naturalmente designado. Por otro lado, es claro que no se encuentran en la misma situación una mujer con educación y recursos que tenga la capacidad socio-económica de comprar anticonceptivos adecuados, y recibir el asesoramiento y en caso de tener que recurrir a un aborto ilegal, éste probablemente sea más seguro, que, una mujer pobre que no tenga acceso a anticonceptivos de emergencia y sea más susceptible a embarazos no deseados o a secuelas físicas por carecer de acceso al sistema de salud en esa área en particular. Esta última suma “capas” de vulnerabilidad. Es más, una mujer pobre y analfabeta adquiere otra capa más de vulnerabilidad ya que probablemente le cueste mucho más conocer sus derechos y buscar la forma de implementarlos, y si pertenece a un grupo migrante o a poblaciones aborígenes recibirá otras capas que se manifestarán de formas diversas, y, así sucesivamente. Este concepto de vulnerabilidad está estrechamente relacionado a las circunstancias, a la situación que se está analizando y al contexto. No se trata de una categoría, un rótulo o una etiqueta, sino que es una variable que puede ser modificada por determinadas situaciones y que sin duda estas “capas” de vulnerabilidad impactan en la salud de la sujeta de cuidados. En este punto me interesa detenerme para señalar cuál creo yo que es el principal impacto que produce el programa en lo que se refiere a la salud de las mujeres. Claramente el hecho de poder asegurar los recursos para facilitar el control de la fecundidad aumenta el grado de autonomía de las mujeres favoreciendo su empoderamiento y previniendo situaciones que puedan sumar capas de vulnerabilidad. Sin embargo, la existencia del programa por sí sola, no garantiza el goce del derecho. Solo una materialización consiente por parte de los efectores de salud puede hacer que los objetivos del programa logren alcanzarse. Aquí me parece

importante señalar cuál es la importancia de la profesional de enfermería en el primer nivel de atención y particularmente en la implementación de programas que se piensan desde una perspectiva de género. Ya sea por la cantidad de horas que estamos en la sala, por la accesibilidad en lo que se refiere a la atención o por la versatilidad de nuestra tarea, las enfermeras, tenemos la posibilidad de establecer ciertas articulaciones entre diferentes miembros del equipo y las y los usuarios de los servicios, y, rigiéndonos por el principio de equidad, gestionar los recursos necesarios para garantizar el pleno goce de los derechos a los y las ciudadanas que hacen uso de los servicios públicos de salud.

Si bien este trabajo describe la implementación del PSSPR en un centro de salud en particular, creo necesario señalar que en todos los CAPS del partido de General Pueyrredón enfermería participa activamente en la implementación del PSSPR. Esta participación está relacionada más con nuestra particular capacidad empática y el reconocimiento del beneficio para la salud de la mujer que con lo burocráticamente establecido en la Secretaría de Salud, ya que en este sentido no se considera una tarea propia de enfermería el desarrollo del programa. Mi intención final es la visibilización del compromiso del colectivo enfermero en la construcción de una atención con perspectiva de género y la defensa de los derechos humanos, ya que, a través del uso de la creatividad ponemos nuestros conocimientos teóricos y técnicos al servicio de la emancipación de las mujeres y la construcción de un mundo más justo.