

**Revista Patagónica
de Bioética
Año 4, No. 7**



Artista: Marina Cisneros



Equipo Editorial

Directora

Andrea Macías

Editoras

Nadia Heredia

Jorgelina Villarreal

Secretaría General

Silvana Rojas

Editorxs Asociadxs

Marcela Fontana

Santiago Hasdeu

Luis Justo

Laura Lamfré

Rubén Monsalvo

Mónica Oppezzi

Marcela Olivero

Andrea Peve



GOBIERNO
DE LA PROVINCIA
DEL NEUQUÉN

MINISTERIO DE
SALUD Y DESARROLLO
SOCIAL
SUBSECRETARÍA DE SALUD

Información sobre la Revista

Publicada desde el año 2014 por la Dirección de Bioética e Investigación del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

ISSN 2408-4778

Las ideas y opiniones expresadas en esta publicación son las de los autores y no representan, necesariamente, el punto de la Dirección de Bioética e Investigación del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

Revista Patagónica de Bioética

Publicación semestral on-line

Año 4, No. 7

Directora: Andrea Macías

Editoras: Nadia Heredia

Jorgelina Villarreal

E-mail: bioeticaeinvestigacionnqn@gmail.com



Licencia Creative Commons BY/NC/SA

Se puede reproducir el material citando el origen, sin fines comerciales y sin modificaciones.

Dirección de Bioética e Investigación

Ministerio de Salud, Provincia de Neuquén

(0299) 449 5590 - 4495591 int 7550

Av. Antártida Argentina 1245, Edif. CAM 3 - CP 8300- Neuquén Capital Provincia de Neuquén



Sumario

Nota de la Editoras

Editorial

Jorgelina Villarreal, Andrea Macías y Nadia Heredia 5

Artículos inéditos

Plantas medicinales. Encuentro de diversidades biológicas, culturales, sanitarias y jurídicas, por Paz Bossio Grigera..... 7

Dietética del oprimido o del capitalismo canibal, por Alan Quezada Figueroa.....21

Sección Conversando comunitariamente

Vivir muriendo. La potencia del ser en la historia de las mujeres Trans en Nuestramérica, por Victoria Arriagada y Guadalupe Lazzaroni.....39

Debate sociales: la legalización del aborto en Argentina.....55

Desde acceso abierto: Las cifras del aborto en Argentina actualizado a 2017, informe de REEDAS, ELA y EDES.....56

Nos tenemos entre nosotras. Informe sobre acompañamientos a abortar durante el año 2017, por Colectiva Feminista La Revuelta.....64



Entrevistas a tres trabajadorxs de Sistema de Salud de la Provincia de Neuquén en relación a sus experiencias en la atención de personas en situación de aborto.....	72
---	-----------

Protocolo de atención integral de personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), Provincia de Neuquén, coordinación general: Maisler Margarita Cecilia.....	77
--	-----------

Artículos Becas SISNe

Obesidad infantil: Evaluación de un modelo de abordaje interdisciplinario en Hospital Horacio Heller de Neuquén (2016), por Eugenia Gavernet, Cecilia Molinas, M. Eugenia Urraza, Ana Aguado, Carolina Beatriz Cornejo.....	143
--	------------

Cervicalgias: Estudio descriptivo del perfil de usuarios en la terapia física, por Gastón Zúñiga, Viviana Muradas, Vanesa León.....	154
--	------------

Noticias/Novedades

Reseña sobre el Seminario sobre Aspectos Bioéticos en la atención de niños, niñas y adolescentes, por Marcela Olivero.....	169
---	------------

Reseña sobre el Seminario sobre <i>Bioética y Derechos Sexuales y Reproductivos. Experiencias Territoriales</i>, por Marcela Olivero.....	172
--	------------

Instrucciones para las/os autores/as	175
---	------------



Editorial

A todxs nuestrxs lectorxsEs grato presentar este nuevo número de la Revista Patagónica de Bioética. En esta ocasión está organizada en varias secciones.

La primera incluye dos **Artículos Inéditos**. El primero de Paz Bossio, del Centro Andino de Bioética de la Facultad de Ciencias Agrarias de la Universidad Nacional de Jujuy, sobre **“Biodiversidad y Conocimientos Tradicionales de uso en salud en el Primer Nivel de Atención en la Provincia de Jujuy”**. A continuación, en **Dietética del oprimido: el secuestro de la sensibilidad por la industria alimenticia**, Alan Quezada Figueroa, filósofo doctorante de la Universidad de Guanajuato, México, aborda el tema del hambre y su relación con la industria cultural. El artículo nos invita abordar el tema del hambre desde un enfoque ético-político de Liberación donde se cuestionan las estructuras sociales de entretenimiento en lo que el autor denomina una anestésica ante el dolor de lxs Otrxs.

Este número inauguramos una nueva Sección, denominada **Conversando en comunidad**. En esta sección esperamos trabajos que comenten experiencias locales donde algún tema bioético pueda ser planteado. **Vivir muriendo. La potencia del ser en la historia de las mujeres Trans en Nuestramérica**, es el artículo que nos acercan Guadalupe Lazonni y Victoria Arriagada Torres, militantes por los Derechos de las personas trans en nuestra región. Allí, con profundidad y la calidez de los relatos en primera persona, nos cuenta lo que es vivir, muriendo siendo mujer trans.

La sección siguiente sobre **Debates actuales**, propone aportar al análisis desde la mirada regional en temas de actualidad e interés público. En este número elegimos el de la legalización del aborto, con motivo del inicio de su tratamiento parlamentario. Tema bioético si los hay desde los orígenes de la disciplina y de incuestionable relevancia como problema de salud pública. En esta sección contamos con las **cifras duras del aborto y la salud en Argentina**, elaborado por las



organizaciones ELA, REDAAS y CEDES, además, ***Nos tenemos entre nosotras. Informe sobre acompañamientos a abortar durante el año 2017***, por Colectiva Feminista La Revuelta, a continuación, ***entrevistas*** a trabajadorxs de Sistema de Salud de la Provincia de Neuquén y, por último, el ***Protocolo provincial de atención integral de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo***, realizado bajo la coordinación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, del Ministerio de Salud de Neuquén.

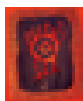
La tercera es la sección ya clásica en donde se presentan dos trabajos resultantes de las investigaciones realizadas a través de las **Becas SISNe**. El primero, ***Cervicalgias: Estudio descriptivo del perfil de usuarios en la terapia física***, cuyos autorxs, Gastón Zúñiga, Viviana Muradas, Vanesa León, pertenecen todxs al Sector de Kinesiología del Hospital de Cutral Có/Plaza Huincul. El siguiente, ***Obesidad infantil: evaluación de un modelo de abordaje interdisciplinario en Hospital Horacio Heller de Neuquén***, de Eugenia Gavernet, Cecilia Inés Molinas, María Eugenia Urraza, Ana Gabriela Aguado, Carolina Beatriz Cornejo, todas investigadoras del Hospital Horacio Heller.

Por último, compartimos en **Novedades** la reseña sobre las actividades realizadas por el departamento de Bioética. En esta ocasión, la del ***Seminario sobre Aspectos Bioéticos en la atención de niños, niñas y adolescentes***, en la localidad de Tricao Malal el 20 de abril y, el ***Seminario sobre Bioética y Derechos Sexuales y Reproductivos: experiencias territoriales***, en Junín de los Andes, el 8 de junio.

Una vez más, deseamos que el material de la presente publicación sea de su agrado y utilidad para reflexionar sobre prácticas y saberes. Como siempre, los y las alentamos a presentar sus contribuciones para futuros números.

Nadia Heredia, Jorgelina Villarreal y Andrea Macías

¡Esperamos que disfruten de este nuevo número!



PLANTAS MEDICINALES. ENCUENTRO DE DIVERSIDADES BIOLÓGICAS, CULTURALES, SANITARIAS Y JURÍDICAS.

Paz Bossio Grigera¹

Cruz Carmen²

El presente trabajo presenta los avances preliminares de la investigación “Biodiversidad y Conocimientos Tradicionales de uso en salud en el Primer Nivel de Atención en la Provincia de Jujuy” que hemos realizado desde el Centro Andino de Bioética de la Facultad de Ciencias Agrarias de la Universidad Nacional de Jujuy.

En la provincia de Jujuy, es ancestral el uso de las Plantas Medicinales para el cuidado de la Salud, como expresión de la vivencia conjunta del Patrimonio Natural y del Patrimonio Cultural, en los términos establecidos en el artículo 41° de la Carta Magna.

La situación abordada responde a que existen muchas normas de incidencia sobre las Plantas Medicinales por su valor sanitario, científico, biológico jurídico y cultural , pero en el plano local no hay reconocimiento del valor de uso de plantas medicinales, con la consecuente vulnerabilidad y fragilidad que conlleva como ser pérdida de la biodiversidad y saberes tradicionales que asociada a la limitación de accesibilidad de medicamento en alguna regiones de la provincial, limitan aún más el

¹ Abogada. Dra. En Bioética. Líder en Salud Internacional OPS/OMS. CENTRO ANDINO DE BIOÉTICA FCA-Universidad Nacional de Jujuy paz@imagine.com.ar paz@imagine.com.ar

² Técnica Superior en Agente Sanitaria y Promotora de la Salud. Estudiante de Enfermería.



ejercicio del derecho a la salud desde una cosmovisión sanitaria que comprende lo cultural, biológico y jurídico.

El Derecho Humano a la Salud, es reconocido como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua potable, condiciones sanitarias adecuadas y medicinas, entre otras cuestiones de Salud Internacional.

A tal fin nos hemos propuesto como objetivos de investigación:

Analizar marcos jurídicos internacionales, nacionales, provinciales y comunitarios pertinentes al uso de Plantas Medicinales

Relevar el nivel de conocimiento y uso de Plantas medicinales en Jujuy.

La experiencia de investigación se genera ante la necesidad de conocer a nivel local y desde una mirada bioética e interdisciplinaria cual es el nivel de conocimiento, confianza y factibilidad del usos de plantas medicinales en APS,

Si bien es cierto que los ecosistemas más diversos se encuentran en las latitudes tropicales de América, también es cierto que la Argentina, gracias a su amplia extensión geográfica en el sentido norte-sur, alberga un amplio número de especies, estimado en unas 9.000, muchas de ellas exclusivas de nuestro país. Allí se encuentran algunas regiones de gran interés florístico, como los bosques secos de la Región Chaqueña, compartidos con Bolivia y Paraguay, las formaciones vegetales Andino-Patagónicas, cuya presencia también se extiende al vecino país de Chile, el bosque subtropical lluvioso de Misiones, que constituye una continuación natural de la Mata Atlántica, y las Yungas del Noroeste.

En la provincia de Jujuy, existen etnias que ocupan la región desde un período anterior a la llegada de la colonización, y que han desarrollado un profundo conocimiento del ecosistema en el que habitan, que les han proporcionando alimentos y medicinas. Es así que han desarrollado a través de los siglos una tradición en la cual los conocimientos han sido transmitidos a través de las generaciones. Dicha farmacopea vegetal constituye una base importante en la búsqueda de nuevos medicamentos para el hombre.

En el campo de la Salud, la diversidad cultural en la Región de las Américas se encuentra determinada por la presencia de aproximadamente 45 millones de indígenas que pertenecen a más de 400 grupos étnicos diferentes distribuidos en 24 países. Si



bien la medicina moderna está bien desarrollada en la mayor parte del mundo, grandes sectores de la población de los países en desarrollo todavía dependen de los profesionales tradicionales, las plantas medicinales y los medicamentos herbarios para su atención primaria. Las poblaciones indígenas representan la mayoría en varios países y zonas geográficas, pero 40% de esta población carece de acceso a los servicios sanitarios convencionales y 80% depende de los curanderos tradicionales como su principal prestador de asistencia sanitaria.

La Declaración de Ginebra sobre la Salud y la Supervivencia de los Pueblos Indígenas, (OMS, 1999) afirma: “El concepto de salud y de supervivencia de los Pueblos Indígenas es un continuo colectivo, individual e intergeneracional que incluye una perspectiva integral que incorpora 4 dimensiones compartidas de la vida. Estas dimensiones son, el espíritu, el intelecto, lo físico y lo emocional. Uniendo estas cuatro dimensiones fundamentales, la salud y el bienestar se manifiestan en múltiples niveles donde el pasado, el presente y el futuro coexisten simultáneamente.

Por el contrario, en el año 2008, en el Salón del Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires se reunieron miembros de los Pueblos indígenas de Argentina, con científicos, funcionarios y decisores de salud, y reconocieron como barrera y obstáculo para el mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas, la falta de valorización de las medicinas tradicionales indígenas y la expropiación de los conocimientos sobre los recursos naturales utilizados para tratamientos por las comunidades indígenas, por parte de la industria.

EI VALOR SANITARIO DE LAS PLANTAS MEDICINALES

El Dr. Carlos Alberto Alvarado, sanitarista jujeño, padre de la Atención Primaria de la Salud, sostenía que el interés por la salud del pueblo tiene también milenios de existencia pero la concreción factual de su programática es una ciencia moderna. Es que la aplicación en el terreno de la ciencia de la salud depende no solo de factores técnicos, económicos y sociales, sino también de factores antropológicos, culturales, ideológicos, políticos, religiosos y hasta emocionales, todos ellos de difícil valoración y cuantificación. Es en esta concepción sanitaria que se enmarca la presente visión de análisis.

Si vamos a hablar en término de derechos, ya en el año 1938, Alvarado sostenía, “*Salus populi suprema lex esto*”, entendida como “La Salud del pueblo es la



suprema ley". Por ello para entender la salud del pueblo se requiere la mirada integral de la salud y en este sentido, el uso de Plantas Medicinales vinculadas al cuidado de y atención de la salud debe ser entendida en términos no solo científicos sino también en términos culturales, biológicos y jurídicos.

El relevamiento del nivel de uso y conocimiento sobre el uso de Plantas Medicinales, es esencial y constitutivo para el análisis de la operatividad del Derecho a la Salud en un contexto tan diverso como el jujeño.

En el plano sanitario internacional, desde la Declaración de Alma Ata en 1978 a la Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023, se ha proclamado que la Atención Primaria de la Salud, debe reconocer el recurso local, y la inclusión de personas que practican la Medicina Tradicional (MT), entre otras cosas, como parte del reconocimiento al Derecho a la Salud.

Estas situaciones se han traducido en la promoción de una política pro activa en la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017, de la OPS cuando señala en el punto g) 67 "que se debe fortalecer la investigación sobre las medicinas complementarias y tradicionales para identificar aquellas que sean pertinentes y efectivas y, por lo tanto, contribuyan al bienestar de la población" y g) 68 "la Bioética tiene que difundirse y aplicarse más en los países de las Américas, para resguardar la calidad de la investigación y el respeto a la dignidad de las personas, salvaguardar la diversidad cultural y la aplicación de los conocimientos en salud, así como su aplicación en la toma de decisiones en salud pública." , la que ha tenido poco desarrollo a nivel Jujuy y Argentina.

Esta relación jurídica sanitaria, es atravesada por una importante multiplicidad de tratados internacionales, regionales, constituciones y leyes nacionales y provinciales y pautas comunitarias, que deben analizarse en su conjunto por que la inflación normativa y la disgregación protectora, vacían de derecho los derechos proclamados. Siendo el aspecto normativo muy importante dado el desarrollo biotecnológico en el campo de la Fitomedicina y los intereses que se generan en las relaciones entre los distintos actores.

La Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan, ha afirmado que "que a medida que la Medicina Tradicional y complementaria (MTC) se vuelve más popular, es importante equilibrar la necesidad de proteger los derechos de propiedad intelectual de los pueblos indígenas y las comunidades locales, así como sus tradiciones de



cuidados de salud, y, al mismo tiempo, asegurar el acceso a la MTC y promover la investigación, el desarrollo y la innovación”, evidenciando la complejidad del tema.

El Convenio OIT 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales independientes, de 1989; en el Artículo 25° prevé que los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. Este es el primer instrumento de Derecho Internacional, que reconoce el derecho de los pueblos indígenas sobre sus prácticas y saberes para la salud, en los que el valor de la Planta Medicinal, es mucho más que medicina

En términos de Política Sanitaria Nacional, se ha expandido en la regulación de la medicina herbaria a través de la Agencia Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). No se ha podido identificar no cuestiones normativas vinculadas a la efectiva incorporación del uso de las Plantas Medicinales en los sistemas de salud.

En este avance solo señalaremos las normas relevadas en el campo del desarrollo de la fitomedicina, Decreto N° 150/92; Resoluciones N° 1817-2013; N° 144/98 y Disposiciones N° 5482/2015, 2673/99, 2672/99; 2671/99.

Pero es importante destacar que ANMAT, señala los Criterios que deberán cumplir los medicamentos para ser registrados como MEDICAMENTO HERBARIO DE USO TRADICIONAL.

Que las indicaciones de uso declaradas sean exclusivamente las correspondientes a su uso tradicional y que, por su composición y finalidad, estén destinados y concebidos para su utilización sin el control de un facultativo médico a efectos de diagnóstico, de prescripción o seguimiento de un tratamiento;

Que se administren exclusivamente de acuerdo con la dosis o posología empleada en forma tradicional;

Que haya transcurrido un período de uso tradicional de 30 años anteriormente a la fecha de solicitud de registro;



Que el producto demuestre ser seguro en las condiciones de uso especificadas y la acción farmacológica o la eficacia se puedan deducir de su utilización y experiencia de larga tradición.

El uso de plantas como medicamentos a través de los siglos también ha derivado en el descubrimiento de un importante número de drogas de origen vegetal que han sido aprobadas como medicamentos, entre los cuales destacan el antimalárico artemisinina, los antiinflamatorios curcumina y ácido acetil-salicílico, la digoxina, utilizada en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, la silimarina, un importante agente hepatoprotector, la galantamina, utilizada en la enfermedad de Alzheimer, y los antitumorales paclitaxel, resveratrol, vincristina y vinblastina.

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE PLANTAS MEDICINALES EN JUJUY

Los Pueblos Originarios de la Provincia de Jujuy han desarrollado durante miles de años Conocimientos Tradicionales sobre recursos de la Biodiversidad para el cuidado de su salud, física, emocional, comunitaria y ambiental, pero estos conocimientos no se traducen en políticas sanitarias activas, a pesar de estar reconocidas como parte de las políticas sanitaria mundiales.

Una encuesta realizada a 60 habitantes de puna (80%) y quebrada (20%) jujeñas, para indagar sobre el uso de las plantas medicinales en el sistema de salud.

El 88,1 % de los encuestados utiliza habitualmente plantas medicinales en general para el tratamiento de estados febriles

Al 96,6% le interesa que las plantas medicinales sean reconocidas y se incluyan en los Hospitales y Centros de Salud, mientras que el 3,4% (2 encuestados) no estaría de acuerdo.

El 64% de los encuestados declaró tener mayor confianza en los remedios naturales, el 12% en los medicamentos y el 22,4% en ambos.

En caso de poder elegir o escoger un tipo de tratamiento, la preferencia entre los encuestados ha sido: 79,3% Plantas medicinales, 8,6% Medicamentos, 12,1% ambos

El 66,1% desconoce las normas que regulan el uso de las plantas medicinales y los conocimientos tradicionales.



El 33,9% de los encuestados conoce la existencia de al menos una de las siguientes normas:

20,3% Convenio OIT 169 (12 personas)

10,2% Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (6 personas)

6,8% Convenio sobre Diversidad Biológica - Protocolo de Nagoya (4 personas)

En la región de quebrada y puna se colectan utilizan plantas medicinales para el primer tratamiento ante cuadros de resfríos, tos, fiebre, afecciones estomacales, afecciones del hígado. Las principales plantas usadas son: espina amarilla (*Chuquiraga acanthophylla* Weddell), ancañoca (*Ombrophytum subterraneum*), chipi chipi (*Krameria iluca* Phil), airampo (*Opuntia soehrensii* Britt. et Rose), tusca (*Acacia aroma*), quimpe (*Coronopus didymus* L), Quinchamal (*Baccharis grisebachii*), muña muña (*Satureja parvifolia*), pupusa (*Xenophyllum poposum*), Yareta (*Azorella compacta* Phil.) entre otras.

En noviembre de 2013, el Bloque de la UCR, presentó en la Legislatura de Jujuy un proyecto de ley que "reconoce la importancia que merece la Medicina Tradicional Ancestral y la necesidad de integrarla en los sistemas oficiales de salud, con la finalidad de alcanzar la meta de salud para todos. Con esta estrategia, se asume el poder mejorar la asistencia de los servicios de salud en las regiones donde se practica la Medicina Tradicional Ancestral dado que las prácticas curativas ancestrales constituyen un elemento identitario que forma las prácticas cotidianas y forma parte de la espiritualidad de los Pueblo Indígenas de Jujuy." ha perdido estado parlamentario y no se ha renovado la iniciativa.

Este ejercicio de reflexión sobre el Derecho a la Salud, que hacemos en base al relato de experiencia local deben entenderse y atenderse en términos de Salud local e Internacional, puesto que las fuerzas de incidencia sobre el uso de plantas medicinales en salud, versan sobre cuestiones de derechos humanos, salud intercultural, diplomacia sanitaria, y comercio internacional, entre otros.

EL VALOR CIENTÍFICO SANITARIO DE LAS PLANTAS MEDICINALES

En las últimas décadas el conocimiento empírico del uso de las plantas medicinales -en la mayoría de los casos gracias a su uso por los pueblos originarios- comenzó a encontrar un sustento científico a través de algunas disciplinas como la



química, la farmacología, la investigación clínica y la toxicología. Hoy en día el esfuerzo conjunto de botánicos, farmacólogos, químicos, farmacobotánicos, bioquímicos, farmacéuticos y profesionales de la salud con el fin común de descubrir nuevas moléculas de interés para el hombre.

Con respecto a la importancia de los principios activos de origen vegetal en la industria farmacéutica, si bien no existen estadísticas de mercado, es importante destacar que entre 1981 y 2002, 48 de las 65 drogas para el cáncer que fueron aprobadas en el mundo fueron de origen natural o sus derivados. Otro estudio indica que en el año 2007 el 47% de todos los compuestos estudiados en el área oncológica fueron productos naturales, y que ese porcentaje es similar para otras áreas epidemiológicas como la hipertensión y la migraña.

El valor de la BD y los CT en el campo de la salud, son enormes, el Plan Argentina Innova 2020 del Ministerio de Ciencia y Tecnología de la República Argentina, afirma que la Argentina posee óptimas condiciones para el desarrollo de una industria basada en la producción de fitocosméticos y fitoterápicos tanto desde el punto de vista de los recursos naturales como de las capacidades científicas y productivas instaladas.

El Plan señala que gracias a su amplia extensión geográfica en el sentido norte-sur, Argentina alberga un amplio número de especies, estimado en unas 9.000, muchas de ellas exclusivas de nuestro país. Destacan algunas regiones de gran interés florístico como los bosques secos de la Región Chaqueña, las formaciones vegetales Andino-Patagónicas, el bosque subtropical lluvioso de Misiones, y las Yungas del Noroeste.

Uno de los objetivos del Plan es Validar científicamente el uso tradicional de plantas medicinales por parte de los pueblos originarios, este punto es crítico a los fines de establecer como prioridad la armonización normativa debida en estos temas, con los actores participantes, comunidades, investigadores, decisores, sistema y profesionales de la salud, pero hasta el momento no ha sucedido nada.

El comercio mundial de hierbas aromáticas y medicinales alcanzó un volumen de US\$ 1.328 millones, con la Unión Europea liderando tanto en importaciones (37%) como en exportaciones (26%). En el mismo período el comercio de extractos alcanzó un valor de US\$ 1,329 millones, con la Unión Europea liderando tanto en importaciones (33%) como en exportaciones (48%), mientras que el comercio de



aceites esenciales no cítricos alcanzó los US\$ 971 millones, también liderado por la Unión Europea en cuanto a importaciones (42%) como exportaciones (35%). Y de todo esto los en Jujuy alejados de las discusiones.

Señala el Plan que las oportunidades en la Argentina surgen de las características únicas que posee nuestro país desde el punto de vista geográfico, cultural, económico y tecnológico, las cuales se describen a continuación:

Son muchos los interrogantes que se van abriendo en virtud de la existencia de un nuevo contexto jurídico y político, que presenta interés en el tema.

Se debe aún analizar si dentro de estas normas se regulan mecanismos de protección jurídica de los CT.

EL VALOR BIOLÓGICO JURÍDICO DE LAS PLANTAS MEDICINALES

Las Plantas Medicinales, son parte de la gran Biodiversidad del planeta. La Biodiversidad o Diversidad Biológica, es la variabilidad de genes, especies y ecosistemas y el conjunto de relaciones que entre ellas se genera, esto señala el Convenio de Diversidad Biológica., en Argentina Ley N° 24.375- Convenio sobre la Diversidad Biológica. Los componentes de la diversidad biológica son todas las formas de vida que hay en la Tierra, incluidos ecosistemas, animales, plantas, hongos, microorganismos y diversidad genética y sus relaciones.

Las Plantas Medicinales son parte esencial de la Biodiversidad o Diversidad Biológica. Se estima que se han empleado medicinalmente entre 20.000 y 55.000 especies vegetales de las cuales solo una pequeña cantidad se ha investigado para desarrollar medicamentos. De todas solo 15 a 20 % de las plantas terrestres ha sido evaluado. En consecuencia, las plantas, incluidas las medicinales no investigadas, continúan representando un conjunto significativo de materia prima para el descubrimiento de nuevos medicamentos.

Este Convenio presenta el cambio de paradigma normativo, que comienza por reconocer: a) la soberanía de los Estados sobre sus recursos biológicos y, b) el valor de los conocimientos tradicionales de las comunidades originarias sobre la biodiversidad y presenta tres objetivos fundamentales.

El CDB, se refiere al Conocimiento Tradicional (CT), como el conocimiento, las innovaciones y prácticas de las comunidades indígenas y locales de todo el mundo.



Dichos conocimientos se han desarrollado mediante las experiencias de las comunidades a través de los siglos, adaptándose a las necesidades, culturas y ambientes locales y transmitidos de generación en generación.

También establece que para acceder a los recursos es necesario primero contar con el Consentimiento fundamentado previo de la comunidad o de aquel que tenga derecho, es decir, contar con la autorización del proveedor del recurso.

El Artículo 8 (j) del Convenio establece que:

“Las partes del contrato deberán, en la medida de lo posible y adecuado: Conforme a la legislación nacional, respetar, conservar y mantener el conocimiento, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que engloban los estilos de vida tradicionales en relación con la conservación y el uso sostenible de la diversidad biológica, y fomentar su mayor aplicación con la aprobación y participación de los poseedores de ese conocimiento, esas innovaciones y prácticas, y alentar la distribución equitativa de los beneficios derivados de la utilización de dichos conocimiento, innovaciones y prácticas”

Desde 1992, con la aprobación del CDB, este reconocimiento ingresa de lleno al sistema jurídico nacional, en el artículo 41° de la Constitución Nacional, tal como lo señala las exposiciones de motivos de la Convención Constituyente de Santa Fe de 1994

La Comisión en la voz de Eva Roulet, reafirmaba que: “cuando entramos en la consideración de la diversidad genética, debemos hacer referencia a la importancia que tiene para la preservación y mantenimiento del equilibrio de la vida y los sistemas en la Tierra, tanto en la fauna, la flora como la vida microbiana. Este es un patrimonio de gran importancia por su aporte a la alimentación y salud de una población cada vez más numerosa y con mayor cantidad de exigencias.”

La diversidad genética, señala la Constituyente, es parte de un concepto más amplio, que es la diversidad biológica, es decir, la variedad de las especies y de los ecosistemas. De manera tal que, cuando hablamos de la diversidad genética, en rigor debemos hacer extensivo el concepto a la preservación de la diversidad biológica, dejando en claro que la importancia de la diversidad genética, que se menciona específicamente, está dada por la riqueza del aporte que brinda y por el tráfico que se produce hacia los países desarrollados desde los subdesarrollados. A través de la biotecnología se pueden modificar las condiciones de herencia genética, producir



nuevas variedades, patentarlas, mejorándose el patrimonio desarrollado a lo largo de siglos por los agricultores o por las comunidades autóctonas. Tal lo sucedido con la papa y el maíz en el continente americano. Las empresas altamente desarrolladas en tecnología luego se apropian en forma gratuita, y después los desarrollos que realizan a través del patentamiento resultan inaccesibles o de alto costo para los países de origen.

Los Constituyentes, receptaron en el Artículo 41^a, los suscripto en el Convenio de Diversidad Biológica en la Cumbre de Río, de 1992, que en su Artículo 8 j) da abordaje presencial a la protección de los conocimientos tradicionales asociados a la biodiversidad, por ende, entendemos que el análisis constitucional parte de este abordaje y es allí donde se sostiene la construcción jurídica que se debe estructurar. Creemos que es muy importante haber dado acogida a esto en el proyecto que presentamos, señalaron algunos.

En Octubre del 2005, UNESCO, proclama la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH), la que establece en el Artículo 17, sobre la Protección del Medio Ambiente, la Biosfera y la Biodiversidad, que “Se habrán de tener debidamente en cuenta la interconexión entre los seres humanos y las demás formas de vida, la importancia de un acceso apropiado a los recursos biológicos y genéticos y su utilización, el respeto del saber tradicional y el papel de los seres humanos en la protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad”, dándole a la Bioética un espacio desde donde abordar estos temas que hacen al futuro reconociendo adecuadamente el pasado.

A los pocos años, se aprueba la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, en el año 2007, la que Reconoce, en el Artículo 31°:, que: “Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales, sus expresiones culturales tradicionales y las manifestaciones de sus ciencias, tecnologías y culturas, comprendidos los recursos humanos y genéticos, las semillas, las medicinas, el conocimiento de las propiedades de la fauna y la flora, las tradiciones orales, las literaturas, los diseños, los deportes y juegos tradicionales, y las artes visuales e interpretativas. También tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su propiedad intelectual de dicho patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales y sus expresiones culturales tradicionales. 2. Conjuntamente con los pueblos indígenas,



los Estados adoptarán medidas eficaces para reconocer y proteger el ejercicio de estos derechos.”

En el año 2010, el protocolo de Nagoya, en Argentina Ley N° 27.246-Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los recursos genéticos y conocimientos tradicionales y Participación en los Beneficios, tras seis años de negociaciones, el 29 de octubre de 2010, en la décima reunión de la Conferencia de las Partes, celebrada en Nagoya, Japón, se adoptó el Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios que se Deriven de su Utilización al Convenio sobre la Diversidad Biológica. El Protocolo de Nagoya aborda los conocimientos tradicionales asociados a recursos genéticos por medio de disposiciones relativas al acceso, la participación en los beneficios y el cumplimiento.

En sentido vinculado a la agrobiodiversidad, se ha aprobado Ley N° 27.182/15. Tratado Internacional sobre los Recursos Filogenéticos para la Alimentación y la Agricultura, de FAO, cuyos objetivos son la conservación y la utilización sostenible de los recursos fitogenéticos para la alimentación y la agricultura y la distribución justa y equitativa de los beneficios derivados de su utilización en armonía con el Convenio sobre la Diversidad Biológica, para una agricultura sostenible y la seguridad alimentaria.

Es necesario entender las Plantas Medicinales Alimentarias o los Alimentos Medicinales, hoy denominados nutraceuticos, pero entendiéndose el valor ancestral de construcción colectiva de conocimientos para usos en salud y alimentación como las quinuas, maíces, papas, etc. tusaquilla

La Asamblea General de la Organización de Estados Americanos después de 17 años de arduos debates y trabajo, aprobó el 15 de junio de 2016, la DECLARACIÓN AMERICANA SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, en la que expresamente se señala el reconocimiento de la coexistencia de derechos.

El Artículo XIII. Derecho a la identidad e integridad cultural “1.Los pueblos indígenas tienen derecho a su propia identidad e integridad cultural y a su patrimonio cultural, tangible e intangible, incluyendo el histórico y ancestral, así como a la protección, preservación, mantenimiento y desarrollo de dicho patrimonio cultural para su continuidad colectiva y la de sus miembros, y para transmitirlo a las generaciones futuras.”



Con respecto al campo de la Salud, el Artículo XVIII, señala que: “2. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propios sistemas y prácticas de salud, así como al uso y la protección de las plantas, animales, minerales de interés vital, y otros recursos naturales de uso medicinal en sus tierras y territorios ancestrales. 4. Los pueblos indígenas tienen derecho a utilizar, sin discriminación alguna, todas las instituciones y servicios de salud y atención médica accesibles a la población en general. Los Estados en consulta y coordinación con los pueblos indígenas promoverán sistemas o prácticas interculturales en los servicios médicos y sanitarios que se provean en las comunidades indígenas, incluyendo la formación de técnicos y profesionales indígenas de salud.”

Todo este pluralismo jurídico, reconoce la interrelación entre los recursos genéticos y los conocimientos tradicionales, su naturaleza inseparable para las comunidades indígenas y locales. Asimismo, la importancia de los conocimientos tradicionales para la conservación y el uso sostenible de la diversidad biológica para los medios de vida sostenibles de estas comunidades y para el resto de las comunidades, para fines sanitarios, pero aún lejos se está de poder abordarlo en base a la cosmovisión sanitaria.

Como se puede advertir, el tema de investigación es dinámico y en él se pretende analizar el estado de situación para aportar información a los fines de la armonización jurídica, en virtud de las necesidades establecidas en Políticas sanitarias internacionales y necesidades sanitarias comunitarias. Entendiendo que esta diversidad jurídica, cultural y biológica incide directamente en el efectivo ejercicio del derecho humano a la salud

Este reconocimiento ha abierto las puertas a grandes debates vigentes y candentes, vinculados a la propiedad, tenencia, dominio, patentes, seguridad alimentaria, medicamentos, I&D, etc..

Maria Casado, sostiene que las normas de Bioética y Derechos Humanos, completan, la “Declaración Universal de Derechos Humanos” de 1948, actualizando los derechos humanos en lo que se refiere a la cultura, el ambiente, el derecho y el impacto de la biotecnología y la biomedicina en los seres humanos. Su relevancia para quienes nos ocupamos de la nueva disciplina Bioética es inmensa pero también es esencial para todos los ciudadanos, puesto que la supervivencia de la vida buena en el planeta exige tomar en serio lo en ella establecido.



CONCLUSIONES

Existen grandes contradicciones, por un lado el gran reconocimiento a nivel internacional del valor de las Plantas Medicinales y su valor en el campo de la salud, de la ciencia, la cultural, la economía y el derecho y por otra parte, la ausencia de procesos integrados de inclusión de las Plantas Medicinales en los sistemas de salud nivel provincial que conlleven a la protección y conservación de las Plantas Medicinales.

Se encuentra el desarrollo de la Fitomedicina desde la perspectiva netamente biotecnológica que no incluye las consideraciones culturales en su desarrollo y tampoco es tenida en cuenta como categoría de impacto, en el plan operativo.

Es en estos espacios en donde se da la mayor tensión y contradicción entre los conocimientos científicos y tradicionales y la mirada del campo biojurídico debe enmarcarse en el Derecho Constitucional a la protección, conservación y uso sustentable en el campo de la salud del patrimonio natural y cultural, establecido en el artículo 41 de la Constitución Nacional, dado además su carácter de derecho intergeneracional.

Por ello, estos temas deben ser abordados desde lo interdisciplinario e intercultural, siendo el abordaje bioético y biojurídico clave para pensar en la perspectiva de las Plantas Medicinales como parte integral del Derecho a la Salud.

En virtud de lo planteado, se advierten grandes ausencias en la implementación de Políticas sanitarias locales y nacionales que atiendan a la necesidad y derecho a la salud que tenga en cuenta el uso de las Plantas medicinales para la sociedad en general y en las comunidades originarias en particular..

Se recomienda entender y atender estas cuestiones con miradas que contenga la diversidad jurídica, cultural y biológica para el efectivo ejercicio del derecho humano a la salud.



Dietética del oprimido o del capitalismo caníbal

Alan Quezada Figueroa³

Resumen

El sufrimiento de miles de personas con obesidad no sólo tiene que ver con la imposibilidad de moldear una figura socialmente aceptable —tal como la han promocionado por décadas los medios desde su cosmética—, sino también con el riesgo de muerte al que se enfrentan a la par del detrimento de su salud. El mercado alimenticio, la *industria cultural* y el sector salud representan la mafia que privilegia las grandes ganancias sobre el valor de la vida. Por un lado se encuentra la mala información que se le presenta a la población civil, mientras que por el otro está el problema físico de la adicción a la “comida chatarra” —sobre todo al azúcar que según investigaciones, es ocho veces más adictivas que la cocaína—. El mercado de la comida basura es mucho más potente y agresivo que el narcotráfico, cobra más vidas y la forma de introducirse a sus consumidores es más siniestra en tanto que está más presente a partir de su aceptación, según los organismos reguladores de la alimentación. La presente reflexión busca ser un análisis y una denuncia a aquellos *delitos contra la salud* de la industria de la comida rápida y del imperio del azúcar, no sólo por asesinar lentamente a los consumidores, sino por privar de los recursos vitales a otros: los hambrientos. Interesa abordar este problema que, pese a la aparente trivialidad con la que se presenta, implica consecuencias devastadoras y con el paso de los años, cada vez más graves. Una dietética del oprimido sustrae sus reflexiones a partir de la estética y su relación con el aparato económico-político que configura la sensibilidad contemporánea en un aspecto cotidiano.

³ Licenciado en Filosofía por la Universidad Autónoma Metropolitana; Maestro en Estudios Visuales por la Universidad Autónoma del Estado de México; actualmente Doctorante en la Universidad de Guanajuato en el programa de Doctorado en Filosofía. Miembro de la Asociación Mexicana de Estudios en Estética y de la Asociación de Filosofía y Liberación. Actualmente me desempeño como docente en la Escuela Nacional de Danza Folklórica del INBA, como profesor de asignatura de Teoría del arte, Estética y Culturas estéticas.



Palabras clave: alimentación, obesidad, hambre, principio material, capitalismo caníbal.

El anuncio que se mira en televisión muestra una enorme hamburguesa con carne doble, adornada con los vegetales más coloridos en un fondo claro que hace contraste con el primer plano del mentado alimento. Junto a unas papas fritas que revelan un dorado perfecto y un gran vaso de refresco de cola que transpira montones de gotas de sudor debido a su estado casi helado, se manifiesta una triada mortal: se trata del llamado “combo” presente en casi toda cadena de hamburguesas del mundo y que trae consigo la promesa de una alimentación completa y, lo más importante, deliciosa. Este combo de hamburguesa, refresco y papas es la “trinidad de la muerte” que amenaza no sólo a las arterias de sus consumidores, sino la perpetuación del hambre sistemática de miles y miles de personas alrededor del mundo.

¿Cómo sería posible pensar a los comensales de ese tipo de negocios como caníbales? ¿Cómo concebir que éstos, en cada mordida dada a su hamburguesa, están consumiendo la vida de otros tantos seres humanos que no están ahí mismo? Lógica de mercado podría llamársele, a partir de su rostro más devastador, ese que devora vidas humanas para nutrirse. Un capitalismo caníbal que no podría sostenerse si no fuera sobre cadáveres y un inmenso sufrimiento.

Las imágenes antes descritas abren el panorama a un sinfín de cuestionamientos, debido a que la alimentación no parece ser uno de los temas más presentes dentro de la reflexión filosófica, al menos no manifiestos en los grandes tratados de filosofía dentro de la tradición europea, la que significa la supuesta pauta del pensamiento a nivel mundial. No obstante y desde una mirada descolonial y liberadora, es posible retomar estas problemáticas en cuanto a la perversa destrucción que implican. Es decir que, ante lo evidente, no son problemas que desde lo simple preocupen a la población civil, así como a los investigadores académicos de distintas áreas.

En los últimos tiempos han salido a la luz algunos documentales que relatan desde distintas ópticas la lógica alimentaria de imperio estadounidense y sus alcances a nivel internacional, parece ser más fuerte cada vez el interés de los cineastas por retratar esta catástrofe alimentaria. Sin embargo y aunque algunos de ellos arrojan



cifras preocupantes, no parece haber entrado en estas narrativas un análisis sobre el reverso de la moneda: el hambre que se genera como una contrapartida de la gula.

En cualquier caso la creencia en el programa alimentario del sistema capitalista sería ingenuo si se considera que “En el capitalismo, sin embargo, todo producto es producido para cumplir primeramente no una necesidad, sino para ser mediación de aumento del capital, de ganancia: es una mercancía antes que satisfactor.” (Dussel, 2011: 220) Es así que en un proceso de cosificación el mismo consumidor se va convirtiendo en mercancía, esto es, una mercancía que produce mercancías para a su vez consumirlas, de tal modo que la vida del asalariado se va consumiendo como si fuera combustible echado a la leña para el avance de la maquinaria mercantil.

Una persona que después de su jornada laboral se bebe una Coca-Cola como recompensa, está prácticamente asesinándose a sí mismo. Para no caer en una exageración respecto de la idea anterior es preciso justificar este aparente sofisma: si bien una presentación de seiscientos mililitros de aquel refresco contiene en promedio unas doce cucharadas de azúcar⁴ —o un equivalente a sesenta y tres gramos—, el consumidor que intercambia parte de su ganancia diaria por este placebo⁵ al beber al menos una al día, está acercándose a una enfermedad inminente: la diabetes, que es una de las principales causas de muerte alrededor del mundo⁶, sobre todo en los países con problemas de obesidad⁷.

Quiere decir que mientras las personas se van enfermando sistemáticamente, careciendo en la vejez —si es que se llega a ésta— de los recursos suficientes para vivir dignamente, siguen laborando en condiciones de salud cada vez peores haciéndose, a su vez, dependientes de medicamentos que les permitan continuar desarrollando las actividades mínimas para sustentarse sin abandonar la bebida de cola que, en muchos de los casos, se desconoce como detonadora de la enfermedad.

⁴ En: <http://alianzasalud.org.mx/2013/05/cantidad-de-azucar-en-los-refrescos-mas-comunes/>, consultado el 17/04/18.

⁵ La Coca-Cola se consume en distintas latitudes por un placer adictivo, pero también por una suerte de creencia común respecto de analgésico ante los dolores de cabeza o la baja de presión. Es de conocimiento popular que una dosis fría de este refresco es sinónimo de bienestar.

⁶ En: <https://laopinion.com/2017/11/23/las-10-causas-principales-de-muerte-en-el-mundo/>, consultado es 17/04/18.

⁷ En México es incluso la causa principal de muerte: <https://www.animalpolitico.com/blogueros-lo-que-quiso-decir/2017/05/30/las-10-causas-muerte/>, consultado el 17/04/18.



No es raro que el ciudadano promedio acostumbre beber dicho brebaje en cuanto al bombardeo publicitario se refiere, “...la campaña de Coca-Cola en los Juegos Olímpicos de Invierno de 1992 fue vista por 3,8 billones de espectadores de ciento treinta y un países...” (Cortina, 2002: 195) Pero más allá de ese ejemplo el cine ha conseguido llevar la publicidad a otro nivel. Se trata de la repetición al absurdo que ha rendido frutos, tal ha sido la fuerza de sus campañas publicitarias que el refresco es un símbolo de los diversos momentos de la cotidianidad humana, tanto de la juventud y sus entretenimientos, como de la comida familiar de domingo, es decir, su publicidad ataca en la identidad de los sujetos a tal grado, que difícilmente se podría pensar en alguna persona que no hubiese ingerido esta bebida que ha trascendido con fuerza poco más de un siglo de existencia⁸, insistiendo siempre en su eslogan: “disfruta Coca-Cola”.

La fuerza de Coca-Cola es tal que resulta casi omnipresente en cualquier país que ejerza el libre comercio con el imperio norteamericano y sin embargo no sólo se ha popularizado por sus estrategias de *marketing*, sino también por sus procedimientos brutales de despojo, tal como ha sucedido en algunas regiones como el sureste de México en el que la marca se ha apropiado de un pozo de agua que abastecía a unas doscientas mil personas, extrayendo diariamente un promedio de dieciséis millones de litros⁹. La refresquera, avalada por el gobierno, hace parte de la clase *necropolítica* (Mbembe, 2006) que rige distintas regiones, sobre todo de nuestro Sur.

Si bien el presente análisis no se centra en la problemática marca de refresco, cabe mencionar que es uno de los productos más nocivos y más consumidos alrededor del mundo, de tal modo que si, por sí mismo ya es bastante dañino, imagínese como parte de la anteriormente mencionada “trinidad alimentaria” de la comida rápida —de consumo regular o cotidiano para algunos—. Sumado a dicha bebida no se pueden dejar de lado las papas fritas en grasas saturadas y la respectiva hamburguesa con un pobre nivel nutricional.

Llegado este punto es posible que surja la pregunta sobre ¿cuál es la importancia de este tema con relación a la filosofía? La respuesta a tal cuestionamiento puede tornarse demasiado amplia, en tanto que la alimentación y el

⁸ La compañía surge en 1886.

⁹ En: <http://www.sinembargo.mx/03-10-2017/3310826>, extraído el 17/04/18.



pensamiento son más cercanos a lo que se piensa usualmente. Piénsese por ejemplo que la alimentación ha estado presente en cada episteme (Foucault, 1998) de la historia, como un singular marco del saber en un contexto temporal específico, incluso los cambios en la alimentación son también parte de una revolución. El consumo, por ejemplo, de carne de vaca en América, no es posible sino hasta después de la invasión española. El tema que aquí nos ocupa atraviesa diferentes perspectivas, siendo las de mayor interés para esta reflexión: la política, la ética, la epistemología, la estética y la cultura, siendo imposible atravesar por otras regiones como la antropología, la sociología y la pedagogía, de tal modo que se reconoce el problema mucho más amplio de lo que aquí logrará abordarse.

Siendo la obesidad uno de los polos más presentes en la discusión respecto de una dietética del oprimido, es importante que se considere la falta de educación referente al desconocimiento de la necesidad de una responsabilidad en cuanto al consumo de alimentos,

...apostamos a la importancia de comenzar a reflexionar tanto educativa como socialmente sobre el amor como amorosidad, la presencia como hospitalidad, y la palabra como conversación, a sabiendas que éstos no son temas menores, ni filosófica, ni socialmente hablando. (Heredia en: Roda-Heredia, 2017: 177)

Interpelar al que sufre por obesidad, acompañarlo hospitalariamente en su proceso de toma de conciencia y dialogar sobre sus condiciones particulares significa, en un momento clave, salvar su vida. Pero el tema no se agota ahí, porque hacerle ver a una persona el reverso, hacerle amar al hambriento y ser hospitalario con él, se trata de un proceso de interpelación que dignifica el ejercicio de la responsabilidad propia, se trata de despertar la *vocatio* (Dussel, 2016). Se buscará entonces detonar la propia sensibilidad al entorno, una sensibilidad adormilada por el exceso, por el exceso de publicidad, de alimento, de grasa y de azúcar, que en su mismo exceso deviene en una paradoja que adormece al sujeto respecto de su propia corporalidad. La sobreexplotación del goce ha terminado por dejarlo en una búsqueda interminable de satisfactores que no tendrán fin. Tal es la lógica del exceso y de la acumulación del capitalismo.

Para Heredia una *educación amorosa* implica una posibilidad de salida o bien un desafío al panorama devastador que representa el capitalismo, en este caso se



trata de la superación de la lógica de consumo que el imperialismo a impreso en sus vástagos y conforme a la que se ha configurado el mundo. La genialidad de la *Coca-Cola Company* y de las empresas de comida rápida radica en la generación del deseo por sus productos, pero no sólo eso, sino una generación del deseo sin distinción de clase. Se trata de lo más cercano al sueño de los pobres por acceder a los mismos productos que los económicamente privilegiados, sin tomar en cuenta que el mismo alcance sólo es en cuanto a los productos nocivos para la salud. La misma Coca-Cola toma un obrero que el capitalista que representa su desgracia. El “acto pedagógico revolucionario” (Heredia, 2017) radicaría en este caso, en la interpelación que tuviera su destino final en la praxis solidaria, pero esta interpelación siempre con una directriz amorosa que acompañe a la víctima.

Cuando aparece la pregunta por la importancia de estas cuestiones encaminadas a la reflexión filosófica, aparecen numerosas preguntas que apuntan a las víctimas de este sistema. Si bien la negatividad del sistema se *in-corpora* de diversas maneras, cada una tiene su modo particular de víctima. El narcotráfico, por ejemplo, crea víctimas particulares como los adictos, los infantes convertidos en sicarios o los asesinados por ese mismo sicariato. El sistema alimentario tiene, como se mencionó antes, a sus víctimas más definidas en los muertos por hambre y en los muertos por obesidad, como extremos. Ambos, extremos sufrientes que padecen el peso de un sistema de beneficios propios que pueden ir en contra de la salud. Una pregunta considerada aquí relevante es dirigida a la falta de criminalización de los autores de aquellas muertes, es decir, si el narcotráfico tiene líderes específicos que permiten señalar a un culpable, el sistema de alimentación a quién tendría como autor intelectual de sus crímenes que, al final son “delitos contra la salud”, en la misma categoría del narcotráfico.

La respuesta no es simple porque apunta a una larga cadena de responsables, desde las altas esferas en el gobierno, hasta la iniciativa privada que no está separada del primer ámbito más que por denominación. Mientras que la industria alimenticia ataca a los menores como los consumidores más fuertes en cuanto al consumo de azúcar, por su debilidad ante ésta, los gobiernos autorizan la venta de estos productos, alimentando la desinformación al respecto e incluso el engaño en la información nutrimental de los productos, ocupando eufemismos¹⁰ para dissociarse de la

¹⁰ En muchos productos en lugar de “azúcar” se lee en su información nutrimental nombres como: jarabe de maíz de alta fructosa, melaza, jugo de caña, jarabe de mantequilla, jugo de fruta concentrada, jarabe de arce, melaza, sirope, cebada de malta, dextrina, dextrosa, glucosa, maltosa. En promedio,



responsabilidad relativa al azúcar que se inserta en los productos infantiles, lo que, entre otras cosas, ha aumentado a más del doble el consumo de azúcar en las últimas décadas y con ello el aumento de enfermedades como la caries y la diabetes.

La obesidad implica una inversión económica en distintos niveles, si bien el azúcar y las grasas son accesibles, no dejan de implicar un gasto continuo. La obesidad infantil arroja cada vez cifras más alarmantes en Estados Unidos y México, el problema es que el mismo sistema alimentario que se ha dedicado a engordar a la población, es el mismo que excluye a las personas con problema de obesidad mediante la publicidad y los cánones de belleza en los modelos que anuncian ropa y productos de moda. A pesar de la aparente contradicción es posible vislumbrar aquí uno de los engranes del mecanismo capitalista: se vende el problema —alimentos elevados en azúcar y grasas saturadas— que causa la obesidad, se genera un deseo de consumo encaminado a la industria de la moda —con miras a usar los atuendos usados por modelos esbeltos— y se vende la supuesta solución —productos milagro que prometen acabar con la obesidad sin esfuerzo—. Es así que el sistema forma, de-forma y trans-forma los cuerpos a voluntad, de tal modo que un cuerpo humano llevado hasta los límites de su resistencia, generará grandes ganancias para las diferentes industrias: la alimentaria, la textil, la farmacéutica, la del entretenimiento, etc.

El mensaje es claro, aunque difícil de ver para el espectador promedio, mientras la televisión transmite uno de sus múltiples programas sobre obesidad mórbida¹¹, llegan los anuncios comerciales que anuncian comida rápida, refrescos o postres deliciosos que chocan con el posible mensaje transmitido en un primer momento. De cualquier manera es poco importante para la industria del entretenimiento, mientras el morbo siga generándose el público significará ganancias.

existen más de cincuenta y seis formas de designar al azúcar para encubrir su inserción: <https://articulos.mercola.com/sitios/articulos/archivo/2016/10/19/otros-nombres-del-azucar.aspx>, extraído el 18/04/18.

¹¹ *Kilos mortales* es un programa que se transmite por televisión de paga —aunque todos estos programas tienen intermitencias y de pronto son transmitidos en televisión abierta— y que trata sobre casos particulares en Estados Unidos, de personas que han llegado a tal nivel de obesidad que ven su vida amenazada. Asisten con un médico que les llevará a cabo un procedimiento quirúrgico que les ayudará con su problema, pero para esto deben hacerlos perder kilos antes de la intervención. Se han documentado incluso, casos de infantes con serios problemas de salud por un nivel de peso superior a los ciento ochenta kilos,

http://www.australtemuco.cl/prontus4_noticias/site/artic/20110426/pags/20110426184720.html, recuperado el: 18/04/18.



Por otra parte, se capte el mensaje que se capte —el del consumo de chatarra o el de la vía saludable—, ambos significarán ganancias para los diversos estratos de la industria, se trata de una competencia aparentemente abierta para los vendedores de enfermedades. Dependencia a la comida o dependencia a los fármacos y productos milagro, ambos discurren en una fetichización individualista del mundo que aleja al sujeto de sí mismo, de la posibilidad de conocerse a sí mismo y más aún, de su posibilidad de generar un espíritu de comunidad, en donde la comunidad puede significar un apoyo.

El mercado alimentario conforma subjetividades sufrientes, víctimas de un sistema que manipula los cuerpos y administra la muerte mediante un juego que estira y afloja la salud de los humanos. ¿Qué ha pasado entonces con esa llamada al interior de sí mismo que alerta al sujeto del peligro? Ya no se reconoce fácilmente esa voz que ayuda a discernir entre el exceso y el defecto, la comida rápida ha aprendido a acallar a la conciencia por medio de pollo frito, pizza o hamburguesas. Se trata de un estado de *anosognosia* (Dussel, 2002), es decir: de la falta completa de autopercepción del propio cuerpo —ya sea de alguna parte o de su totalidad—.

El estómago retacado de harina no deja energía al sujeto para reflexionar, y si no puede reflexionar respecto de su propia condición, menos aún tendrá la capacidad de mirar al Otro y sus necesidades, no se conmueve porque se encuentra ocupado enfermando su cuerpo. El sujeto se deja asesinar sistemáticamente mientras sufre la exclusión propia a causa de su físico —supuestamente poco atractivo—, ante el sistema es *cualquiera* (Heredia, 2017) y él también actúa con indiferencia hacia lo Otro. Pero la posibilidad de trascender esta “cualquieridad” es mediante la *alteridad*, porque uno se transforma desde la diferencia y no desde lo homogéneo totalizador.

Interesa la alimentación en cuanto preservadora del cuerpo, como elemento básico para el funcionamiento del *principio material* de la Ética de la liberación, “Todo esto está relacionado al fin conjunto de la corporalidad en sus distintos niveles, en referencia a la permanencia, reproducción o desarrollo de la vida del sujeto humano.” (Dussel, 2002: 102) La economía capitalista está fundada sobre las bases de la confusión entre lo que representa un satisfactor de las necesidades vitales y las preferencias, mientras que las primeras atenderían a la alimentación sana, el vestido y el hogar, las segundas las invertirían en la satisfacción de antojos —o la radical falta de comida en su reverso—, la moda y el deseo de una lujosa mansión, por no ir más



lejos en cuanto a los deseos creados por la industria, tan diversos como las leyes de la oferta —que no tienen tope— han manifestado.

Atendiendo a una de las obras pioneras sobre gastronomía de la Europa del Siglo XIX: *Fisiología del gusto*, es posible retomar algunas ideas clave para la reflexión. El autor arroja tres interesantes aforismos: “El universo no es nada sin la vida, y cuanto vive se alimenta.”, “De la manera como las naciones se alimentan, depende su destino.” Y “Dime lo que comes y te diré quién eres.” (Brillant-Savarin, 2014: 13) Es imprescindible entonces para desarrollar nuestro principio material de vida alimentarse. Por otro lado, el destino de las naciones es decidido en banquetes, incluso el gusto es uno de los sentidos que nos permiten conservar la vida en tanto que nos deja saber lo que está en buen estado para ser consumido. En suma: la alimentación —nos dice— puede pensarse como medicina del cuerpo.

Hasta aquí no se encuentra un problema en las disertaciones del gastrónomo, sin embargo el último de sus aforismos antes transcritos nos devuelve al concepto de *cualquieridad*, porque si decir qué se come para saber quién se es, qué pasa con los que se encuentran en el defecto o en el exceso, es decir que quienes pasan hambre *no son*, mientras que aquellos que sufren de obesidad en tanto víctimas de un sistema de hiperconsumo serían *cualquiera*, pues la distinción, en el contexto de nuestro autor, tiene que ver con los banquetes selectos de los que son dignas las clases privilegiadas. Por tal motivo es que, apuntando a una orientación crítica, no se puede pensar en la alimentación desde la superficie capitalista *anestésica*.

El apetito es un principio auto-*poiético*, es decir, de autoconservación

El movimiento y la vida producen pérdidas continuas de sustancias de los cuerpos vivientes y una máquina tan complicada como el cuerpo humano se descompondría pronto si la Providencia no hubiese colocado dentro un resorte que instantáneamente avisa si las fuerzas y las necesidades están en equilibrio. (Brillant-Savarin, 2014: 57)

La sensibilidad —bioestética— nos permite seguir produciendo la vida, tristemente no todos reúnen las condiciones materiales para conseguir lo más básico en este proceso, el cuerpo les manifiesta no ya el apetito, sino el hambre que incluye a la sed —la muerte llega más rápido de sed que de hambre—, pero no obtiene nada, el cuerpo sigue exigiendo hasta el desgaste que se revela con la fiebre y la debilidad. El horror se manifiesta cuando se sabe que hay una imposibilidad de apagar esa sed y



esa hambre. Mientras tanto quienes son obesos no reconocen ya la manifestación de su cuerpo que les indica saciedad, siguen comiendo con una imperiosa necesidad, debido a la adicción sobre todo a las azúcares. Pero ellos también sufren de sed, los refrescos la disfrazan pero no la apagan, de tal modo que invitan a seguir engullendo el gaseoso líquido hasta el hartazgo.

No obstante, por aquella época la cercanía a cierta obesidad se consideraba tener, no sólo una salud favorable, sino un estatus privilegiado. Pero no se trataba de una obesidad mórbida o una obesidad que no se hubiese formado por platillos exquisitos y selectos; de manera casi predictiva respecto del excesivo consumo que cada día aumenta, menciona el francés:

Mucho tiempo hace desde que la intemperancia ha fijado las miradas de gente observadora. Filósofos alabaron la templanza, príncipes promulgaron leyes suntuarias, la religión ha moralizado la glotonería, pero ¡ay!, no por eso se ha comido un bocado menos; y el arte de comer demasiado, cada día en mayor grado florece. (Brillant-Savarin, 2014: 239)

Tal parece que el alimento chatarra no es una novedad, sino que corre desde siglos atrás, el autor condenaba ya el consumo de harinas y alimentos fritos en cuanto a los obesos se refiere, la diferencia con los tiempos que corren es que hoy por hoy el alimento se produce en serie y parece que con los años, con una menor calidad.

En los supuestos textos gastronómicos de Da Vinci¹², quien fue jefe de cocina en la corte de Ludovico Sforza, se deja ver la exclusión de un sector de la población, pues refiere a algunos alimentos no muy apetitosos para las personas pobres, a quien se compara con personas groseras. Sin embargo y siguiendo con la reflexión sobre los alimentos pobres en nutrientes, se menciona: "...hay más belleza en un solo brote de col, y más dignidad en una pequeña zanahoria, que en una docena de sus cuencos dorados llenos a rebosar de carne y huesos..." (Da Vinci, 2004: 158) Es preciso mencionar que la obesidad no refleja necesariamente un cuerpo bien nutrido, en su lugar puede reflejarse la deficiencia de algún elemento que precisa el cuerpo para estar sano. Esto quiere decir que quien se alimenta de comida rápida, sólo introduce a

¹² Se discute si son originales del autor o si es posible que el texto sea una broma, para la función de la presente reflexión sirve lo mismo, ya que en cualquier caso se desarrolla un pensamiento que, o bien coincide o se hace coincidir con el de la época.



su cuerpo componentes vacíos de propiedades necesarias, de manera que se aumenta la masa corporal, pero se sigue teniendo un cuerpo frágil.

En contraposición a la comida rápida —*fast food*— se creó en Italia el movimiento, ahora internacional, *slow food* que busca desmarcarse de la simplicidad y la estandarización gastronómica, para recuperar sabores y tradiciones en los alimentos. Se busca privilegiar el gusto y los recursos procedentes de productores que ofrecen calidad en sus alimentos. En este caso no se trata de comer a velocidad, sino de alimentarse dentro de una propia temporalidad más allá del tiempo industrializado que exige rapidez. No obstante, este movimiento tampoco ha funcionado como la solución a la obesidad y menos aún ha arrojado luz alguna hacia el problema del hambre, al contrario, pareciera ser un movimiento más de carácter elitista.

El consumo de la comida rápida tiene que ver también con la educación, de tal manera que a partir del estatus socioeconómico y de la propia formación, se crean códigos culturales que permiten disfrutar de tal o cual cosa, y de tal modo llegar a un límite en el que se tiene la creencia de disfrutarla, pero no ya el goce auténtico, por eso podría decirse que habitamos en una cultura del *fast food*, tal como lo demostró el documentalista Morgan Spurlok, que en el 2004 estrenó su película *Súper engórdame* (*Super Size Me*) en la que él mismo se somete a una dieta de treinta días de consumo de productos “alimenticios” de la cadena McDonalds —desayuno, comida y cena—. Después de tener un cuerpo atlético y saludable, la situación de Spurlok al finalizar su reto es lamentable, no sólo por el deterioro físico evidente sobre todo en la obesidad, sino en los problemas de salud que esto le generó como el riesgo de un fallo cardíaco, a partir de los altos niveles de azúcar y el hígado graso que le provocó su deficiente alimentación. Como ésta —que fue un llamado de atención muy importante en su tiempo— han surgido en la actualidad diferentes propuestas que buscan poner el acento en los peligros de la obesidad.

No sólo la comida rápida es causante de obesidad, también sucede con aquellos que se alimentan de la “alta cocina”, el asunto parece ser el exceso que denota una voracidad depredadora, caníbal en el fondo, en cuanto que su apetito se sacia con el hambre de otros.

...oposiciones de igual estructura que las observadas en materia de consumo cultural se encuentran también en materia de consumo alimentario: la antítesis entre la cantidad y la calidad, la comilona y los platos pequeños, la



materia y las maneras, la sustancia y la forma o las formas, recubre la oposición, ligada a distancias desiguales respecto de la necesidad, entre el gusto de la necesidad —que orienta hacia los alimentos a la vez nutritivos y más económicos— y el gusto de libertad —o de lujo— que, por oposición al comer franco popular, orienta a desplazar el acento de la sustancia a la manera (de presentar, de servir, de comer...) por una determinación de estilización que demanda a la forma y las formas de operar una denegación de la función.” (Bordieu, 2011: 239)

Nuestra forma de comer apunta ya a una estética —estilos, sabores, sensaciones, evocaciones, etc.— y su imposibilidad a una política —*necropolítica* de la desigualdad—, a una ética —la injusticia sobre quien ha muerto por hambre— y a una económica —las condiciones de producción de hambrientos y de obesos como alimento del mercado—. En la forma de comer se aloja entonces una complejidad encubierta en cuanto que los cursos de gastronomía no presentan más que el fenómeno formal y en todo caso el estético reductivo, pero no las diferentes constelaciones que traen consigo las voces oprimidas.

La realidad es *corpo-realidad* (Mandoki, 2008), el cuerpo da sentido y construye nuestro mundo, nuestra sensibilidad, “El sentido de las cosas es su significado emotivo, vital, relacional, sensorial para el sujeto. Tiene que ver con el sentimiento y la sensatez, indispensables para la sobrevivencia.” (Mandoki, 2008: 84) Dado que los oprimidos de una dietética caníbal —que los va consumiendo para seguirse reproduciendo—, parten de la falta o de la sobra de alimentos, elementos básicos para el bienestar y la supervivencia, cómo podrían configurar su mundo en la imposibilidad de vivir dignamente, ante la enfermedad y la muerte.

Se trata de ambos extremos condenados a muerte, pero más que a ésta, a la vida. Es el cuerpo visto como máquina productora de padecimientos, de enfermedades, de dolor. Los padecimientos son más o menos manifiestos según la posición socioeconómica en la que se encuentre el sujeto, “El placer y el dolor son los atributos de la carne; implican el riesgo de la muerte...” (Le Breton, 2011: 42-43) El cuerpo es entonces disminuido, está obeso o desnutrido, reduce su visión del mundo y limita su campo de acción ya que no le es fácil desplazarse, sufre malestar y debilidad, por lo que padece la vida. El hambriento no se explica su condición, ni siquiera la puede reflexionar por la extrema debilidad que reduce su capacidad reflexiva y cognitiva; el obeso no se explica por qué no puede dejar de comer, por qué siente esa



necesidad de sustancias a sabiendas de que son negativas para su salud. Esto se suma a las imposibilidades actuales de desplazamiento del cuerpo humano, “Nunca antes, sin duda, como sucede hoy en nuestras sociedades occidentales, los hombres habían utilizado tan poco su cuerpo, su movilidad, su resistencia.” (Le Bretón, 2011: 43) Para el mercado alimentario esto no supone un problema, porque si el consumidor no llega a ellos, ellos llegan a éste gracias a su modalidad de servicio a domicilio —*delivery*¹³—. No importa la estrategia, la industria de la comida y del entretenimiento siempre hallarán la forma para invadir incluso el espacio personal.

Para Bordieu las distinciones sociales tienen que ver —entre otras cosas— con lo que unos consideran sabroso e insípido y en esta distinción social queda en última escala quien no puede llevarse a la boca alimento alguno, por más insípido que resultase. La lógica imperial, por otro lado, se deja ver en sus majestuosos festines, en los que se puede hacer patente la potencia adquisitiva, es una manera de demostrar el poder que embiste a unos cuantos —siempre por sobre otros—, la glotonería se oculta bajo el manto imperial de la dominación, porque siempre se alimenta de otros. Se hace la guerra porque los imperios están fundados en sangre humana y el mercado, máximo colonizador del mundo contemporáneo, sigue funcionando bajo el mecanismo de los sacrificios humanos, es preciso matar a unos de hambre y mantener a otros más en una enfermedad mortal. Pareciera que se trata de un equilibrio para que unos pocos se mantengan bien cimentados. Esta es la forma de operar de un sistema caníbal que consume seres humanos, pero antes les ha arrancado lágrimas y lamentos de dolor y sufrimiento.

La alimentación no es una cuestión accidental en la historia de la humanidad, es decir, existe una razón que debe dar cuenta de qué se comió, cómo y por qué se comió lo que se comió en cada etapa de la historia y en cada contexto —la historia vista desde la alimentación sería una labor titánica—, lo que sí parece ser constante es el hambre y la relación del poder con la gula, “La historia misma parece haber llevado un registro inconsciente e indeleble de cómo fue que la comida determinó lo que fueron las sociedades.” (Constante en: Farfán-Casas, 2015: 25) Tal parece que siempre el éxito es representado por el consumo, por el deseo de poseer; se puede cambiar de posesiones pero no dejar de poseer según esta mecánica.

¹³ Que paradójicamente encuentra uno de sus usos al español, como la “liberación” de algo.



Comer cantidades excesivas con respecto a lo que es menester para mantenerse saludable y bello, puede parecer un acto placentero, pero ni es acto ni es placentero. Es una pasividad dolorosa, porque la potencia de la causa exterior, los manjares, se eclipsa con las causas interiores que nos impulsan a desconocer las fronteras entre lo bueno y lo malo.” (Torres en: Farfán-Casas, 2015: 227)

En la película franco-italiana *La gran comilona* (1973) se representa el tedio de la vida a través cuatro amigos que han decidido llevar a cabo un suicidio colectivo mediante la comida, el acuerdo es que todos comerán hasta la muerte. Estos sujetos devoran los alimentos con desasosiego, como si a pesar de tener los manjares más lujosos frente a sí, no fuera suficiente. Esto mismo parece ser el reflejo de sus vidas, todos de clase acomodada y profesionistas exitosos, no reflejan satisfacción alguna. El exceso es sólo el sueño de la satisfacción venido a menos. En el consumo excesivo y su descontrol, las más extraordinarias delicias dejan de tener sabor, lo más numerosos pierde dimensión y en ánimo se empeña a seguir escarbando como si se tuviera la ilusión de encontrar algo que aún no se posee, “...hoy tragamos, diluimos, devoramos sin límite.” (Constante en: Farfán-Casas, 2015: 32)

La industria alimentaria es el medio por el que el sistema administra la vida y la muerte, bajo sus filtros se decide quién ha de vivir y quién no. La gula es un reflejo de nuestro tiempo, pero no de manera gratuita, sino que lleva detrás una táctica política. El sujeto ya no crea aquellos productos que respondan a sus necesidades, sino que los productos ahora crean sujetos que los consuman, la pauta está marcada por el mercado y la oferta se impone a la demanda, “Hay pues algo de perverso en estas sociedades de consumo porque si antes podíamos decir que los deseos nuevos exigían nuevos productos, hoy tendremos que expresar que los productos nuevos necesitan nuevos deseos...” (Constante en: Farfán-Casas, 2015: 36) El sueño fetichista está patrocinado por los oprimidos del mercado alimentario.

La compraventa ha colonizado nuestros cuerpos y nuestras mentes. Nuestras aparentes elecciones alimentarias ya están designadas —en buena medida, si no es que por completo— por las compañías transnacionales que especulan con la (des)nutrición. La gula ya no se trata de un vicio particular de elección libre, sino de la maquinaria capitalista siguiendo su marcha con voracidad “...no exclusivamente de



alimento, sino de dinero, de poder, de control sobre todos los seres del planeta.”
(Farfán-Casas, 2015: 61)

Cuando el hambre se convierte en gula se está a un paso de transitar hacia la vía de la razón dominante, el *ego conquiro* (Dussel, 1980) se manifiesta y pasa por encima de quien sea siempre en beneficio de sí mismo. Expandirse es abarcar más mundo, expandir su territorio y su poder, la *eco-gluttony* advierte que este consumo excesivo está llevando al planeta a la devastación. Es el poderoso quien acapara las materias primas a nivel global, los países siguen siendo empobrecidos mientras envían a los imperios los recursos de primera calidad, mientras que el consumo interno está basado en los sobrantes. Se olvida que mientras más nos ahogamos en comida hay quienes no tienen nada que comer.

Nuestro mundo se encuentra tan desarticulado que mientras se elogian y se premian las creaciones de comida *gourmet* —que no es más que otra lógica del mercado caníbal—, mientras se miran programas producidos en serie sobre los nuevos chefs que hacen un espectáculo dantesco del desperdicio de alimentos, se extingue la vida de un niño por hambre, de un persona que no tuvo la posibilidad de llevarse a la boca el mínimo recurso necesario para seguir reproduciendo su vida. En cuanto la vida sigue desarrollándose de esta manera, al año se desperdician toneladas de alimento que no tuvo su destino final marcado por la industria. Mientras unos desperdician comida y otros se convierten en una masa inamovible, existen en promedio unas ochocientos setenta millones de personas que sufren por hambre alrededor del mundo.

Hay quienes, como lo muestra la artista francesa Agnès Varda en su película *Los espigadores y la espigadora* (2000), viven de los deshechos alimenticios que se tiran en los mercados o bien en los sembradíos. Sin embargo quienes se alimentan de estos recursos son personas que no pasan un hambre extrema, por lo que tienen la fortaleza para continuar su ejercicio, por otro lado, su contexto les permite alimentarse con dichos recursos¹⁴, desafortunadamente no en todos los países se permite recolectar comida desperdiciada, tal es el sabido caso de las cadenas de comida rápida que eligen desperdiciar el alimento antes que repartirlo,

¹⁴ En Francia se derogó una ley que permite desperdiciar alimentos, dándolos así a la gente que los requiere:

<https://www.expoknews.com/en-francia-se-prohibe-por-ley-que-los-supermercados-tiren-comida-a-la-basura/>, recuperado el 18/04/18.



Visto así, el vicio de la gula no sólo se da por un exceso en el comer, sino por las consecuencias negativas e inmorales, en los demás seres vivos y en el medio ambiente en general, que acarrea el deseo de saborear algo “delicioso”, es decir, nuestra *vocación gourmet*. (Farfán-Casas, 2015: 64)

De tal modo es que el sistema alimenticio se mantiene por el canibalismo de unos hacia los otros, este canibalismo tiene poco de simbólico en cuanto que cobra víctimas, es decir, que cobra vidas humanas. Mientras una minoría se encuentra enriquecida alimentándose de grandes trozos de carne, una mayoría sufre con los huesos apenas cubiertos por la piel pegada a ellos. Este cuerpo resiente el frío de la intemperie, producto de su exposición al ambiente y la poca resistencia que pone su cuerpo al no tener reservas de grasa, pero también a una intemperie espiritual en cuanto a la más dura confrontación con la soledad que se desarrolla en la falta de apoyo y en el desamparo total. El estilo de vida de quien está devorando su carne es producto del hambre de muchos, la carne que devora es incluso más sustanciosa que el cuerpo completo de cualquiera de estos hambrientos. Por ello es que este sujeto ha devenido caníbal, del mismo modo que devienen caníbales quienes no se han prestado a escuchar los lamentos de los hambrientos, quienes siguen ciegos ante las víctimas y su sufrimiento.

La ilusión de nutrición de los fervientes consumidores de comida rápida los hace otro tipo de víctimas del capitalismo caníbal, en este caso su cuerpo no se desvanece hasta casi desaparecer, sino que se expande hasta perder las formas humanas, no sólo en lo material, sino en cuanto a los desplazamientos y funciones de los seres humanos. El mercado devora deseos y los intercambia por fantasías de bienestar que se van manifestando en la caída en un abismo profundo de consumo en el que no sólo se ingieren alimentos ricos en azúcares, grasas y harinas, y pobres en vitaminas y proteínas necesarias para una buena nutrición. En el tránsito por dicho abismo se consumirán suplementos alimenticios, productos que prometen reducir el peso y algunos otros fármacos que ofrecen solucionar lo que la comida rápida provocó, sin embargo ninguna de estas aparentes soluciones funciona, porque el sujeto no ha sido persuadido para reducir su ingesta de chatarra. Las mismas organizaciones encargadas de dictaminar el consumo de azúcares y otros elementos dañinos en el cuerpo dan una información incompleta en el mejor de los casos, ya que en otros casos se ha encontrado es información deliberadamente incorrecta.



Por tal motivo y desde las víctimas amenazadas de muerte “Se trata ahora de tomar seriamente el *criterio crítico material*: el explicar la causa de la imposibilidad de la producción y reproducción de la vida humana de las víctimas del capitalismo.” (Dussel, 2002: 323) Nuestro actual sistema no garantiza la vida, sino que administra los cuerpos y la muerte de éstos desde la colonización. Esta *necropolítica* está contra todo instinto vital, toda vez que un recién nacido llora con desesperación cuando tiene hambre, su llanto es su instinto de conservación ante la posibilidad de la muerte.

El cuerpo es entonces domesticado de tal modo que aprende a acallar las necesidades más profundas sustituyéndolas por fantasías de consumo, en otros casos simplemente no hay posibilidad de reproducir la vida por la violencia real de la falta de recursos. Frente a este panorama desolador es necesario aprender a escuchar esos lamentos de los oprimidos y actuar en consecuencia. En tanto que insertos en un sistema caníbal, no es lejana la pasividad al canibalismo, porque como seres humanos tenemos la posibilidad de transformar la realidad en cuanto que tenemos la capacidad de llevar a cabo el acto amoroso:

...Se puede aseverar que la amorosidad como gesto político de preservación del principio de la vida, es una urgencia impostergable. Y que la amorosidad como gesto político habla un idioma que humanamente aún nos es comprensible, aunque el poder de los discursos imperantes que nos constituyen digan lo contrario.” (Heredia en: Roda-Heredia, 2017: 185)

Bibliografía

- Bordieu, Pierre (2011). *El sentido social del gusto. Elementos para una sociología de la cultura*, Argentina, Siglo XXI.
- Brillant-Savarin, Jean Anthelme (2014). *Fisiología del gusto*, España, Obelisco.
- Casas, Armando-Farfán, Leticia (2015). *Gula. Historia de los afectos*, México, UNAM.
- Cortina, Adela (2002). *Por una ética del consumo*, España, Taurus.
- Da Vinci, Leonardo (2004). *Notas de cocina de Leonardo Da Vinci. La afición desconocida de un genio*, España, Temas de hoy.
- Dussel, Enrique (2011). *Filosofía de la liberación*, México, Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2016). *14 Tesis de ética. Hacia la esencia del pensamiento crítico*, México, Trotta.



- Foucault, Michel (1998). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*, Argentina, Siglo XXI.
- Le Breton, David (2011). *Adiós al cuerpo. Una teoría del cuerpo en el extremo contemporáneo*, México, La Cifra.
- Mandoki, Katya (2008). *Prosaica uno. Estética cotidiana y juegos de la cultura*, México, Siglo XXI.
- Mbembe, Achille (2006). *Necropolítica*, España, Melusina.
- Roda, Federico-Heredia, Nadia (2017). *Filosofía de la liberación. Aportes para pensar a partir de la descolonialidad*, Argentina, Universidad Nacional de Jujuy.



Sección Conversando comunitariamente

Vivir muriendo

La potencia del ser mujeres Trans en la región del Comahue, Nuestramérica.

Autoras: Victoria Arriagada¹⁵ y Guadalupe Lazzaroni¹⁶

Resumen

Según investigaciones de organizaciones LGBTIQ el promedio de vida de las mujeres Trans en nuestro país es de alrededor de 35 (treinta y cinco) años. Según la OMS, El promedio de vida de la población general es de alrededor de 76 (setenta y seis) años y va en aumento. A las mujeres Trans que llegan a los 50 (cincuenta) años les llaman sobrevivientes. Muchas mueren por escasa e inadecuada atención de su salud, es decir mueren por enfermedades prevenibles, tratables o curables. Muchas mueren de manera violenta por los denominados crímenes de odio. La inmensa mayoría muere en la indigencia, entre pares, lejos de sus familias, sin haber podido estudiar lo que deseaban, sin haber logrado un trabajo elegido en toda su vida, sin una vivienda digna. Está naturalizado que las mujeres Trans mueran por pobres, por putas y que su cuerpo desobediente no aguante. ¿Cómo será vivir sabiendo que pronto morirás? ¿Quiénes pudieran pensar, crear, amar, estudiar, trabajar sabiendo que entre las tuyas hoy casi seguro alguna morirá? ¿Cómo producir potencia para esa resistencia?. En este artículo Intentamos desnaturalizar que día a día, las corposubjetividades de las mujeres Trans son arrojadas a la cotidianeidad de la muerte, a veces silenciosa muerte, apagándolas; otras veces estruendosas muertes, descuartizándolas.

¹⁵ Victoria Arriagada es presidenta de la Organización Conciencia ViHda de personas Trans de Neuquén que tiene más de 20 años de trayectoria, es asesora en el concejo deliberante de la ciudad de Neuquén, ha participado en múltiples espacios de educación y militancia en Universidades, organizaciones, organismos de salud y educación. Es referente Trans de la región del Comahue. Email: vickyarri@yahoo.com.ar

¹⁶ Guadalupe Lazzaroni es Lic. en Psicología, docente e investigadora en la universidad Nacional del Comahue, analista institucional. Acompaña al colectivo de mujeres Trans de Neuquén desde el año 2010. Especialista en Política y Gestión de la salud mental, UBA. Tesis de Maestría en proceso de escritura de informe final "La producción de subjetividades en el devenir cuerpo Trans contemporáneo en la Región del Comahue. Nuestramérica". UNC. Email: guadalupelazzaroni@yahoo.com.ar



"(La muerte) ha sido siempre para mí una compañera tan fiel, que a veces lamento morirme solamente porque entonces tal vez la muerte me abandone."

Reinaldo Arenas

Palabras claves: mujeres Trans, combo Trans, vidas arrasadas, sobrevivientes, promedio de vida 35 años, crímenes de odio, muertes.

I

Morir

Nos contaron que les contaron que murió llorando, aún cuando la desconectaban de lo que sostenía su cuerpo inspirando/exhalando, desde sus ojos de mar profundo caían lágrimas. Dicen que dicen que la compañera no quería morirse. Cuentan que se apretaba a las manos de quien la sostenía. Se agarraba a la vida.

Nos contaron que murió entre otras como ella, sus pocas presencias mostraban la falta en su lecho de muerte de familia, de amigxs, de gente conocida que le demostrara amor. Dicen que palearon entre ellas, las dos o tres que acompañaron el ataúd. Que ellas misma le echaron la tierra encima.

Nos contaron que en la Región del Comahue, unos días antes y también unos días después de ese día murieron otras. Tres mujeres Trans¹⁷. Todas cerca de los 50 (cincuenta) años. Todas llamadas sobrevivientes. ¿Demasiada vida para ellas? A todas les faltaron deudos. Todas vivieron unas vidas ajustadas, empujadas, desbordadas. Vidas arrasadas. Señaladas como vidas no dignas de ser vividas. Vidas para la muerte. Según un informe devenido en el libro "Cumbia, copeteo y lágrimas" el promedio de vida de las mujeres Trans en Nuestramérica es de 35 (treinta y cinco) años. A quienes llegan a los 50 (cincuenta) años, les llaman sobrevivientes.

¹⁷ Por consenso entre las organizaciones LGBTIQ se usa el término Trans para denominar a la población transexual, transgénero, travesti. Que si bien no son subjetividades idénticas viven/sufren realidades socio-históricas muy similares.



Informa la OMS¹⁸ el promedio de vida de la población del mundo aumentó 10 (diez) meses en cinco años desde el año 2000, según este informe lxs argentinx por esta época vivimos algo más de 76 (setenta y seis) años y dice el mismo prestigioso Organismo Internacional que estamos entre los cincuenta países del mundo cuya población es más longeva. ¿Dice la OMS algo acerca del promedio de vida de las mujeres Trans? ¿Sabe la OMS que las mujeres Trans también son argentinas? ¿Las incluye en sus estadísticas, o bajaría mucho el promedio? ¿Qué dice? ¿Qué hace? El mismo organismo reporta que el 53 (cincuenta y tres) % de las muertes no son registradas. ¿Allí estarán incluidas las muertes de las mujeres Trans? En la 69° asamblea, Octava sesión plenaria, 28 de mayo de 2016 – Comisión A, tercer informe, resolución WHA69.3 acerca de: Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana, la OMS no dice ni una sola letra acerca de las mujeres Trans cuyo promedio de vida es de 35 (treinta y cinco) años. Nada. Ninguna vida prolongada y sana para ellas.

Muchas de las que motivan este escrito murieron en la Región del Comahue de muerte que eufemísticamente se dice muerte natural, así dice su certificado de defunción: Deceso por infección respiratoria. Deceso por insuficiencia cardíaca. Deceso por proceso infeccioso generalizado. ¿Muerte natural?

Naturalizado está que las mujeres Trans mueran por pobres, por putas. Naturalizado es que su cuerpo desobediente no aguante. Naturalizado está para ellas, bien lo saben; lo que para otras no es ni tolerado.

En la Región del Comahue, se murieron varias, todas juntas, como en una epidemia. Muertes posibles de ser prevenidas. Todas ellas, dicen que dicen, muertas por la mala vida. La vida de la escasez, del abandono, la vida precarizada por la segregación que empezaron a sufrir desde el momento en que se pensaron ellas y así, desde su más tierna infancia andan corroyendo este orden del mundo. En cada movimiento en el que mostraban una posibilidad de ir tras su deseo, alguien las diagnosticaba, la incluía en una tabla, en una estadística, las encasillaba. Y así

18

<http://www.who.int/es/news-room/detail/19-05-2016-life-expectancy-increased-by-5-years-since-2000-but-health-inequalities-persist>



comenzaba una diferencia desigualada¹⁹ que daba el primer paso en la crónica de una muerte anunciada.

Murieron varias mujeres Trans en la Región del Comahue. Todas en la indigencia. Todas en una vida arrasada. Todas después de siglos esperando reconocimiento. Todas esperando amor. Hace muchos años vienen muriendo. La indiferencia es una de las formas del odio que más inculca una humanización en la crueldad. La lista fue larga en el libro que compiló Lohana²⁰, fue una lista construida desde la rememoración de las compañeras de todo el país. Algunas hasta sin nombres, aparentemente, la única huella que pudieron dejar fueron harapos de su identidad pertrechada. Rosita la pata sucia. La Chongo. La Tucumana. La cholita. La Patagrande. La Mireya.

Las muertes de las mujeres Trans muchas veces es silenciosa, despojada, intrascendente. Otras veces es un escándalo televisivo de unos minutos: sangre, tiros, barbarie. Y luego...silencio. Nadie vio nada, nadie quiere contar lo que vio. Hay quienes se duermen tranquilxs justificando que ellas se la buscaron. En nuestro aquí y ahora en nuestro país es posible descuartizar, quemar, acuchillar, masacrar a una mujer Trans. Y pasó por la misma época que estamos describiendo de la Región del Comahue en Tucumán, en Buenos Aires, en Santa Fe, en Salta y quién sabe en cuántos otros lugares.

El Observatorio de Crímenes de Odio LGBT (ONCO/LGBT)²¹ tristemente lo investiga y nos informa: "Este espacio tiene por objeto el relevamiento nacional de datos empíricos concretos que visibilicen la violencia que viven cotidianamente en nuestro país lesbianas, gays, bisexuales y Trans (travestis, transexuales y transgénero), para generar de este modo una plataforma de información que permita monitorear e incidir en la formulación de políticas públicas eficaces y propuestas legislativas para la prevención, sanción y erradicación de los Crímenes de Odio hacia

¹⁹ Fernández, A. (2009) Las diferencias desigualadas: multiplicidades, invenciones políticas y transdisciplina. Revista Nómadas. N°. 30. Abril 2009. Universidad Central. Colombia.

²⁰ Berkins, L. (2017) 2da. Edición. Cumbia, copeteo y lágrimas. Ed. Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires.

²¹ El observatorio de crímenes de odio LGBT (ONCO/LGBT) es un organismo del estado que funciona junto a la defensoría del pueblo en la ciudad de Buenos Aires desde el año....y tiene como objetivo principal estudiar e informar acerca de los asesinatos de las personas que pertenecen a la comunidad LGBT en argentina.



la comunidad LGBT motivados por discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género.” (Informe 2017 ONCO/LGTB).

En Argentina, según el informe del ONCO/LGTB en el año 2016 se registraron 31 (treinta y uno) crímenes de odio en la comunidad LGTBIQ, el primer lugar es para las mujeres Trans:

“Una de las funciones más relevantes del Observatorio es la realización de recomendaciones para erradicar los Crímenes de Odio y promover la igualdad de derechos y de oportunidades para la población LGBT, en trabajo conjunto con las instituciones y los organismos correspondientes” (informe ONCO/LGTB 2017)

Esta es una cifra que surge de la investigación realizada tomando datos de la información publicada en medios masivos o en denuncias ante organismos LGTBIQ.

Según los datos más recientes del Observatorio de Personas Trans Asesinadas, de los 2115 (dos mil ciento quince) homicidios reportados entre enero de 2008 y abril de 2016 en todas las regiones del mundo, 1.654 (mil seiscientos cincuenta y cuatro) ocurrieron en América latina, lo que representa el 78 (setenta y ocho) % de los crímenes de odio reportados a nivel mundial.

Son cifras que no representan el total de personas atacadas en forma de crímenes de odio. Son cifras. Entre los 31 (treinta y uno) crímenes de odio que sufrieron en el 2016 por ser parte de la diversidad sexo-género, 13 (trece) personas murieron de manera atroz, 12 (doce) eran mujeres Trans.

En 2017 según el ONCO/LGBT de la defensoría de la ciudad de Buenos Aires este organismo recibió denuncias de 11 (once) asesinatos en la comunidad LGTBIQ, 9 (nueve) de ellas mujeres Trans.

En lo que va del 2018 según informa María Belén Correa del Archivo de la memoria Trans²² 27 (veintisiete) mujeres Trans murieron, 5 (cinco) de ellas asesinadas, las demás de enfermedades prevenibles y que se agravaron por falta de tratamiento médico adecuado, el promedio de vida de las personas fallecidas es de 36 años. La última mujer Trans muerta padecía una enfermedad crónica, tenía 21 (veintiuno) años, se llamaba Danna.

²² <http://www.telam.com.ar/notas/201802/253245-promedio-de-vida-trans.html>



Existen diferencias en todas las definiciones del concepto de crímenes de odio encontradas. Sin embargo: "el núcleo sigue siendo el mismo: el rechazo por ser lo que se es, por manifestar de alguna forma una sexualidad no hegemónica y tradicional"²³. Para que un suceso pueda ser denominado crimen de odio deben confluir tres elementos: a) Agresión o conjunto de agresiones dirigidas a lesionar los derechos de una persona. b) La pertenencia (o la asociación) de la persona agredida a un colectivo históricamente vulnerado y/o discriminado. 3) Motivación que impulsa a una persona (o varias) a actuar contra los derechos de otra.

Según el informe de el ONCO/LGBT antes mencionado:

"En Argentina, la Ley 26.791 aprobada el 14 de noviembre de 2012 introduce modificaciones a distintos incisos del artículo 80 del Código Penal. Entre estas, en el inciso 4º incorpora como agravante de los homicidios el odio a la orientación sexual de las personas, la identidad de género y/o su expresión"²⁴.

12 (doce) mujeres Trans fueron asesinadas por odio en 2016. 9 (nueve) salvajemente muertas en 2017. Hasta el momento en 2018 2 (dos) mujeres Trans fueron ultrajadas y arrojadas en bolsas de basura. A ellas simple y sencillamente, como si fueran envases descartables solo e impunemente las manosearon, las usaron y luego las destrozaron. Las aplastaron.

Nuestras pérdidas han sido muchas, infinitas, entre ellas mujeres audaces, sagaces, divertidas, hermosas mujeres Trans militantes que hicieron de este, otro mundo, un mundo un poco menos cruel.

En 2012 murió Claudia Pía Baudracco. Tenía 41 (cuarenta y uno) años. Cuentan quienes la conocieron que era tenaz. En 2011 y ante diputadas y diputados de quienes dependía el proyecto de ley de identidad de género gritó "El día que me muera, quiero que mi tumba diga Claudia Pía Baudracco y no el nombre de alguien que no soy"²⁵. No

²³ Tvt (2015)op cit

²⁴ Publicación del Observatorio de crímenes de Odio de Argentina. Noviembre 2017. (pp.3) publicación digital recogida de <http://www.defensoria.org.ar/wp-content/uploads/2017/03/Observatorio-Nacional-de-Cr%C3%A9menes-de-Odio-LGBT.pdf> en abril 2018.

²⁵ Adiós a una militante de la diversidad. Publicación en el diario impreso Página 12 de fecha 20 de marzo de 2012. Sección sociedad. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-189987-2012-03-20.html> . consulta realizada en abril 2018.



lo logró. Fue una incansable activista por los derechos de las personas Trans. Había creado y coordinado junto a María Belén Correa la Asociación de Travestis de Argentina, ATA. Organismo que luego incluyó a personas Transgéneros y transexuales por lo que empezó a denominarse ATTTA. Imaginó un mundo diferente para las personas Trans y para eso intentó junto a otras rescatar fotos, archivos, recortes de mujeres Trans dando así lugar a lo que en 2012 empezó a ser el Archivo de la Memoria Trans cuya primer muestra fue “la construcción de una líder” con fotos, objetos y demás recuerdos de Claudia Pía. Ella no pudo asistir. A lo largo del país hay decenas de centros asistenciales, leyes, proyectos que llevan su nombre en reconocimiento. Claudia Pía no los puede disfrutar.

En 2015 asesinaron a Diana Sacayán. Tenía 40 (cuarenta) años y mucha fuerza. Travesticidio. Transfemicidio. Un crimen de odio. Diana había creado el Movimiento Antidiscriminatorio de Liberación (M.A.L), una organización no gubernamental de lucha contra toda forma de discriminación. También nos dejó la Ley Sacayán de cupo laboral Trans sancionada el 11 de septiembre de 2015. Ley que aún no ha sido puesta en marcha. Pocos días después la asesinaron salvajemente. Era Octubre. En estos días se lleva a cabo un juicio histórico. Es posible que ese juicio por su asesinato cree precedentes con la figura de travesticidio para los procesos legales argentinos. La gente se moviliza. Diana ya no está.

Tristeza roja
de putito triste tengo
y el cuchillo que te penetra
tiene lágrimas rojas
despedida de madre
alzada, alta, india
madre negra gritándole a la yuta
lágrimas rojas
de madre trava
que andaba pariendo
hijitxs putxs



*por el culo....*²⁶

En 2016 se nos muere Lohana Berkins. Había llegado a los 50 (cincuenta) años. Una sobreviviente según el promedio de vida de las mujeres Trans. Antes de partir en su vuelo mariposa nos sentenció:

“El tiempo de la revolución es ahora, porque a la cárcel no volvemos nunca más. Estoy convencida de que el motor de cambio es el amor. El amor que nos negaron es nuestro impulso para cambiar el mundo. Todos los golpes y el desprecio que sufrí no se comparan con el amor infinito que me rodea en estos momentos. Furia Travesti Siempre”.²⁷

Lohana nos dejó estas bellas palabras faro y muchas cosas más. Fundó la Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual (ALITT). Escribió libros. Se enfrentó de manera muy inteligente y sagaz a quienes creen portar el saber. Cuentan, que una vez consultó a quien disertaba sabiamente a su lado, ante un auditorio enorme de sabiondos que si esa profesional que tanto hablaba de la cuestión Trans sabía que su objeto de estudio hablaba y que estaba a su lado. Creó la cooperativa de trabajo textil Trans Nadia Echasú (nombre de su amiga muerta). Promovió el Frente Nacional por la ley de identidad de género que se conformó entre 15 organizaciones y logró la sanción de esa ley por la que las personas Trans tienen derecho a gestar su nombre y que se las respete y reconozca legalmente con el mismo. Movié cielo y tierra desde el comunismo, el feminismo, el derecho al aborto, desde el humor que potencia y revuelve las pasiones tristes. Decía que un día iba a ser presidenta de los argentinos. Un día murió y desde ese día no para de nacer.

²⁶Parte de una poesía que escribió Facundo Cantariño. A dos años del asesinato de Diana Sacayán. Publicado en La Izquierda diario el 12 de octubre de 2017 ed. virtual. Recogido en mayo 2018
http://www.laizquierdadiario.com/Diana-Sacayan-poesia-a-dos-anos-de-su-travesticidio?id_rubrique=5443

²⁷ Parte de la carta que escribió Lohana en su lecho de muerte y entregó a la activista Marlene Wayar para que lo comparta con todo el país. Recogido en Noticia de último momento en diario Página 12 de fecha 5/2/16. Edición virtual en abril 2018 en
<https://www.pagina12.com.ar/diario/ultimas/20-291862-2016-02-05.html>.



¿Cómo será vivir sabiendo que pronto morirás? ¿Quiénes pudieran pensar, crear, amar, estudiar, trabajar sabiendo que entre las tuyas hoy casi seguro alguna morirá? ¿Cómo producir potencia para esa resistencia?

Tres mujeres Trans murieron una detrás de otra en la Región del Comahue, nadie preguntó por ellas.

Mónica Bravo es el nombre de quien en Neuquén, en septiembre y con la primavera murió agarrándose a la vida desde las venas abiertas de sus compañeras. Tenía 60 (sesenta) años. Otra sobreviviente. El día que murió tenía cita para un retrato. Una propuesta ética y estética para el reconocimiento. Había estado meses preparando ese momento. Cómplice de su historia, Mónica quería construir ese retrato desde lo salvaje que fue. Un traje de leopardo. Un hábitat botánico. Una diosa del travestismo. Bailarina de otros tiempos en escenarios donde su cuerpo de vedette transpiraba desamparo. No más de un año antes le había mostrado a su familia que seguía viva. Que seguía existiendo y que ahora se llamaba Mónica. Hacía 20 (veinte) años que no habían vuelto a saber de ella. Les había llegado el rumor de que había muerto. Contó Mónica que fue un lindo reencuentro. Desde ese día no volvió a saber de ellxs. ¿Les habrá llegado a quienes fueron su familia este nuevo rumor certero? ¿Algo de las lágrimas que cayeron de sus profundos y azules ojos lxs habrá nombrado?

Gaby Sabattini le decían, ella murió en noviembre, también en Neuquén, tenía 46 (cuarenta y seis) años. La recuerdan en sus tiempos mozos con minifalda, zapatillas blancas, medias hasta la rodilla y vincha, así cultivó un nombre y hasta un apellido que la ponía en el top ten. Se hizo tan famosa como la original. Dicen que dicen que murió por amor. El chongo la usó, la llevó a la ruina, la hizo robar, la empujaba a las drogas. El chongo que dicen que dicen era su pareja porque a ella, también dicen, nunca le gustó la calle y se las rebuscó como pudo. Se hizo de una familia en la que aguantó de todo. Cuidó a su padre enfermo. Intentó tener oficios. Por amor se descuidó.

La Tortuguita, otra mujer Trans. Murió en Cutral Có en enero de este año con cerca de 60 (sesenta) años, de ahí su sobrenombre. Hacía muchos años que entre sus pares la llamaban Tortuguita. ¿Se les dice tortuguitas a las mujeres Cis²⁸ que se

²⁸ Cis: apócope de cisgénero. En el campo de los estudios de género se utiliza para describir a personas cuya identidad de género y género asignado al nacer son concordantes, y que cuyo comportamiento también es concordante con el que socialmente se asigna a dicho género. Por



acercan a los 60 (sesenta) años? ¿Cuántos años debe tener una mujer que ha sido alojada por la cultura para ser llamada tortuguita? También se llamaba Gaby, vivía en Cutral Có, hizo lo que pudo con los restos que le dejaron. Así es la vida-muerte de las mujeres Trans. Quedando con las sobras. Haciendo maravillas aún con los descartes de un mundo ordenado para la dominación en géneros, que hasta hace poco (y aún la lucha sigue) consideraba lo Trans como una patología, como una desviación, una perturbación. Un uso discriminado de esas vidas que bien vivas están para el sexo y el espectáculo del morbo patriarcal machista que no deja de atravesarnos. Hasta nos atraviesa con cuchillos y con piedras, con insultos, con exclusiones. Murió de tuberculosis. Enfermedad que dice el Ministerio de Salud de la Nación²⁹ tiene cura sobre todo si su detección es temprana y el tratamiento es adecuado. ¿Qué habrá sido lo que arrojó a la Tortuguita a los brazos de la muerte de una enfermedad que tiene cura? ¿Cómo se le fue la vida de una enfermedad que tiene vacunas y tratamiento?

Misma miseria. Misma muerte. Misma edad.

II

Vivir

Las que están vivas, alguna vez también murieron.

Muchas mujeres Trans siguen en pie. Taconeando. Buscando y rebuscando derechos y responsables. A cara de perro pasillean mostrando orgullo y tenacidad. Gritando sueños. Oponiéndose a la miserable propuesta de la foto en actos partidarios. Entran y salen. A veces se pelean. Construyen y se les cae. Se ilusionan ante la propuesta sin descaro de quienes desde el oportunismo del momento no se les cae una idea que sostenga lo que prometen. Se ilusionan. Se ilusionan. Se ilusionan.

Desde la sanción en Argentina de la Ley de Identidad de Género en 2012 las mujeres Trans han podido resolver problemas importantes, pero no sustanciales para sus muertes. Han logrado los DNI coincidentes, para algunas corposubjetividades³⁰,

simplificar, se puede decir que hay personas transgénero y personas que no lo son, y las que no lo son reciben el nombre de cisgénero.

²⁹

<http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/46/206-19-al-25-de-marzo-semana-de-la-tuberculosis>

³⁰ Carpintero, E.(2014). El Erotismo y su sombra.Cap.2. La Corposubjetividad. Ed Topia. Bs. As. Propone la idea de corposubjetividad para describir los procesos de subjetivación, apoyado en el modelo pulsional freudiano y la filosofía spinoziana, describe la conjunción de un cuerpo



con su deseo, con su proceso de subjetivación. Algunas de ellas se han sumado a la propuesta de cambiar sus nombres en la documentación aunque dicen, esa F en el DNI no dice todo de ellas. Se prefieren reconocer como Travas. Sudacas. Indias. Trans. Gordas. Negras. Reivindicando su derecho a ser un monstruo como canta Susy Shock³¹. Poniendo los huevos sobre la mesa, “que otros sean lo normal” dice la misma autora. Aunque muchxs sigan prefiriendo su circulación por catacumbas. Aunque para muchxs sea una incómoda presencia.

La vida de la mayoría de las mujeres Trans se producen, quieran o no alrededor del Combo Trans: esta es una descripción que fue un hallazgo en el colectivo de mujeres Trans alojadas en la organización Conciencia ViHa de Neuquén en el año 2011. **Combo Trans** refiere a la circulación reiterada y sostenida en el tiempo de las mujeres Trans por: desarraigo temprano de su familia de origen, VIH, drogas, alcohol, prostitución (como trabajo obligado), exclusión educativa, migraciones no elegidas, apremios policiales, promedio de vida de 35 (treinta y cinco) años.

Katiana Villagra y Victoria Arriagada, ahora Neuquinas por segregación de sus lugares de origen, soportaron el alcoholismo por años. Fueron bamboleándose desde la escasez que configuró su infancia de pocos abrazos hacia los excesos que las marcaron a fuego. Vaciaron copas de bienvenida y despedida con cada cliente que tomaba no solo su servicio sino también un poco de su dignidad, de su deseo sexual, de su proyecto laboral. Se tomaban todo. La vida también. Ahogaron sus penas en alcohol hasta que pudieron rescatarse en su deseo, hasta que con un descomunal y solitario esfuerzo pudieron empezar a hacer crecer sus pasiones alegres, entendieron que su vida era digna, vociferaron que por ser una humana les correspondía una parte de humanidad, un lugar en el mundo. Ahora, y a pesar de todxs se toman la vida en serio, no en serie. Armaron un nosotras con tantas otras como fueron llegando.

Junto a Luján Acuña empujaron el colectivo del que son parte. Construyeron la organización Conciencia ViHda donde se alojaron y alojan.

Victoria Arriagada fue una de las primeras militantes Trans de Neuquén con Yanina Piqué. Yanina ya no está. Victoria pudo seguir. Forjó junto a otrxs múltiples

orgánico, un cuerpo erógeno, un cuerpo simbólico, cuerpo imaginario, cuerpo social-político, que se entrelazan y producen signos que son pasiones.

³¹ Susy Shock es una artista, docente, escritora argentina contemporánea, trava, sudaca, india, como ella elige identificarse. Ha escrito: “Revuelo sur”, “Poemario trans pirado”, “Crianzas”, “Hojarasca” entre otras muchas publicaciones.



proyectos en relación al VIH. Articuló con la defensoría del pueblo de Neuquén. Ocupó el cargo Directora de diversidad de la Municipalidad de Neuquén, en la actualidad es asesora en el concejo deliberante de la Ciudad de Neuquén, recorre escuelas, universidades, centros de salud, cárceles. Pura vida. Miedo a la muerte. Allí donde la llaman ella está, aún en los lugares donde no es aceptada y eso le entra por las miradas, por los poros, le eriza la piel. Lo hace y lo seguirá haciendo por ella y por todas.

Katiana Villagra tiene un taller de costura que se llama Renacer en “La casita”, que es un espacio de referencia para las mujeres Trans de la región. Es referente patagónica de la asociación de Travestis, Trans y Transgénero de Argentina (ATTTA). Tiene un proyecto con la Fundación Huésped para pensar el VIH con sus pares. Hace poco le hicieron un lugar de trabajo en el Ministerio de Deporte, Cultura, Juventud y Gobierno de la Provincia de Neuquén. Sonríe y cuando lo hace se ilumina el mundo.

Luján Acuña se recuerda segregada en su barrio en el que siempre vivió y eso hace una singularidad en la vida de las mujeres Trans, la mayoría sufre el desarraigo. Ella resistió en la misma casa en que nació. Aún con más de 50 (cincuenta) años de pertenencia en la misma calle, en la misma esquina, respirando el mismo aire que todxs, en ese barrio hay quienes la piensan digna, hay quienes la prefieren lejos. Como casi todas las mujeres Trans sufrió la violencia sexual y persecución policial desde la adolescencia temprana. La hicieron caer, la empujaron, la basurearon, igual se levantó. Estudió. Militó. Se encontró en su vocación. Es auxiliar de enfermería y fue parte de hospitales hasta que no aguantó más las miradas hostiles, los múltiples disciplinamientos, la dificultad para sostenerse en el espacio laboral que elegía de la manera que se autopercibía. La organización institucional no pudo ser parte de ese proceso instituyente. Siguió empujando. Se capacitó en gastronomía. Ahora también es auxiliar gerontológica y es parte del Equipo de Micro Gestión del Programa Redes Proteger del Ministerio de salud de la Provincia de Neuquén. Está contenta, espera seguir y que otrxs la sigan, y así torcer la vara de la desigualdad.

A Diana Magali Muñiz el combo Trans la llevó bien lejos de su Buenos Aires querido. Como la mayoría de las mujeres Trans armó familia con quienes pudo. El sur la acogió y allí el amor se le animó y anda acompañada/acompañando desde hace mucho. Aunque lo intentó, la vida de mujer Trans no le dejó opción laboral. Aún con el frío del solsticio de invierno en la Patagonia salió a la ruta envuelta en brillantina y pieles falsas a inventar placeres ajenos. Una noche que fue eterna y de la que casi no



vuelve un camionero le destrozó la cara y en esa muestra de odio casi le destrozó el corazón. La metieron en un hospital por meses. Le faltó poco para morir. Insistió. Insistió. Resistió. Sus pares la ayudaron. Hoy es parte del Archivo de la Memoria Trans en Buenos Aires. Desde su tierra natal y encontrando nuevos sentidos a su vida rescata fotos, rescata relatos, que de algunas mujeres Trans es lo único que nos queda. Diana propone entre otras mujeres estas tramas estético políticas de cuidado. Y también cuida ancianxs, que es su nuevo oficio y que tan bien le hace y tanto le gusta. Diana todas las mañanas dice que es feliz.

Tatiana Adriazola tiene 25 (veinticinco) años y mucha vida. Nació en una familia que pudo alojar su transformación siempre y cuando no diera señales del combo que le tocó, y que cuando le tocó, la tocó. Hasta las fibras más íntimas la tocaron y en eso casi se le fue la vida. Decidió ser más mujer que cualquier mujer. Ser pasable. Que no quedaran rastros. Le puso el cuerpo. Se puso un cuerpo. Ella dice que fue una indigente en cada parada en la que se le iba la vida, en cada servicio en el que trabajaba desnuda, como casi nadie lo hace. Trabajaba con sus partes más íntimas. A la intemperie, en la indigencia, por intolerancia. Creía comerse el mundo desde esos lugares en los que sentía que le tiraban flores y no piedras. Flores que tenían espinas que silenciosas se le incrustaban y la carcomían. Flores que la confundían, la aturdían. Hasta un vestido largo, blanco de novia mujer. Parodia de lo femenino no feminista. Parodia que la atrapó hasta el matrimonio, la ama de casa, la mujer abnegada, encerrada, agobiada. Una ella sin encuentro con ella. Una ella para el mundo, muestra de la capacidad humana de dejarse fagocitar por la cultura, de tragarse sapos y piedras por pertenecer. Hechura. De engullir hasta el hartazgo una imagen de sí en la que luego se desconoció. Tatiana, la bella, que a poco de andar pudo reconocerse entre pares, pudo verse Trans y no hacer nada más para que no se note. Ahora es una mujer Trans y dice con lágrimas en los ojos que no quiere morir a los 35 (treinta y cinco). Se reconoció en riesgo. Tatiana ahora trabaja como administrativa en la Facultad de Ciencias de la Educación de la UNCo. Le pone garra a la cosa. Se siente capaz de ser quien es. Milita la causa Trans. ¿Estará a salvo?

La potencia de las vidas de estas y otras mujeres Trans nos afecta como cuerpo ético-político hacedor de cultura. Por momento son las pasiones alegres las que resurgen con cada historia, por momentos las pasiones tristes inundan todo, parafraseando a Reinaldo Arenas: “¡Se nos están muriendo! ¡Pero todavía están vivas! Se nos están muriendo. ¡Pero todavía están vivas! ¡Qué tristeza! Ay, que no vean que



yo les estoy haciendo la caja, que no vean que estando vivas ya pensamos en su muerte. Pero hay que pensar en ellas, porque si las dejamos en la jaula, se pudrirán y las hormigas se las comerán” (Arenas, R. 1982)

Los procesos de subjetivación en el devenir cuerpo mujer Trans en Nuestramérica se entraman entre:

“[a] (...) la noción de producción de subjetividad [...] que no es sinónimo de sujeto psíquico, que no es meramente mental o discursiva, sino que engloba las acciones y las prácticas, los cuerpos y sus intensidades; que se produce en el entre con otros y que es, por tanto, un nudo de múltiples inscripciones deseantes, históricas, políticas, económicas, simbólicas, psíquicas, sexuales, etc. Con el término producción aludimos a considerar lo subjetivo básicamente como proceso, como devenir en permanente transformación y no como algo ya dado” (Fernández, 2011, p.9)

Y b) lo que llamamos combo Trans que es:

“(...) en parte, una producción discursiva acuñada en actividades grupales en el año 2011 en la Organización Conciencia ViHda de personas Trans de Neuquén, esta composición semántica nos fue adecuada para nombrar la combinación reiterada y sostenida en el tiempo, de circulación de las mujeres Trans Nuestroamericanas por espacios donde principalmente sufren/viven: segregación, violencia-alcohol-droga-prostitución-pobreza-ViH-desarraigo-privación de la libertad-40 años en sus expectativas de vida” (Lazzaroni, 2017)

En este sentido, y en el grupo de pertenencia, las mujeres Trans fluctúan entre excepción y ejemplo³², siendo y no siendo parte del combo Trans, proponiéndose y proponiendo autonomía, reflexión y deliberación que, por momentos, las aleja de su pertenencia al Combo Trans, aunque en esos mismos procesos de subjetivación, encuentren la causa de la segregación que las amontona; jugándose allí un sentido de pertenencia que al mismo tiempo las hunde. Contradicción que es necesario desplegar para comprender profundamente, y que quizás desde esa comprensión se produzcan

³² Agamben, G. (2006-2007) “¿Qué es ser contemporáneo?”. Este texto, inédito en español, fue leído en el curso de Filosofía Teorética que se llevó a cabo en la Facultad de Artes y Diseño de Venecia entre 2006 y 2007. Traducido por Cristina Sardoy y publicado en *Clarín*, Buenos Aires, 21 de marzo de 2009.



acontecimientos, nuevas formas, otros sentidos. Desordenar el mundo para andarlo de nuevo, con pies descalzos con viejas huellas.

En este proceso de escritura como proceso de resignificación de nuestras propias existencias y deseamos, resignificación de las existencias de quienes leen, nos proponemos cuerpos comprendiendo cuerpos, a modo de un entramado posible que despeje el devenir de estos y otros cuerpos en procesos de subjetivación hacedores/hechura de cultura, intentando desnaturalizar que día a día, las corposubjetividades de las mujeres Trans son arrojadas a la cotidianidad de la muerte, a veces silenciosa muerte, apagándolas; otras veces estruendosas muertes, descuartizándolas.

Ahora me comen.

Ahora siento cómo suben y me tiran de las uñas.

Oigo su roer llegarme hasta los testículos.

Tierra, me echan tierra.

Bailan, bailan sobre este montón de tierra

y piedra

que me cubre.

Me aplastan y vituperan

repitiendo no sé qué aberrante resolución que me atañe.

Me han sepultado.

Han danzado sobre mí.

Han apisonado bien el suelo.

Se han ido, se han ido dejándome bien muerto y enterrado.

*Este es mi momento.*³³

³³ Arenas, R. (1975) .Voluntad de seguir manifestando. Prisión del Morro. Cuba



Bibliografía

- Arenas, R. (1975). Voluntad de seguir manifestándome. Prisión del Morro. Cuba
- Arenas, R. (1982). Celestino antes del alba. ISBN: 9789876701754. Tema: Novelas Generales. Buenos Aires: Tusquets.
- Berkins, L. (Comp.) (2007). Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros. Buenos Aires: A.L.L.I.T.
- Carpintero, E. (2014). El Erotismo y su sombra. Cap.2. La Corposubjetividad. Ed Topia. Bs. As
- Fernández, A. M. (2009). Las diferencias desigualadas: multiplicidades, invenciones políticas y transdisciplina. Revista Nómadas. N°. 30. Abril 2009. Universidad Central. Colombia.
- Fernández, A. M. (2011). Política y subjetividad. Asambleas barriales y fábricas recuperadas. Buenos Aires: Biblos.
- <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/46/206-19-al-25-de-marzo-semana-de-la-tuberculosis>
- Lazzaroni, G. (2017). Los procesos de subjetivación en el devenir cuerpos Trans contemporáneos en Nuestramérica. Relatos situados. Proyecto de tesis de Maestría en intervención e investigación psicosocial de la UNC. Resolución 645/18.
- Ministerio de Salud de la Nación. Situación de la Tuberculosis en Argentina.
- TvT research project (2015). Trans Murder Monitoring, "Transrespect versus Transphobia Worldwide" (TvT).
- www.transrespect-transphobia.org/es/tvt-project/tmmresults.htm



DEBATES SOCIALES ACTUALES

LA LEGALIZACIÓN DEL ABORTO EN ARGENTINA

En Argentina, desde el año 2005, la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito ha llevado al Honorable Congreso de la Nación el debate del Proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), que aboga por “educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, y aborto legal para no morir”.

El proyecto, que había perdido estado parlamentario, llegó a la Cámara baja por 7ma vez en el año 2108, con la firma de 71 legisladores de la UCR, el FpV, Cambiemos, partidos de la izquierda, el movimiento Evita, Libres del Sur, Evolución y el Frente Renovador.

El 10 de abril, por 1ra vez se empieza a debatir en el plenario de Comisiones de Legislación General, Acción social y salud, Familia, mujer, adolescencia y niñez, y Legislación Penal de la Cámara Baja del Congreso de la Nación. Para tal fin, se han convocado académicos/as, médicos/as, abogados/as, artistas, periodistas y representantes barriales para exponer argumentos que apoyen o no la despenalización del aborto. Se estima que hasta fines de mayo, cada martes y jueves, expondrán un total de 700 personas.

Así, un renovado aire en el debate social sobre los derechos sexuales y reproductivos en general y la legalización del aborto en particular, está ocurriendo en estos días en Argentina. El feminismo traspasa la academia y organizaciones militantes, impregna y entusiasma a las nuevas generaciones, e interpela a las instituciones y al mismo Estado.

En este apartado queremos reflejar parte de ese debate desde tres miradas diferentes: 1) la de las cifras duras del aborto y la salud en Argentina, elaboración conjunta de las organizaciones ELA, REDAAS y CEDES; 2) la de las organizaciones sociales, en este caso la de la de la Colectiva Feminista La Revuelta, de Neuquén, que nos compartió su: “Nos tenemos entre nosotras: Informe sobre acompañamientos a abortar durante el año 2017”; y 3) la voz de lxs trabajadorxs de salud de Neuquén que atienden pacientes que acuden con esta problemática. Deseamos que este aporte contribuya a pensar y actuar para una salud respetuosa de las personas y colectivos, sus deseos, intereses y posibilidades reales, en condiciones de igualdad crecientes.



Desde el acceso abierto

LAS CIFRAS DEL ABORTO EN LA ARGENTINA



El debate exige datos precisos y evidencia empírica de fuentes válidas.

¿CUÁNTOS ABORTOS SE REALIZAN EN LA ARGENTINA?

- ☐ Se estiman entre 370.000 y 520.000 abortos por año.
 - Hay más de 1 aborto cada 2 nacimientos.
 - La estimación es de 2005.
 - El estudio fue solicitado por el Ministerio de Salud de la Nación y realizado por las demógrafas S. Mario y A. Pantelides.³⁴
 - Se utilizaron dos metodologías validadas internacionalmente.³⁵

- ☐ La despenalización del aborto no pronostica un número mayor de abortos.

³⁴ Silvia M y Pantelides A. (2009). Estimación del aborto inducido en Argentina. Notas de Población. Año XXXV, N°87, Cepal. Santiago de Chile. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12842>

³⁵ Una metodología es la propuesta por S. Singh y D. Wulf (basada en una expansión del número de los egresos hospitalarios por complicaciones de aborto) y la otra es la sugerida por J. Johnston y K. Hill (que relaciona la fecundidad real con la fecundidad potencial, la prevalencia de uniones, el uso de métodos anticonceptivos, de abortos y de infertilidad postparto).



Donde las leyes son restrictivas, la mayoría de los abortos son inseguros.^{36 37}

- Según evidencia reciente, los países donde el aborto está totalmente penalizado o sólo permitido por riesgo para la vida, las tasas de abortos inseguros o poco seguros son mayores a las de los países con leyes más permisivas.³⁸

- La tasa de mortalidad materna por aborto disminuyó luego de reformas legales más permisivas en Uruguay³⁹, Rumania post dictadura de Ceaușescu⁴⁰ y Guyana⁴¹ por ejemplo.

- Las tasas de aborto son más bajas en las subregiones con normas más permisivas.^{42 43}

- Ejemplos de los cambios normativos sobre la disminución de las tasas de aborto pueden observarse en los países de Europa del Este a partir de las décadas de 1980-1990⁴⁴ (Albania, Bulgaria, Estonia, Eslovenia, Latvia y Rumania).

¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS DEL ABORTO INSEGURO?

El aborto realizado en condiciones inseguras puede afectar la vida y la salud física,

³⁶ Ver página 90 de Organización Mundial de la Salud (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf?ua=1

³⁷ Grimes D et al. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, Volume 368, No. 9550, p1908–1919, 25 November.

³⁸ Ganatra B, et al. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*; 390: 2372–81 Published Online September 27, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)

³⁹ Briozzo L et al (2016). Overall and abortion-related maternal mortality rates in Uruguay over the past 25 years and their association with policies and actions aimed at protecting women's rights. *Int J Gynaecol Obstet*. Aug;134 Suppl 1:S20-3. doi: 10.1016/j.ijgo.2016.06.004

⁴⁰ Stephnson P et al. (1992). Commentary: The Public Health Consequences of Restricted Induced Abortion. Lessons from Romania. *Am J Public Health*. October; 82(10): 1328–1331.

⁴¹ Arthur J. (2010). Yes, Legalizing Abortion Does Save Women's Lives. Abortion Rights Coalition of Canada. <http://www.arcc-cdac.ca/action/legalizing-abortion-saves-lives.html>

⁴² Sedgh G, Singh S, Shah I, Ahman E, Henshaw, S, Bankole A (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*, 19 de enero. London, New York, Beijing.

⁴³ WHO (2011). Unsafe abortion estimates Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. -- 6th ed.

⁴⁴ Levine PB, Staiger D. (2004). Abortion policy and fertility outcomes: the Eastern European experience. *Journal of Law and Economics*, XLVII:223–243.



emocional y social de las mujeres y de su entorno cercano. Las complicaciones físicas de los abortos inseguros incluyen hemorragias, infecciones y otras más severas como el shock séptico o la lesión de órganos internos.

Muertes por abortos inseguros

- Las muertes por abortos inseguros en Argentina representan el 17% del total de las muertes maternas⁴⁵ en el trienio 2014-2016.
- 2 de cada 10 de las mujeres fallecidas por causas maternas murieron por abortos inseguros: 47 mujeres por año.
- La muerte por abortos inseguros es la primera causa individual de muerte materna desde 1980 en la Argentina⁴⁶.
- Desde la recuperación de la democracia se han muerto 3030 mujeres por abortos inseguro.
- La despenalización del aborto reduce la mortalidad y la morbilidad materna. En Uruguay, desde la legalización del aborto, el porcentaje de muertes por esta causa descendió de 37% a 8%.

Enfermedad por abortos (morbilidad materna)

- En el 2013⁴⁷, **14 49.000 mujeres se internaron en los hospitales públicos por problemas relacionados con el aborto.**⁴⁸

⁴⁵ Defunción materna es «la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales». Fuente: Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (2003). «5.8 Estándares y requerimientos para los informes relacionados con la mortalidad materna». Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Washington C.D. (EE.UU.). p. 139-140.

⁴⁶ Ver Anuarios de Estadísticas Vitales – Información básica. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

⁴⁷ Último dato disponible. Ministerio de Salud de la Nación (2015). Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico – 2013. Serie 11 No. 14.

⁴⁸ Muchas mujeres concurren al hospital ante temores o sospechas de una complicación del aborto. La información de la que se dispone proviene de la sistematización de la información de las internaciones e indica la cantidad de mujeres que fueron internadas por aborto (incluye



- 135 mujeres por día.
 - 2 de cada 10 tenían 19 años o menos.
 - 3 de cada 10 tenían entre 20 a 24 años.
-
- La utilización del misoprostol por parte de profesionales de la salud y las mujeres ha disminuido las complicaciones de procesos de aborto y de esa manera menos mujeres recurren a los hospitales por complicaciones.^{49 50}
-
- El Programa de Interrupción Legal del Embarazo de la Ciudad de México ha atendido, desde su creación en 2007, 191.356 mujeres sin reportar complicaciones.⁵¹

¿CÓMO HA FUNCIONADO EL ABORTO LEGAL POR CAUSALES?

Desde 1922 el Código Penal establece aborto legal por las siguientes causales: peligro para la vida, peligro para la salud y violación. Sin embargo, el acceso a estos abortos ha sido prácticamente nulo hasta recientes años y aún persisten profundas barreras de acceso y amplias desigualdades geográficas.

- Actualmente 15 provincias y la Ciudad de Buenos Aires cuentan con protocolos para realizar un aborto legal por causales. Sin embargo, no todos establecen estándares y procedimientos para una atención de salud segura, de calidad y oportuna.
- 10 jurisdicciones tienen protocolos que se adecuan a los estándares fijados por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el Fallo FAL/Medida

desde abortos legales a complicaciones de abortos en general) en los servicios de salud públicos (hospitales).

⁴⁹ El uso de las drogas actualmente recomendadas por la OMS para la realización de abortos con medicamentos (la mifepristona y el misoprostol) mejora las condiciones de acceso a un aborto seguro pues permite realizarlo más temprano y con menos riesgos.

⁵⁰ Guttmacher Institute. Abortion in Latin America And the Caribbean. Fact Sheet. August 2017. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/ib_aww-latin-america.pdf

⁵¹

<http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadisticas-2007-2017-21-de-febrero-2018.jpg>



Autosatisfactiva del año 2012 (Nación, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego).

7 jurisdicciones tienen protocolos que imponen requisitos por fuera de los estándares que fija la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CABA –suspendido parcialmente por orden judicial–, Córdoba –suspendido parcialmente por orden judicial–, La Pampa, Neuquén, Provincia de Buenos Aires, Río Negro y Salta).

- 8 jurisdicciones aún no tienen protocolos ni han adherido al protocolo del Ministerio de Salud de la Nación (Catamarca, Corrientes, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán).

¿CUÁNTOS ABORTOS LEGALES SE REALIZAN EN LA ARGENTINA?

Argentina no dispone de un sistema de estadísticas de abortos legales.

- La única información sobre aborto disponible a nivel nacional de los servicios de salud proviene de las internaciones en hospitales públicos. Los abortos se reportan en una sola categoría que comprende desde mujeres que se internan en los hospitales públicos porque perdieron un embarazo espontáneamente hasta mujeres con abortos legales o mujeres que enfrentaron distintos tipos de complicaciones (más o menos graves) derivadas de un aborto realizado en condiciones inseguras. Quedan excluidas las mujeres que recibieron atención ambulatoria y las que accedieron al efectores privados o de obras sociales.
- En 2013, se registraron 48701 egresos por aborto. Sólo 362 se codificaron como abortos legales, menos del 1%.⁵² Las limitaciones de esta fuente están dadas por su temporalidad, porque sólo incluye las mujeres que fueron internadas, por las previsiones que toman los equipos de salud al registrar dadas las sanciones sociales, entre otras⁵³.

⁵² Datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación en base a egresos hospitalarios por diagnóstico de 2013.

⁵³ Singh S, Remez L and Tartaglione A, eds., *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*, New York: Guttmacher Institute; and Paris: International Union for the Scientific Study of Population, 2010. Chapter 2.



- En los últimos 7 años en la Provincia de Buenos Aires, la evolución ha sido la siguiente⁵⁴:
- Entre los años 2010 a 2016, se internaron por abortos legales en los hospitales de la Provincia de Buenos Aires un total de 2.014 mujeres.
- En la Ciudad de Buenos Aires durante 2016 se realizaron 563 abortos en efectores públicos: 7 de cada 10 en centros de salud y 3 de cada 10 en hospitales.⁵⁵
- En la Ciudad de Rosario se realizaron 450 abortos legales en instituciones públicas durante 2016: 96% de ellos se realizaron en centros de salud.⁵⁶
- Desde 2015, REDAAS (Red de Acceso al Aborto Seguro) ha implementado un registro de casos de abortos legales del que participan 11 instituciones públicas de 5 jurisdicciones del país.
- El registro reúne -hasta febrero de 2018- 1545 interrupciones legales del embarazo en esos establecimientos.
- 2 de cada 10 de las mujeres que accedieron a un aborto legal tenían 19 años o menos, y 3 de cada 10 tenían entre 20 y 24 años.
- 1 de cada 3 de las mujeres consultaron al menos en una institución más, previo a acceder a la institución que realizó el aborto, dato que muestra la poca capacidad del sistema de salud de responder apropiada y oportunamente a la demanda de atención.

¿POR QUÉ ABORTAN LAS MUJERES? 10 24 25 26

- Muchas mujeres y varones no tienen acceso a métodos anticonceptivos apropiados o de su preferencia, o no tienen información ni apoyo para usarlos efectivamente.
- Ningún método es 100% efectivo.

⁵⁴ Información provista por la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/rendicion-de-cuentas/pedidos-de-informe/>

⁵⁵ Información provista por la Coordinación de Salud Sexual, ITS y Sida del Ministerio de Salud de CABA.

⁵⁶ Información provista por la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario.



- Las altas tasas de violencia contra la mujer, incluyendo la violencia doméstica, llevan a embarazos forzados.
- Circunstancias cambiantes como el divorcio y otras crisis pueden causar que un embarazo deseado se transforme en un embarazo no deseado.
Porque tienen un problema de salud.
- Porque están a cargo de sus hijos pequeños o de adultos mayores.
- Porque enfrentan condiciones sociales precarias.
- Por situaciones complejas en la relación con su pareja, el apoyo familiar y la inserción laboral.
- Porque el feto tiene malformaciones que son incompatibles con la vida fuera del útero.
- Por violencia sexual.
Por coerción del entorno cercano.

¿COMO SE HACE UN ABORTO CON ALTOS ESTÁNDARES?

Las mujeres de países desarrollados rara vez mueren de hemorragia posparto y casi nunca por un aborto, las mujeres en Argentina sí. La mayoría de estas muertes son evitables, y el misoprostol y mifepristona ayudan a prevenirlas.^{57 58}

- **Los medicamentos recomendados para el aborto están en el listado de medicamentos esenciales de la OMS⁵⁹.**
- La mifepristona junto al misoprostol son el estándar de oro para la interrupción del embarazo, pues su uso combinado tiene altísima efectividad y pocos efectos secundarios.
- El misoprostol tiene varios usos obstétricos, incluido el tratamiento de la hemorragia posparto y el aborto incompleto. La mifepristona tiene como

⁵⁷ Bankole A, Singh S, Haas T. Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. *Int Fam Plann Perspect* 1998; 24: 117–27. <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/1998/09/reasons-why-women-have-induced-abortion-evidence-27-countries>

⁵⁸ López Gómez ... [et al.] (2015). Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe : una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia; compilado por Silvina Ramos. - 1a ed. . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES ; Mexico, DF : Population Council ; Lima : Promsex.

⁵⁹



principal uso la interrupción del embarazo. Las ventajas y seguridad de estas drogas han motivado un aumento de uso por parte de profesionales de la salud y mujeres, transformando las experiencias del aborto y disminuyendo los abortos inseguros^{60 61}. 28 30

- **Noventa países registraron el misoprostol** para al menos uno de sus usos obstétricos y muchos también la mifepristona (Estados Unidos, Canadá, países de Europa, Uruguay, México y Colombia).^{62 63 64 65}
- **En la Argentina el misoprostol sólo está registrado para una sola indicación en ginecología y obstetricia: la maduración del cuello uterino** pese a que es una droga segura, eficaz, costo-efectiva, y de alta aceptabilidad.
- La falta de aprobación de la mifepristona y del misoprostol para el aborto priva a las mujeres y profesionales de la salud de una de las formas más seguras y efectivas para interrumpir el embarazo.

⁶⁰ Misoprostol: Instrucciones para el tratamiento de la hemorragia posparto. Gynuity Health Projects. 2017 http://gynuity.org/downloads/clinguideifupphreatment_sp.pdf

⁶¹ Organización Mundial de la Salud (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf?ua=1

⁶² El misoprostol fue incluido en 2005 para inducción del parto y aborto con medicamentos. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69102/1/a87410_spa.pdf. Posteriormente, el 17th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines (2009) http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/application/misoprostol/en/ lo incluyó para tratamiento de aborto incompleto y hemorragia.

⁶³ Ipas (2017). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. D. Brahmi (editora). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

⁶⁴ http://gynuity.org/downloads/biblio_ref_lst_mife_sp.pdf y http://gynuity.org/downloads/map_miso_sp.pdf

⁶⁵ Zurbriggen R y Romero M (2017). Mifepristona y misoprostol en seis países de América Latina: procesos de registro y disponibilidad. CLACAI. Lima: Promsex. <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/1000>



Nos tenemos entre nosotras⁶⁶

Informe sobre acompañamientos a abortar durante el año 2017 por La Revuelta- Neuquén

Socorristas en Red -feministas que abortamos- (en adelante SenR) es una articulación de colectivas de Argentina, damos información y acompañamos a mujeres y a otras personas gestantes en sus decisiones de abortar.

Surge como iniciativa política de la Colectiva Feminista La Revuelta, de Neuquén, en el año 2012, con el propósito de entramar experiencias de acompañamiento que se venían dando en el país. Es en el año 2014 cuando SenR adquiere un claro sentido de Red de acompañantes. A lo largo de estos años creció de manera vertiginosa, tanto en relación a los grupos que se sumaron como a la cantidad de mujeres acompañadas a abortar (puede consultarse www.socorristasenred.org). Si bien reconocemos la existencia de corporalidades trans con capacidad de gestar y por ende de abortar, usaremos el término mujeres, en tanto desde SenR en estos años hemos acompañado a mujeres. SenR es posible en una compleja red de relaciones inscriptas en una época particular, signada por la presencia insoslayable de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito -de la cual somos parte activa-, heterogéneas activistas, colectivas y grupos feministas que, junto con el amplio movimiento de mujeres, los movimientos sexo-genéricos, investigadorxs, personal de salud y otros sectores sociales, traemos y generamos nuevas agendas a la política.

Agreguemos algo de vital importancia propio de este tiempo: la existencia de medicación para provocar y provocarse abortos. Es significativo el poder que otorga la medicación en manos de quienes deciden abortar y de quienes decidimos acompañar; aún frente a los numerosos obstáculos a resolver para obtenerla, debido al inescrupuloso negociado propiciado por la clandestinidad. La contribución de la Línea telefónica “Aborto más información, menos riesgos” y la socialización del conocimiento que se hiciera mediante la edición del manual *Cómo hacerse un aborto con pastillas*, compilado por Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, editado

⁶⁶ Colectiva Feminista *La Revuelta*, Otoño 2018.



por El Colectivo, en el año 2010, fue un hito fundamental para nuestro hacer desde nuestra perspectiva.

Las formas organizativas actuales de este activismo voluntario, al que reconocemos como una apuesta por “estar ahí”, un activismo del cuerpo a cuerpo y de acción directa, dan cuenta de:

Líneas telefónicas cuyos números se difunden por distintas vías: folletos, páginas web, grafitis callejeros, participación en foros, recitales, eventos, marchas callejeras, conversaciones del día a día con grupos activistas, estudiantes, amigxs, familiares, etc.

Encuentros cara a cara con quienes necesitan abortar, en su mayoría grupales, en espacios públicos: sindicatos, facultades, centros culturales, bibliotecas, bares, plazas, el pasillo de un hospital o la salita de salud del barrio donde somos convocadas y autorizadas.

El seguimiento del uso de la medicación y el proceso del aborto mediante guardias telefónicas activas.

Los controles médicos post-aborto con profesionales amigables del sistema de salud. Generamos vínculos con sectores de salud, especialmente del sub-sistema público, aunque no exclusivamente. Esos vínculos adquieren distintas tonalidades y formas, según los contextos y las singularidades de las distintas regiones del país.

Los abortos acontecen, irrumpen como necesidad en la vida de las mujeres. Sin embargo este acontecer se encuentra condicionado por la pertenencia de clase de las mujeres, su posibilidad de acceder a determinada información, el acompañamiento que tengan al momento de realizarlo, etc. El presente trabajo refiere a la experiencia de abortos acompañados por la Colectiva Feminista La Revuelta de la ciudad de Neuquén Capital, durante el año 2017.

En el año 2017, 1116 mujeres acudieron a La Revuelta para llevar adelante un aborto. En 2016 fueron 1216 mujeres; en 2015, 953 y en 2014 fueron 568. Esto da cuenta que durante estos cuatro años, las revueltas socorristas acompañaron a 3853 mujeres en sus procesos de abortar.

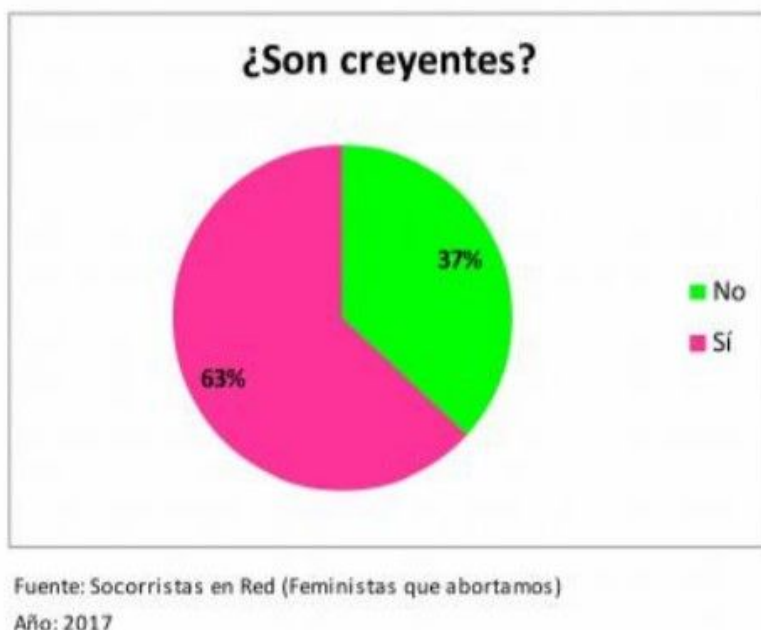


De las que abortaron acompañadas por revueltas socorristas en 2016, el 70% tiene entre 20 y 35 años y el 65% era madre al momento de solicitar ayuda, mientras que el 17% había interrumpido un embarazo con anterioridad.



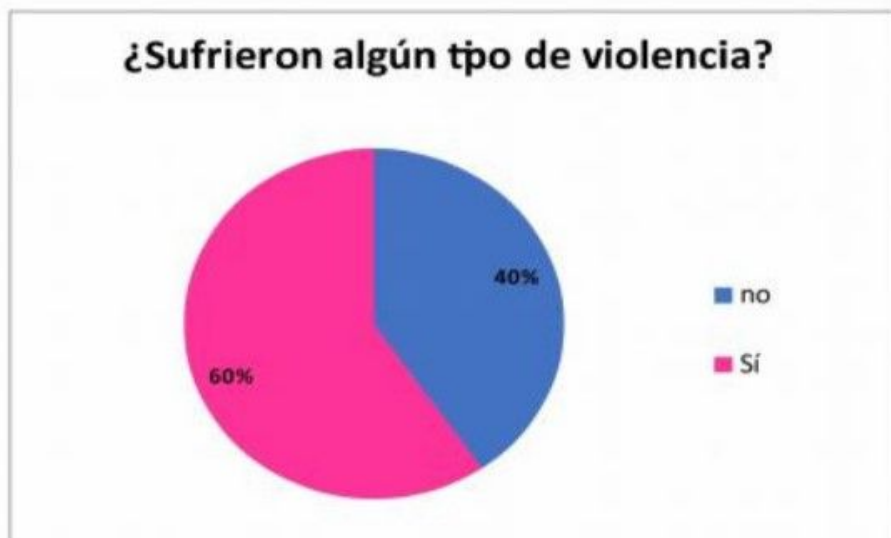
Fuente: Socorristas en Red (Feministas que abortamos)
Año: 2017

El 63% manifestó ser creyente de alguna religión, lo que da cuenta que no hay mandatos religiosos ni dogmas que estén por encima de la decisión de abortar.



El 92% aseguró estar acompañada en la decisión de abortar. Aquí es muy importante y cobra relevancia la presencia de amigas, madres y parejas.

El 60% expresó haber sufrido episodios de violencias sexistas en algún momento de su vida, entre las que se destacan violencia emocional, física y sexual. En las conversaciones, varias mujeres reconocieron haber sufrido también violencia obstétrica y el acoso callejero está claramente identificado dentro de un tipo de violencia sexista y machista. Durante estos cuatro años de sistematización, el reconocimiento de las violencias se ha ido acrecentando, mientras que en 2016 sólo el 45% de las mujeres reconocía haber sufrido violencia, durante el 2017 este dato se incrementó en un 15%



Fuente: Socorristas en Red (Feministas que abortamos)
Año: 2017

En el siguiente gráfico, se muestra el nivel de ingreso de las mujeres que perciben salario, estamos hablando del 60% de las mujeres entrevistadas.



Fuente: Socorristas en Red (Feministas que abortamos)
Año: 2017

Los datos de nivel de ingreso son registrados en rangos de ingreso previamente delimitados. Al utilizar como parámetro de comparación el SMVM no es posible hacer ese corte. En este sentido, se muestra de manera independiente la categoría dentro



de la cual se encuentra el monto del SMVM -fijado en 8.860 pesos en julio de 2017- para aumentar la confiabilidad de los datos.

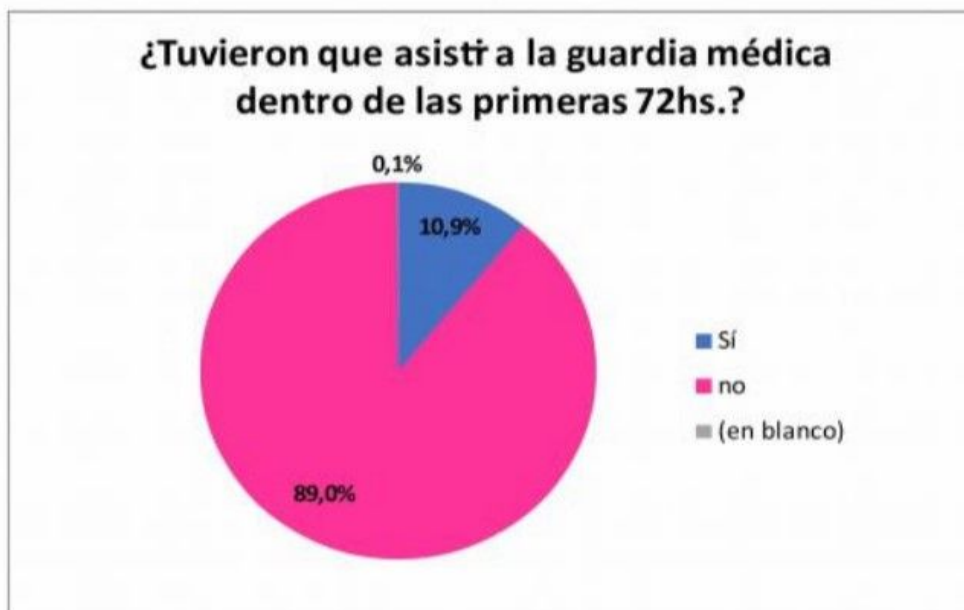
Los datos así presentados, entonces, advierten que únicamente el 49% de las mujeres asalariadas tiene un ingreso superior al estipulado por el SMVM, mientras que el 39%, percibe ingresos inferiores a ese monto. El rango de ingresos donde se encuentra el límite del SMVM representa, por su parte, al 12% del total de las mujeres asalariadas.



Fuente: Socorristas en Red (Feministas que abortamos)
Año: 2017



Un dato que nos interesa resaltar es que sólo el 10,9% de las mujeres que abortaron, tuvieron que asistir a una guardia médica.



Fuente: Socorristas en Red (Feministas que abortamos)
Año: 2017

El siguiente gráfico muestra cómo fueron tratadas las mujeres que concurren a guardias médicas dentro de las 72 horas de iniciado el uso de medicación. Los motivos por los que acuden a veces están relacionados con las pautas de alarma. En otras ocasiones no llegan a configurarse como signos claros de alarma, sin embargo, algunas mujeres sienten inseguridad y prefieren consultar de inmediato.

En este punto, lo que nos resulta relevante destacar es que de las 122 mujeres que en el año 2017 acudieron a guardias médicas, tanto del sistema público como privado, el 90% refiere haber sido “bien” y “muy bien” tratadas. Este porcentaje resulta un aliciente desde donde seguir activando y empujando para lograr prácticas desprejuiciadas y empáticas de atención y cuidado.



Fuente: Socorristas en Red (Feministas que abortamos)

Año: 2017

A modo de cierre

El activismo socorrista busca, entre otras cosas, pensar los saberes sobre el aborto y los cuerpos de las mujeres, desandando y deconstruyendo los controles y los regímenes (hetero)normativos, colonialistas, racistas, adultistas, pero al mismo tiempo “que recupere ese reservorio de ternura, erotismo, sensibilidad, riesgo y cuidado para las prácticas militantes, que produzca aperturas para reconstruir formas de lenguaje capaces de hacer más audibles las experiencias singulares de quienes abortan y de las activistas que acompañamos. Volver inteligibles esas experiencias permitiría también volver inteligible qué subjetividades se están produciendo allí [...] Volverlas inteligibles para reponer a la realidad social, cultural y política las palabras y las experiencias corporales de mujeres que desean y deciden abortar. Mujeres que instalan con ese acto su propia ley” (Grosso, Trpin y Zurbriggen, 2014: 421).



Entrevistas a tres trabajadorxs de Sistema de Salud de la Provincia de Neuquén que atienden pacientes que solicitan la interrupción del embarazo

Se realizaron entrevistas para recoger la perspectiva de tres trabajadores del Sistema de Salud. A todxs se les realizaron las siguientes seis preguntas:

El reclamo por el derecho a interrupción legal del embarazo (ILE) plantea la necesidad de que el mismo sea legal, seguro y gratuito. En relación a este planteo:

1) ¿Está de acuerdo con estos reclamos?

Trabajador/a 1 (T1): Si, totalmente. Por una atención segura y gratuita en los hospitales públicos, que sea una práctica más de salud al cual las mujeres puedan acceder, sin la sanción legal, moral y social. Es un derecho personalísimo, los derechos sexuales y los reproductivos son Derechos Humanos y deben ser reconocidos como derechos básicos de todas las personas.

La realidad nos muestra que el aborto es una práctica que se realiza. Que sea legal o no, no evita que se realice, ni evita que se mueran las mujeres que recurren a una intervención clandestina. La ilegalidad lleva a eso, al circuito clandestino.

Trabajador/a 2 (T1): Claro que estoy de acuerdo. En realidad considero que no es posible garantizar realmente el derecho si no es legal.

La no punibilidad (situación actual) permite un montón de grises que facilita que prime la voluntad que cada uno de los actores que trabajamos en salud pública. Esto no garantiza el derecho, cada uno hace lo que le parece, tanto para facilitar como para obstaculizar.

Creo que la legalidad puede despejar algunos fantasmas y facilitar que más médicos se sientan seguros para acompañar las prácticas.

El aborto, quizás, es el evento de salud en donde la inequidad hace más estragos. El aborto nos atraviesa a las mujeres. No desear un embarazo rompe con todo lo que se espera de una mujer. Ser mujer, ser pobre está directamente vinculado con la mayor probabilidad de enfermar y morir.

No hay forma de garantizar el derecho si no es legal y no hay forma de garantizar la accesibilidad si no es una política pública, segura y gratuita.

2) ¿considera que esas condiciones están garantizadas en las políticas sanitarias?



T1: No, no están garantizadas. Hasta ahora el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva pareciera que no pudiese actuar. Trabajamos como podemos, con lo que hay, con voluntad y compromiso para acompañar a las mujeres que deciden no continuar con un embarazo no deseado, porque sabemos que si les cerramos las puertas en salud pública, van a buscar en otro lado exponiendo su salud y su vida.

Hacia 2007 el Ministerio de Salud de Neuquén aprobó la Resolución N° 1380 que establecía un primer marco legal sobre el tema y en 2010 el Ministerio de Salud de la Nación aprobó una “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles” destinada a guiar el accionar de los equipos de salud que debían acompañar y asistir a mujeres con derecho a acceder a los abortos previstos por el Código Penal. En 2012 el Fallo F.A.L. despejó muchas dudas sobre la cuestión y dio lugar a una actualización del protocolo nacional que fue publicado en abril de 2015: “Protocolo para la atención de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”. Ese instrumento fue tomado como base para el presente protocolo.

El presente protocolo en consecuencia fue pensado y diseñado teniendo en cuenta la experiencia nacional en el tema y los aportes locales para garantizar el cumplimiento del derecho a la interrupción legal del embarazo (protocolos de las Zonas Sanitarias Metropolitana y III y del Hospital Provincial Castro Rendón).

Se propone la implementación de este protocolo para facilitar y respaldar el trabajo de los equipos de salud en todo el territorio provincial, con el objetivo de brindar a la población un servicio de calidad respetuoso de los derechos humanos y especialmente para superar inequidades relacionados con las etnias, clases y género. Esto aún está a la espera de la firma del Ministro de Salud.

T2: No, el acceso a la ILE no está garantizado en salud pública en Neuquén.

Hay muchos avances, hay más acuerdos y construcciones colectivas de los trabajadores (sobre todo de los Centros de Salud). Hay protocolos escritos, pero que aún no tienen la última firma. Empieza a haber un poco más de acceso a la medicación provista por las zonas, pero con presupuestos paralelos. Hay algunos acuerdos Locales en algunos Centros de Salud. Hay algunos médicos ("amigables" odio ese término) que acompañan. Seguimos con mucho límite en el hospital, 1 o 2 médicos en Heller que acompañan, no como responsabilidad de los servicios.

3.- ¿Hay información desde la institución sobre el derecho al aborto por causales?

T1: La información se da según voluntad y compromiso del personal para capacitarse e informarse y así informar a la población. En algunos centros de salud la información



se da de manera interdisciplinaria.

T2: Si hay Información, pero provista por las ONG feministas o por la Comisión de Interrupción Legal del Embarazo de la Zona Sanitaria Metropolitana. Ninguna formación, folletería o normativa promovida desde la Subsecretaría.

4.- ¿Considera que las mujeres tienen miedo/dudas de solicitar una ILE en los establecimientos sanitarios, o es una práctica más?

T1: En mi experiencia en el consultorio, algunas mujeres llegan con cierto temor, vergüenza, culpa, dudas, miedo a ser juzgadas, sancionadas moral y socialmente.

T2: Llegan pocas, cuando llegan, no creo que tengan miedo. En estos meses en que se está discutiendo el aborto, me di cuenta que se sabe menos de lo que creía.

5.- ¿Tiene información si el aborto por causales es de fácil acceso en todos los Centros de Salud?

T1: No, no es igual la accesibilidad en todos los efectores de salud, por cuestiones de desinformación, objeción de conciencia, temor, falta de conocimiento de causal salud.

T2: No, no es igual la accesibilidad en todos los efectores de salud, por cuestiones de desinformación, objeción de conciencia, temor, falta de conocimiento de causal salud.

6.- Cuéntenos algo de su experiencia como profesional que atiende mujeres que llegan solicitando una ILE.

T1: Con respecto a mi experiencia en ILVE, hace años que acompaño a mujeres en esta decisión, muchos años, siempre fue sola, desde hace unos años que se empezó a hablar y tratar el tema, sobre todo con el resto del equipo de salud. Ahora es un poco más fácil para la mujer acceder a una ecografía, y en estos dos últimos años acceder a la medicación, antes peregrinaban para poder comprarla, dado que los valores de lo que hay en el mercado son altísimos, gran negocio también de las farmacias. Nosotros recibimos todo el 2016 y 2017 la medicación desde una organización feminista y hace unos meses se han hecho algunas compras desde la zona metropolitana y desde el centro de salud, compras irregulares que no tienen continuidad.

Lo que observo y escucho en la consulta es que a la mujer no le da lo mismo abortar que no hacerlo, tienen una gran carga emocional y culpa, no es gratis desde lo emocional para ellas. Tratan de darte todas las explicaciones de porque no pueden



seguir adelante con el embarazo a lo que les dejo en claro que no estoy para juzgarlas sino acompañarlas, algunas lloran, por lo que van a hacer, otras se sienten aliviadas y contenidas al ver que hay cierta empatía. Algunas han contado que han hecho otra consulta en otro efector y que las han “retado”. Además de la consulta conmigo les ofrezco la consulta con salud mental para mayor contención a lo que en general no la requieren, siempre dejando la puerta abierta para que si en algún momento del proceso lo necesitan inclusive luego de la práctica, puedan acceder a la consulta. Y luego hago mucha hincapié en un método anticonceptivo para evitar pasar por igual situación.

También se observa que las mujeres consultan cada vez con menor edad gestacional, lo q es mucho más fácil para resolverlo en el primer nivel de atención como son lo CAPS, usando solo medicación a tal fin con mínimos efectos adversos y ninguna complicación que haya requerido internación.

También a la hora de registrar la práctica lo escribo en la planilla de consulta como embarazo no deseado y luego de hacer la practica, como aborto medico, para que tengan estadística si es que alguien las mira.

T2: Es muy largo, yo pase por diferentes momentos.

Hace más de 15 años, recuerdo a una paciente en el Chañar, a la que no le pude dar respuesta y me hizo sentir muy impotente e hipócrita. En lo primero que pude trabajar es en las capacitaciones de los residentes como una forma de ponerme en tema y poner la discusión en los compañeros de formación.

Esta práctica no la aprendí en los Claustros, ni en mi formación en la Residencia. La aprendí de las compañeras de las Revueltas, que siempre van por delante de nosotras. Incluso hoy son las personas a las que consulto cuando tengo dudas, más allá de la bibliografía y todo lo que estudié sobre el tema, ellas son las que manejan más casuística y tienen más experiencia.

En principio me anime, en estrategias de Disminución del daño con la atención pre y post aborto (y se las derivaba a ellas para la práctica).

De a poco y después del fallo FAL me anime a sostener todo el proceso. Al principio de forma "clandestina" en el Centro de Salud, sin registrar. Con la medicación provista por Las Revueltas al Centro de Salud hasta hace 6 (seis) meses fue la única medicación que tuvimos disponible).

Siempre considere el Causal Salud, en toda su amplitud, pero no me sentía segura (legalmente hablando) para ponerla en juego. En un momento termine de tomar



conciencia, que el diagnóstico de “riesgo de salud” no era mío, sino de la paciente. Entonces empecé a trabajar en esa línea.

Les pido a las pacientes que en su consentimiento informado, escriban con sus palabras porque sienten afectada su salud. Con eso para mí fue suficiente, y me tranquilizo.

La legalidad del aborto terminaría con esta duda (cosquillita en la panza) que creo que nos atraviesa a los médicos.

Hace aproximadamente un año, asumí todo el proceso de acompañamiento y de Registro en Historias Clínicas. De todas formas, no es igual que curar una angina. A toda mujer a la que acompaño le doy mi teléfono personal y realizo seguimiento telefónico de todo el proceso.

Todos los residentes que trabajaron con nosotros en el Centro de Salud, acompañan a mujeres que transitan situación de aborto.



***PROTOCOLO PROVINCIAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON
DERECHO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO***

Coordinación General:

Maisler Margarita Cecilia

Equipo de trabajo:

Baieli María Eugenia
Ballestrino Eduardo
Casenave Doris
Crichton Néstor
Garavaglia Fabiana
Kantolic Teresa
Lucchetti Gabriela
Macías Andrea
Mango Esteban
Manoukian Daniel
Martín María Sol
Olivero Marcela
Peralta Mayra
Suttora Guillermo
Tagle Daniela
Wilder Guillermo

Análisis jurídico

Gutiérrez Pablo



Prólogo

Siempre aparece en el horizonte desafiante, oportunidades para transitar sendas que conducen a ampliar derechos, lo cual termina siendo posible cuando logramos conjugar voluntades, aunar esfuerzos y en fin, alinear ideas y proyectos en favor de la salud colectiva.

El área de la salud es parte de los esfuerzos colectivos a favor del desarrollo integral de las personas, mucho más en nuestra provincia, con una larga tradición de planificación y concreción de políticas sanitarias basadas en la estrategia de la atención primaria de la salud, que persigue el objetivo de garantizar el acceso al derecho a la salud sin discriminación de ningún tipo.

Específicamente en el área de la salud sexual y reproductiva se lograron muchos avances en la última década que permitieron seguir mejorando indicadores sanitarios, tanto en el nivel nacional como en el provincial.

Respecto de la interrupción legal del embarazo (ILE), que se incluye dentro de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, debe apuntarse que es un derecho consagrado en distintos marcos legales. La ILE está contemplada en la legislación argentina (art. 86° del Código Penal), y en la Constitución Provincial en tanto que en su artículo 36° textualmente sostiene que: “El Estado garantiza el ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales, libres de coerción y violencia, como derechos humanos fundamentales. Diseña e implementa programas que promueven la procreación responsable, respetando las decisiones libres y autónomas de hombres y mujeres, relativas a su salud reproductiva y sexual, especialmente a decidir responsablemente sobre la procreación, el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos. Promueve la atención sanitaria especializada en salud reproductiva y sexual, tendiente a brindar adecuada asistencia sobre el acceso a la anticoncepción, control del embarazo y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Asegura el derecho a la información sobre los derechos reproductivos y diseña acciones para prevenir el embarazo adolescente”.

Hacia 2007 el Ministerio de Salud de Neuquén aprobó la Resolución N° 1380 que establecía un primer marco legal sobre el tema y en 2010 el Ministerio de Salud de la Nación aprobó una “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles” destinada a guiar el accionar de los equipos de salud que debían acompañar y asistir a mujeres con derecho a acceder a los abortos previstos por el Código Penal. En 2012 el Fallo F.A.L., que se comentará en el presente protocolo, despejó muchas dudas sobre la cuestión y dio lugar a una actualización del protocolo nacional que fue publicado en abril de 2015: “Protocolo para la atención de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”. Ese instrumento fue tomado como base para el presente protocolo.



Una de las recomendaciones del Fallo F.A.L. era que las provincias actualizaran sus guías de actuación. Era menester pues, concretar mecanismos para hacer posible el acceso a la interrupción legal del embarazo a todas las personas que encuadradas en las causales contempladas por el Código Penal, así lo requieran en el marco de un proceso de atención integral de calidad que asegure el respeto por la intimidad y la autonomía, el flujo de información clara y veraz y el acceso a los adelantos tecnológicos e información científica actualizada.

El presente protocolo en consecuencia fue pensado y diseñado teniendo en cuenta la experiencia nacional en el tema y los aportes locales para garantizar el cumplimiento del derecho a la interrupción legal del embarazo (protocolos de las zonas metropolitana, Hospital Provincial Castro Rendón y Protocolo de zona sanitaria III), enmarcados en un proceso de discusión de casi un año, del que participaron diferentes efectores de la provincia. Así se pudo concretar consensos aún en temas conflictivos, pero siempre persiguiendo el objetivo de respetar el derecho de las mujeres sobre su vida sexual y reproductiva. Debe mencionarse también que el aporte de organizaciones feministas fue de vital importancia en este proceso de ampliación de derechos sexuales y reproductivos.

Se propone la implementación de este protocolo para facilitar y respaldar el trabajo de los equipos de salud en todo el territorio provincial, con el objetivo de brindar a la población un servicio de calidad respetuoso de los derechos humanos y especialmente para superar inequidades relacionados con las etnias, clases y género.



ÍNDICE

Introducción.....	67
Marco Ético.....	69
Objeción de Conciencia.....	74
Marco Jurídico	
- Circunstancias que habilitan la Interrupción Legal del Embarazo.....	7
- Prevalencia del Principio Pro persona en Materia de DDHH.....	78
- Reglas sobre Capacidad para el Ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos.....	80
- Personas con Derecho a Solicitar Interrupción Legal del Embarazo.....	82
Los Equipos de Salud.....	85
Abordaje de los Equipos de Salud.....	86
Flujograma de Modelo de Atención en Situaciones ILE.....	88
Consentimiento Informado.....	93
Procedimiento para Realizar ILE.....	94
Anexos	
- Anexo I.....	124
- Anexo II.....	126
Bibliografía.....	127



1 - Introducción

Con el objetivo de brindar una atención de salud integral, basado en las necesidades de las mujeres, de aquellas mujeres más vulnerables y buscando asegurar la salud y la vida, es que el Ministerio de Salud garantiza los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres mediante la elaboración de un Protocolo Provincial sobre Interrupción Legal del Embarazo, una guía que sirva de respaldo a los profesionales y servicios de salud.

Con el reconocimiento de la realidad de que el aborto realizado en condiciones inseguras es una importante causa de muerte materna; que las mujeres en proceso de aborto, espontáneo o inducido, que procuran los servicios de salud deben ser atendidas y tratadas con dignidad; respetando los estándares de calidad, accesibilidad, confidencialidad y competencia técnica.

La comprensión de que la atención tardía del aborto inseguro y sus complicaciones pueden amenazar la vida, la salud física y mental de las mujeres, es lo que origina la necesidad de contar con un Protocolo Técnico de ILE.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), realizada en el Cairo, en 1994, y la 4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer, que ocurrió en Beijing, en 1995, afirman los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres como derechos humanos y le recomiendan a los Estados una atención de calidad a todas las personas para que puedan ejercer tales derechos.

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 aborto es baja, de 0,2 a 2,0 muertes por cada 100.000 abortos (OMS 2007), aunque la mortalidad relacionada con el embarazo es significativamente más alta: 9,0 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (IPAS, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como un procedimiento para terminar un embarazo efectuado por personas que no cuenten con las habilidades necesarias o en condiciones carentes de los estándares médicos mínimos, o ambas (OMS, 2012).

Casi la mitad de los abortos que ocurren en el mundo son inseguros (GuttmacherInstitute, 2012).



En noviembre de 2007, la Provincia de Neuquén, establece mediante Resolución N°1380 el Procedimiento para la Atención Profesional frente a Practicas de Aborto no Punible, según Artículo 86 Inciso uno y dos del Código Penal.

Que la citada normativa no obliga al profesional de la salud a solicitar autorización requiriéndose exclusivamente el consentimiento informado de la mujer embarazada.

Que la despenalización del aborto contemplada en el Código Penal intenta resguardar los bienes jurídicos en pugna, acorde con los Derechos Humanos Fundamentales Reconocidos y protegidos por nuestra Legislación Interna como así también por los Tratados Internacionales de Derechos Humanos con Jerarquía constitucional (Art 75 inciso 22 de la Constitución Nacional.)

Asimismo recomienda que en los casos en que se pueda practicar legalmente el aborto, se deben suprimir todos los obstáculos a su obtención.

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.

Este marco general del derecho a la interrupción del embarazo fue aclarado en la sentencia de la CSJN. En ella se definió que en las circunstancias arriba enumeradas es siempre el Estado, como garante de la administración de la salud de la población argentina, el que tiene la obligación “de poner a disposición de quien solicite la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura.

Rápida, por cuanto debe tenerse en cuenta que en este tipo de intervenciones médicas cualquier demora puede epilogar en serios riesgos para la vida o la salud de la embarazada. Accesible y segura pues, aun cuando legal en tanto despenalizado, no deben existir obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la mencionada prestación que pongan en riesgo la salud o la propia vida de quien la reclama” (CSJN, 2012: considerando 25)

2 - Marco Ético

En las sociedades democráticas actuales la pluralidad de visiones morales es un hecho y los disensos frente a situaciones concretas son frecuentes. En este contexto, los DDHH son la expresión de un consenso social construido históricamente, fundado en un núcleo de valores universales y que reflejan el respeto por la dignidad de todas las personas.

Tal y como fueron formulados en 1948, estos derechos tienen sus raíces en el consenso de los declarantes, no en los fundamentos metafísicos o teleológicos sobre los cuales no existe un acuerdo universal. En consecuencia los DDHH representan un modelo de consenso para una sociedad pluricultural.

La atención sanitaria en el marco de los DDHH significa el respeto a la dignidad de las personas que se refleja cumpliendo con la obligación de brindar atención que permita el ejercicio pleno de sus derechos como pacientes. Estos se refieren a:

- **Derecho a la autonomía:** se refiere a que las personas, como tales, tienen la aptitud y capacidad de tomar decisiones acerca de la propia vida, según los propios valores e ideales respecto de lo que es una buena vida. Según el principio de autonomía, solamente la persona involucrada tiene derecho a tomar sus propias



decisiones acerca de lo que se hará sobre su cuerpo y con relación a su vida. El médico debe respetar los deseos de la/el paciente y alentarla/o a tomar por sí misma/o las decisiones que hacen a su bienestar sobre la base de la información brindada.

En esta situación, los agentes de salud deben propiciar las condiciones necesarias para que la mujer pueda tomar una decisión autónoma. Como, brindar información veraz, clara y precisa acerca de las opciones y de los riesgos involucrados en su caso, teniendo en cuenta las particularidades de cada mujer, así como las circunstancias que la hacen más vulnerable; verificar la ausencia de presión por parte de terceros (esposo o padres, por ejemplo), dando espacio para las preguntas y la resolución (aclaración) de dudas y miedos. En función de esta información, cada paciente tomará una decisión que será siempre particular y propia. Si el personal médico niega el acceso a información relevante o la provee de forma parcial o inadecuada, impide que las personas puedan tomar una decisión autónoma.

Los agentes de salud deben aceptar la decisión de la mujer, sin emitir juicios de valor al respecto.

- **Derecho a la atención sanitaria de calidad:** los servicios para la ILE deben ser accesibles, oportunos, integrales y seguros. La accesibilidad, se refiere a que no deben interponerse obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la prestación de la práctica. La oportunidad, los servicios de ILE deben prestarse en el momento en que las personas en condiciones de requerirlos, soliciten la interrupción del embarazo. Las personas y las instituciones que participen en cualquier instancia del proceso de atención de una ILE deberán prestar toda la colaboración necesaria para que la misma pueda ser brindada lo más pronto posible y se prohíbe en todo caso la imposición de requisitos adicionales o innecesarios.

La interrupción debe ser practicada por el equipo de salud sin intervención judicial. La participación de un médico es suficiente para decidir si el caso se encuadra en las circunstancias que legalizan la interrupción.

En ese sentido, en su fallo la CSJN afirma:

“[...] media en la materia un importante grado de desinformación que ha llevado a los profesionales de la salud a condicionar la realización de esta práctica al dictado de una autorización judicial y es este proceder el que ha obstaculizado la implementación de los casos de abortos no punibles legislados en nuestro país desde la década de 1920” (CSJN, 2012: considerando 18).



La integralidad de los servicios de ILE, significa que deben incluir educación, información, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y todos los demás servicios y actividades que demanden la preservación de la salud y el nivel más alto de salud posible de las mujeres.

La seguridad y calidad de la atención sanitaria en los casos de servicios de ILE requiere que estos deben(1) ser prestados por profesionales de la salud capacitados y con equipo apropiado; (2) ser practicados mediante técnicas seguras y adecuadas para cada caso; (3) atendiendo los estándares sanitarios y (4) encaminándose a que la terminación se lleve a cabo en la etapa más temprana posible del embarazo.

- **Derecho a la información:** los agentes de salud tienen la obligación de suministrar toda la información disponible acerca de la situación de salud de quién solicita la práctica, las alternativas terapéuticas, descripción del procedimiento, sus riesgos, sus beneficios. Esta debe ser veraz, sin manipulación ni coerción y adaptada a las necesidades y contexto de cada paciente. Es fundamental que se utilice un lenguaje adecuado para su entendimiento y que sea ofrecida a lo largo de todo el proceso de atención. Incluso si no hay una solicitud explícita, ya que esta es un requisito (imprescindible) necesario para la toma de una decisión acerca del procedimiento.

- **Derecho a la confidencialidad:** se refiere a la obligación del médico y/o cualquier otro integrante del equipo de salud de preservar del conocimiento de un tercero la información obtenida de un paciente, sobre su salud, sobre su vida, o sobre su familia, en el ámbito (espacio) de la atención sanitaria. Esto es lo que en el ámbito jurídico se conoce como secreto profesional. Sólo se realizarán las interconsultas con los profesionales que estrictamente sean necesarios para poder llevar adelante la práctica solicitada. Si se considera necesario para la correcta atención compartir la información con terceros (incluso esposo, compañero/a, padre, madre) debe hacerse con la autorización expresa de la mujer, otorgada de manera libre y sobre la base de información clara. La historia clínica y toda la información contenida en ella también están protegidas por el secreto profesional.

- **Derecho a la intimidad:** Los servicios donde se lleven a cabo procedimientos de ILE deben respetar la privacidad- intimidad de las mujeres durante todo el proceso,



esto incluye como mínimo: (1) la adecuación de espacios en las instituciones que presten servicios de ILE para que éstos, incluida la atención previa y posterior al procedimiento, ofrezcan privacidad a las mujeres; (2) la participación exclusiva de los integrantes del equipo de salud necesarios para la práctica; (3) la capacitación e información a todos los integrantes del equipo de salud acerca de sus obligaciones en cuanto al respeto de la privacidad-intimidad de las mujeres.

- **Derecho a decidir según sus propios intereses y deseos:** las actitudes y prácticas de los/las profesionales de 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. Debe respetarse el derecho de la persona de decidir sobre las cuestiones relacionadas con su cuerpo, su salud y su vida. Toda actuación en el ámbito sanitario requiere, con carácter general, el previo **consentimiento** de las/los pacientes; lo cual implica un proceso, llamado proceso de consentimiento informado, este proceso atraviesa toda la atención, requiere tiempo y espacio, que los agentes de salud deben darle a la mujer para que pueda preguntar sobre las cuestiones que le generen dudas o miedos, y así de esta forma, poder tomar una decisión autónoma, consciente e informada.

Los agentes de salud deben respetar la voluntad y elección de la mujer sin descalificar lo que piense, diga o elija.

En los casos de ILE, los aspectos fundamentales del proceso de consentimiento informado serán registrados por escrito en un formulario específico a tal fin. El cual llevará la firma de la paciente y los profesionales que estuvieron en dicho proceso.

Respecto del consentimiento informado, hay dos grupos de personas que representan situaciones especiales: las niñas y adolescentes (NyA), y las personas con discapacidad intelectual o mental.

La atención de los niños, niñas y adolescentes (NNyA) tiene como guía dos principios específicos⁶⁷:

⁶⁷Este apartado es una síntesis de las principales ideas desarrolladas en “**Documento sobre aspectos bioéticos para la atención de la salud de los niños, niñas y adolescentes, en la Provincia de Neuquén**”, actualmente en elaboración por la Red de Comités de Bioética Asistencial Dirección de Bioética e Investigación Neuquén; al que deberá referirse para ampliar la temática.



1) El principio de **autonomía/competencia progresiva**, que implica la asunción por las/os NNyA, de roles y funciones, conforme a su grado de desarrollo y madurez; y 2) el principio del **interés superior**, el cual es entendido:

“[...] como la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos [...]” (Art. 3 de la Ley Nacional 26061/05 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes; Art. 4 de la Ley Provincial 2302/99) (LNPINNyA).

Actualmente, se entiende a la infancia como una etapa de desarrollo efectivo y progresivo de la autonomía personal, social y jurídica. En materia de salud, esto se traduce en el derecho del NNA al **cuidado de su propio cuerpo** y en la noción bioética de **competencia**⁶⁸. Los menores evolucionan desde un estadio de incompetencia absoluta para ejercer por sí los derechos de los que son titulares, hacia una madurez gradual, que culmina cuando adquieren la plena capacidad de ejercicio, cesando aquí la sujeción a la responsabilidad parental⁶⁹.

La **competencia** es la aptitud de un individuo de entender el alcance y consecuencia de un acto y poder así, tomar una decisión autónoma, es decir en consonancia con los propios intereses. Ser considerado competente para tomar una decisión implica la capacidad de expresar una elección entre alternativas; entender los riesgos, beneficios y opciones cuando se consideran diversas posibilidades; decidir razonablemente; y hacerlo sin coerción, libremente. Ahora bien, dicha competencia debe ser valorada en cada caso concreto, y varía en función de la madurez del niño, niña o adolescente y de la complejidad de la práctica a que sea sometido. En otras palabras, dependerá del NNyA y del procedimiento propuesto.

Hoy se sostiene que la competencia para adoptar decisiones relacionadas con la propia salud no debe confundirse con la mayoría de edad general ni con la capacidad formal en derecho civil (derechos patrimoniales). Los requisitos

⁶⁸ LAM E., El Derecho de Niños, Niñas y Adolescentes al Cuidado de su Propio Cuerpo. Una cuestión de Autonomía, Libertad, Integridad, Libre Desarrollo de la Personalidad y Dignidad. En Fernández, Silvia de Engenia (Dir.). Tratado de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Thomson Reuters, en prensa.

⁶⁹ KEMELMAJER DE CARLUCCI, A., "El derecho constitucional del menor a ser oído". Revista de Derecho Privado y Comunitario. Nro. 7, Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 1994.



establecidos para adquirir la plena capacidad no rigen de modo general para determinar su aptitud de adoptar decisiones en el ámbito de la salud. Es decir, una cosa es tener capacidad para realizar actos jurídicos (actos patrimoniales) y otra es competencia en cuestiones que afectan sus derechos personalísimos⁷⁰. El niño, niña o adolescente que disfruta de la plena titularidad de sus derechos fundamentales, va adquiriendo progresivamente una creciente aptitud para ejercerlos autónomamente. Esa competencia progresiva va permitiendo de modo gradual que el NNyA adopte autónomamente ciertas decisiones, después otras, quedando las más trascendentes reservadas al momento de adquisición de su completa autonomía.

La infancia y la adolescencia es un grupo particularmente vulnerable a situaciones de abuso y violaciones sexuales. Por esto es muy importante, durante la atención, generar un espacio en el cual las niñas y adolescentes puedan expresar sus necesidades. Los equipos de salud deben procurar desarrollar capacidades para el abordaje integral de la atención de las niñas y adolescentes y el respeto de sus derechos. Esto **incluye garantizar el acceso a la atención sanitaria, un trato amable, información, confidencialidad y decidir según sus propios intereses y deseos**. Por ello, es necesario que los integrantes del equipo de salud en cada caso particular observen las capacidades de esa/e NN y A y aseguren su participación significativa para determinar en conjunto qué tipo de acompañamiento requiere y cuál es la mejor alternativa terapéutica o de atención en el caso concreto.

2.1 Objeción de Conciencia⁷¹

La objeción de conciencia es la negativa de una persona a realizar ciertos actos o a tomar parte en determinadas actividades que le ordena la ley o la autoridad competente, basándose en razones de profunda convicción moral o religiosa.

No existe un «derecho», propiamente dicho, a la objeción de conciencia (OC) como tal, sino un derecho a la libertad de conciencia del cual se deriva la posibilidad

⁷⁰ LAMM, E- op.cit.

⁷¹ Este apartado es una síntesis de las principales ideas desarrolladas en “**Documento sobre la Objeción de Conciencia en el Contexto de la Atención de la salud en la Provincia de Neuquén**”, elaborado por la Red de Comités de Bioética Asistencial Dirección de Bioética e Investigación Neuquén, abril 2016, Disposición N°1460/2016; al que debe referirse para ampliar la temática.



de objetar respecto a determinadas decisiones y prácticas. Ante cada supuesto de objeción de conciencia debe asegurarse siempre la adecuada atención al/la paciente de forma que éste/a pueda ejercitar efectivamente sus derechos.

La OC de los profesionales de la salud no puede entenderse como una mera omisión de una persona cualquiera, que pretende abstenerse de tomar parte en un curso de acción que rechaza moralmente. La omisión, en este caso, produce consecuencias que tienen incidencia en derechos de terceros, como el derecho a la salud y a recibir prestaciones establecidas legalmente.

Así lo aclara la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en el fallo F.A.L. en donde expresa que “la objeción de conciencia en materia de aborto no punible no podrá obstaculizar el acceso a la práctica médica puntual, ni mucho menos traducirse en barreras que impidan o dilaten el aborto en casos permitidos en cuyo caso la práctica médica debe estar disponible para las mujeres de forma “permanente”, “expeditiva” e “inmediata”⁷².

Por ello y para facilitar el ejercicio de tal objeción, es necesario establecer lineamientos específicos de forma tal que se pueda ejercer sin perjudicar a los/las pacientes y se evite la desatención y el abuso.⁷³

La OC deberá ser siempre individual y nunca grupal o institucional. De acuerdo a esto, todos los efectores de salud en los que se practiquen ILEs deberán garantizar su realización en los casos con derecho a acceder a ella. Asimismo, deberán contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos que la ley les confiere a las personas en relación a esta práctica.

Resulta pertinente mencionar que existe un límite respecto de la titularidad para ejercer el derecho a la objeción de conciencia, la cual corresponde solo para el personal que realiza directamente la intervención objetada. Esto significa que no cabe la OC para el personal de salud que realiza cualquier otra función tal como funciones administrativas, de cuidado y acompañamiento, de información,

⁷² CSJN. “F.A.L s/Medida Autosatisfactiva” del 12/03/2012; considerandos N° 29 y 30.

⁷³ Documento sobre la Objeción de Conciencia en el Contexto de la Atención de la salud en la Provincia de Neuquén. Elaborado por la Red de Comités de Bioética Asistencial Dirección de Bioética e Investigación Neuquén, abril 2016, Disposición N°1460/2016.



preparatorias o asociadas a la intervención, ni de quien o quienes tengan a su cargo las actividades posteriores a la intervención

En caso de que un/una profesional de la salud desee ejercer su derecho a la objeción de conciencia, deberá notificar su voluntad por escrito a la autoridad(o a quien ésta determine) del establecimiento de salud en el que se desempeñe o aspire a desempeñarse; es decir que sólo podrá ejercerlo cuando se haya declarado y notificado previamente a las autoridades pertinentes.

Los profesionales objetores, aunque hayan notificado previamente su voluntad, están obligados a cumplir con el deber de informar al/la paciente sobre su derecho a acceder a la práctica de ILE si constatan alguna de las causales que lo justifican, no debiendo imponer sus convicciones filosóficas, confesionales o ideológicas, absteniéndose de emitir criterios morales o juicios de valor. En ese caso el profesional debe remitirlo/la inmediatamente a un profesional no objetor para que continúe la atención, priorizando el acceso a la práctica como precondition para el ejercicio de la OC.

De no existir alguien encuadrado en esa categoría, debe realizar la práctica de ILE, es decir que no puede invocar su objeción para eludir el deber de participar de un procedimiento al que una persona tiene derecho.

3 - Marco Jurídico

Circunstancias que habilitan la interrupción legal del embarazo

Como se adelantó, las causales que habilitan a solicitar una ILE son que el embarazo constituya un peligro para la salud o la vida de la mujer, o que haya sido producto de una violación.

Causal salud

La causal salud incluye el peligro para la salud y el peligro para la vida, ya que este último debe ser entendido como la situación extrema de la afectación de la salud. **Según la OMS, la salud implica el “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (OMS, 2006).** Una atención adecuada y completa de situaciones que habilitan la ILE implica necesariamente una visión integral de la salud. Las pautas para identificarlas son:

- El peligro para la salud debe ser entendido como **la posibilidad de afectación de la salud**. No requiere la constatación de una enfermedad y, en este sentido, no debe exigirse tampoco que el peligro sea de una intensidad determinada.



Bastará con la potencialidad de afectación de la salud de la mujer para determinar el encuadre como causal de no punibilidad para el aborto.

- **La salud es un concepto integral que tiene tres dimensiones: física, mental-emocional y social**, de acuerdo a lo establecido por la OMS.

- La afectación de la salud mental puede resultar en un trastorno mental grave o una discapacidad absoluta, pero incluye también el dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima.

- El **concepto de peligro** no exige la configuración de un daño, sino su posible ocurrencia.

- **La decisión de la mujer** sobre qué tipo de peligro está dispuesta a correr debe ser el factor determinante en la decisión de requerir la realización de una ILE.

- Si se trata de una mujer en buenas condiciones de salud pero con factores predisponentes, la continuación del embarazo puede constituir un factor de precipitación de una afectación; asimismo, en los casos con enfermedades crónicas o agudas, la continuación del embarazo puede actuar como un factor de consolidación de la enfermedad, como por ejemplo su cronificación, aparición de secuelas o incluso la muerte.

Causal violación

Como se dijo, de acuerdo al inc. 2 del art. 86 del Código Penal, toda mujer víctima de violación, con independencia de que tenga o no una discapacidad intelectual o mental, tiene derecho a la interrupción legal del embarazo producto de dicha violencia sexual. En estas situaciones es importante considerar que:

- La violación es una expresión de la violencia sexual y esta es una manifestación de la violencia de género. Puede ser perpetrada por alguien del entorno íntimo de la mujer (incluido el novio, marido o pareja), por personas de su conocimiento de otros ámbitos o por extraños.

- Los embarazos producto de una violación cometida por un novio, marido o pareja violenta deben considerarse como casos con derecho a solicitar su interrupción legal.

En los casos de violación, el único requisito para acceder a una ILE es que la mujer, o cuando fuera necesario su representante legal, realice una declaración jurada donde afirme que el embarazo que cursa es producto de una violación.

Si existe una denuncia judicial o policial previa a la solicitud de la ILE, esta valdrá como la declaración jurada. En ningún caso la recolección de material genético



como evidencia forense puede convertirse en una barrera o generar dilaciones en el acceso a la práctica.

La declaración jurada debe ser simple, sin formalidades legales, y no se podrá exigir a la persona que profundice en las circunstancias del hecho o que brinde prueba alguna.

El fallo de la CSJN también aclara que aún ante una duda sobre la veracidad de la violación es prioridad no negar bajo ninguna circunstancia el acceso al servicio de ILE: “Si bien este Tribunal advierte la posibilidad de configuración de ‘casos fabricados’, considera que el riesgo derivado del irregular obrar de determinados individuos no puede ser nunca razón suficiente para imponer a las víctimas de delitos sexuales obstáculos que vulneren el goce efectivo de sus legítimos derechos o que se constituyen en riesgos para su salud” (CSJN, 2012).

Las mujeres con un embarazo consecuencia de una violación necesitan un tratamiento particularmente sensible, y es importante que todos los niveles del sistema de salud sean capaces de ofrecerles el cuidado y apoyo apropiados, además de considerar la derivación oportuna, de ser necesario.

Prevalencia del principio pro persona (*pro homine*) en materia de derechos humanos

Como lo ha reconocido la Corte Suprema de Justicia de la Nación⁷⁴, el principio rector de la interpretación de las normas relacionadas con el ejercicio de derechos humanos, es el principio *pro homine*. Este principio funciona como directiva de aplicación de todas las normas jurídicas, implica que se debe tomar siempre como criterio para definir la norma aplicable aquella que favorece *una decisión a favor de la persona* frente a uno o varios textos normativos relacionados o que puedan afectar derechos humanos. Es decir, se debe preferir la aplicación de la norma o interpretación jurídica que conceda un alcance más amplio a los derechos para el mayor número de personas. De acuerdo con la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), este opera como “principio de interpretación extensiva de los derechos humanos y restrictiva de sus limitaciones” (Corte IDH, O.C. 5/85).

En este sentido, la Corte IDH ha establecido, en su opinión consultiva N°5 de 1985⁷⁵, como derivación del principio *pro homine*, al *criterio de reenvío*, aplicable frente a la concurrencia de normas concernientes a la solución de una situación jurídica. En estos supuestos, “la decisión concreta dependerá, en todos los casos, de un ejercicio de aplicación hipotética, que permita, a la vista del caso a decidir, determinar cuál

⁷⁴

⁷⁵ Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_05_esp.pdf



sería la solución del caso según se aplicase una u otra norma concurrente y, una vez definido el resultado hipotético de su aplicación, se deberá elegir la norma que sea más favorable a la persona”, es decir, la que conceda más derechos o los restrinja en menor medida.

El principio pro homine contiene un criterio hermenéutico que informa todo el ordenamiento jurídico en tanto involucre el reconocimiento y ejercicio de los derechos humanos. En virtud de este principio se debe acudir a la norma más amplia, o a la interpretación más extensiva, cuando se trata de reconocer derechos protegidos e, inversamente, a la norma o a la interpretación más restringida cuando se trata de establecer restricciones permanentes al ejercicio de los derechos o su suspensión extraordinaria.

En este sentido, en el fallo Arriola, la Dra. Highton de Nolasco y el Dr. Maqueda, señalaron que:

“(…) a nivel internacional también se ha consagrado el principio “pro homine”. De acuerdo con el artículo 5º del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el 29 de la Convención americana, siempre habrá de preferirse la interpretación que resulte menos restrictiva de los derechos establecidos en ellos. Así cuando unas normas ofrezcan mayor protección, estas habrán de primar, de la misma manera que siempre habrá de preferirse en la interpretación la hermenéutica que resulte menos restrictiva para la aplicación del derecho fundamental comprometido (CIDH OC 5-85)”. (Considerando 23)

Es por lo anterior que, cuando se trata de encontrar la norma aplicable para la atención de la salud sexual y salud reproductiva de cada persona se debe optar por aquella que, de acuerdo con la aplicación del principio general pro homine, reconozca y garantice un mayor alcance a la protección de los derechos humanos. Esto es, aquella norma que permita con mayor alcance el ejercicio directo de los derechos humanos, sin discriminación y con la garantía de acceso a medios eficaces de reclamo en caso de no encontrar satisfecho el derecho.

Interpretación y aplicación de las normas jurídicas relacionadas con la atención de la salud sexual y salud reproductiva: reconocimiento de la mayoría de edad a los 16 años para todas las prácticas relacionadas con el cuidado de la salud

El nuevo Código Civil y Comercial (en adelante, CCyC) tiene como fuente normativa preexistente y de superior jerarquía a la Constitución Nacional y los Tratados de Derechos Humanos ratificados por la Argentina, que contienen los estándares mínimos que deben respetar todas las normas del ordenamiento jurídico interno. Por ello, toda interpretación normativa debe hacerse de acuerdo a los



principios pro persona (pro homine), de progresividad y no regresividad, autonomía e igualdad, entre otros.

En este sentido, el CCyC en sus artículos 1 y 2, reconoce la subordinación de todas las normas de ese Código a la Constitución y las normas de derechos humanos, en los siguientes términos:

Artículo 1: Los casos que este Código rige deben ser resueltos según las leyes que resulten aplicables, conforme con la Constitución Nacional y los tratados de derechos humanos en los que la República sea parte...

Artículo 2: Interpretación. La ley debe ser interpretada teniendo en cuenta sus palabras, sus finalidades, las leyes análogas, las disposiciones que surgen de los tratados sobre derechos humanos, los principios y los valores jurídicos, de modo coherente con todo el ordenamiento.

En relación a los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas, la subordinación legal a la Constitución y a las normas de derechos humanos, se traduce en la aplicación entre otros y fundamentalmente de los siguientes criterios interpretativos: interés superior y autonomía progresiva de niñas, niños y adolescentes (en adelante, NNyA) presunción de la capacidad de todas las personas en todas las circunstancias, pro persona, pro NNyA (pro minoris) e igualdad y no discriminación.

1. REGLAS SOBRE CAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Artículos 25 y 26 del CCyC: aplicación del principio de autonomía progresiva en adolescentes y configuración de la responsabilidad parental

Para la interpretación de todas las normas relacionadas con NNyA, incluyendo a las NNyA con discapacidad, corresponde ante todo, tener en cuenta que el nuevo CCyC tiene como fundamento el reconocimiento de la categoría de sujetos de derecho a todas las personas. En este sentido, incorpora lineamientos normativos que conducen de manera progresiva, hacia un modelo de familia democrático e igualitario, determinando entre otras cosas, un cambio en la configuración de la responsabilidad parental según los principios contenidos en el artículo 639 inc. a y b.

Sobre los criterios de interpretación del art. 26 a efectos de indicar criterios etarios para la presunción de autonomía en adolescentes

El criterio de “invasividad” utilizado por el artículo 26 CCyC debe leerse como tratamientos de “gravedad que impliquen riesgo para la vida o riesgo grave para la



salud”. Esto se colige a partir de su ubicación en un listado que no solo califica el término como “invasivo que comprometa el estado de salud” sino que además se lo asocia a tratamientos que “provocan un riesgo grave en su vida o integridad física”. Por tanto, es de comprensión de este Ministerio que ampliar el tipo de tratamientos contemplados en la excepción a la presunción de la capacidad, es restrictivo del derecho a la salud integral e injustificado.

Cabe remarcar que en los dos párrafos del art. 26 en que se menciona el término “invasivo” se lo asocia con el compromiso del estado de salud o el riesgo para la vida o integridad física. De esta forma, el cuarto párrafo refiere a “tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.” Y en el quinto, a “tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida”.

La evaluación del riesgo de las prácticas sanitarias debe realizarse con base en evidencia científica que contemple los diversos aspectos de la salud integral. El riesgo de una práctica sanitaria es generalmente definido como la probabilidad de que se produzca un resultado adverso o como un factor que aumenta esa probabilidad. El artículo 26 del CCyC, califica la práctica en tanto que “comprometa el estado de salud” del NNyA, o de que exista *riesgo grave* para la vida o afectación de la integridad física. Es decir, las prácticas sanitarias que requieren acompañamiento para la decisión en el período entre los 13 y los 16 años, son aquellas en que existe evidencia científica que muestra una probabilidad considerable (alta) de riesgo o se generen secuelas físicas para el NNyA y no solo en aquellas que tal consecuencia pudiera existir. Esta probabilidad se mostrará con estudios clínicos, estadísticas sanitarias, y otras fuentes autorizadas y de reconocida calidad.

Por otro lado, en aquellos casos en los que sea necesaria la asistencia para el consentimiento del NNyA, la interpretación adecuada del término “progenitores” del artículo 26 del CCyC, (según el contenido del artículo 59 del CCyC; ley de derechos del paciente; decreto de la ley de salud sexual) en cuanto se refiera a las prácticas relacionadas con el cuidado del propio cuerpo, debe ser interpretado de forma que permita que las personas que ejerzan, formal o informalmente, roles de cuidado puedan participar y acompañar al NNyA en el proceso de consentimiento informado y toma de decisiones sanitarias. Esto por cuanto se trata del ejercicio de un derecho personalísimo como la atención y el cuidado de la salud⁷⁶. De esta manera, cualquier “allegado” (artículo 59 del CCyC) o referente afectivo (artículo 7 Decreto 415/2006

⁷⁶ En este sentido se han pronunciado tanto el Comité de Derechos del Niño en su Observación General N° 15 de 2013, en relación con la interpretación de los artículos 5 y 9, para los cuales entiende que se debe equiparar las responsabilidades y derechos de todas las personas que ejercen roles de cuidado ya sean “padres biológicos, adoptivos, de acogida, tutores legales o habituales, y personas con las que el niño tengo una “relación personal estrecha”, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su Opinión Consultiva N° 21.



reglamentaria de la Ley 26.160) podría asistir al NNyA en el consentimiento de dichos actos.

4 - Personas con derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo

Este Protocolo está destinado a garantizar la dignidad y derechos de toda persona con capacidad biológica de gestar y, por lo tanto, potencial sujeto del derecho a abortar cuando su vida o salud estén en peligro, o esté cursando un embarazo producto de una violación sexual, independientemente de tener o no una discapacidad intelectual o mental.

Asimismo, como se mencionó anteriormente, este Protocolo se guía por el principio de **autonomía de las personas** y, en consonancia con el mismo, la atención de las situaciones de ILEs implica necesariamente el **consentimiento informado** por parte de la usuaria. Este es un proceso que recorre toda la atención y está enmarcado en la Ley N° 26.529, de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud y Ley N° 2611 de la Provincia de Neuquén sobre Derechos del Paciente.

En los casos de ILEs, el resultado del proceso de consentimiento informado es el documento por el cual, luego de recibir la información pertinente, la persona manifiesta haber decidido en forma autónoma, libre de influencias y presiones de cualquier tipo, y conociendo cabalmente posibilidades y riesgos, interrumpir el embarazo que cursa (ver modelo en el Anexo, pág. 68).

Antes de solicitar su firma, para que la persona que consulta pueda acceder a la toma de decisiones, el equipo de profesionales debe brindarle la información necesaria. La/el profesional debe contemplar la posibilidad de que la mujer le realice preguntas y repreguntas sobre las cuestiones que le generen dudas o miedos, para poder tomar una decisión autónoma, consciente e informada.

Respecto del consentimiento informado, hay dos grupos de personas que representan situaciones especiales: las niñas y adolescentes, y las personas con discapacidad intelectual o mental.

Niñas y adolescentes⁷⁷

La infancia y la adolescencia constituyen un grupo vulnerable dada la tradición existente de un sistema paternalista y tutelar que tiende a suplir la voluntad y el deseo de estas personas por considerarlas no capacitadas para decidir sobre sí mismas con autonomía y responsabilidad. Asimismo, es un grupo particularmente vulnerable a situaciones de abuso y violaciones sexuales. Por esto es muy importante, durante los

⁷⁷ Este apartado es una síntesis y especificación en relación al ILE de las principales ideas desarrolladas en el Documento sobre aspectos bioéticos para la atención de la salud de los niños, niñas y adolescentes, en la provincia de Neuquén, actualmente en elaboración por la Dirección de Bioética e Investigación de este Ministerio, al que debe referirse para ampliar la temática.



procesos de atención, generar un ambiente de empatía en el cual las niñas y adolescentes puedan expresar sus necesidades, temores y vergüenzas sin ser juzgadas ni acalladas.

La atención de niñas/os y adolescentes implica tener en cuenta dos aspectos: por un lado, la edad a partir de la cual son consideradas por la ley como personas plenamente autónomas, capaces de otorgar un consentimiento completo y suficiente por sí mismas; por otro lado, su derecho a ser escuchadas e informadas cualquiera sea su edad, de acuerdo a su especial necesidad de atención.

La incorporación de la categoría diferenciada “adolescente” en el CCyC no es una mera cuestión nominal, sino que provoca concretos efectos jurídicos. En efecto, ubicarse en la franja adolescente genera una presunción de madurez para determinados actos que habilita su ejercicio por la persona menor de edad, a pesar de su condición de minoridad.

Así, por ejemplo, a partir de los 13 años el adolescente puede decidir por sí respecto a tratamientos de salud no invasivos o que no impliquen riesgo para su salud o su vida (art. 26 CCyC);

En función de esto:

- Todas las personas de 13 años o más son consideradas por la legislación argentina como plenamente capaces de discernimiento. Por ello, pueden otorgar por sí mismas su consentimiento informado y realizar personalmente la declaración jurada requerida para la interrupción de un embarazo producto de una violación, sin que se requiera la autorización de sus padres o representantes legales. Sin perjuicio de lo anterior, se recomienda fomentar que las adolescentes cuenten con la compañía y el apoyo de una persona de su confianza durante el proceso.

Si concurre sola es necesario garantizar el permanente contacto con el servicio de salud tratante. El equipo interviniente evaluará la pertinencia de remitir o no informe a la Defensoría de los Derechos de la Niñez y Adolescencia por la situación de vulnerabilidad de derechos.

En situación de violación (causal 2) no es necesario exigir la denuncia o prueba de la violación y mucho menos su determinación judicial, pero sí es necesario dejar una copia de la declaración jurada para víctimas de delitos sexuales en historia clínica, firmada por la víctima o su representante legal en caso que corresponda.

Igualmente que con las mujeres adultas, es esencial que los equipos de salud garanticen claramente la confidencialidad, asegurándoles a las adolescentes que no compartirán la información de la consulta con nadie. Este criterio debe aplicarse teniendo en cuenta el principio del respeto del interés superior del niño, establecido en la Convención de los Derechos del Niño.

- En el caso de las niñas y adolescentes menores de trece años se deberá respetar su derecho a ser escuchadas y a que su opinión sea tenida en cuenta. Esto se basa en el principio de la “autonomía progresiva” y el grado de desarrollo de cada



niña o adolescente en situación de requerir la realización de una ILE. Sus representantes legales, o los que sean nombrados especialmente para el caso, deberán participar en conjunto con la niña o adolescente en la toma de decisiones, y deberán firmar el consentimiento informado y la declaración jurada de la violación cuando corresponda.

Los equipos de salud deben procurar desarrollar capacidades para el abordaje integral de la **sexualidad de las niñas y adolescentes y el respeto de sus derechos. Esto incluye una disposición especial para recabar los datos necesarios para completar la HC: garantizar un trato amable**, formular preguntas simples en un lenguaje entendible y, si fuera necesario, repetir las preguntas y sondear con cuidado y consideración.

Personas con discapacidad

Según la Convención Universal por los Derechos de las Personas con Discapacidad (aprobada por Ley 26.378), se consideran personas con discapacidad a quienes tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás. La normativa vigente (Código Penal y sentencia “F., A. L.” de la CSJN) alude como causal de ILE un “atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”; esta referencia debe comprenderse como la situación de violación a una persona con discapacidad mental o intelectual.

Como fue reconocido por la Convención y la Ley 26.378, las personas con discapacidad tienen la misma dignidad, autonomía y capacidad jurídica para decidir sobre su cuerpo que el resto. El servicio sanitario no debe actuar sin tener en cuenta o suprimiendo la voluntad de las mujeres discapacitadas sino que, por el contrario y en primer lugar, debe proporcionarles las herramientas que aseguren su participación en todo acto.

En las situaciones en las que la mujer con derecho a acceder a una ILE (ya sea por peligro para la salud, la vida o por violación) tenga discapacidad psicosocial o mental, es fundamental que el equipo de salud la acompañe durante todo el proceso de atención fortaleciendo su autonomía. Para esto, debe proveerle toda la información necesaria, de forma accesible y adecuada a sus particularidades, de manera que la persona pueda decidir con plena comprensión de las circunstancias. Esto implica el uso de medios y tecnologías adecuadas y flexibles.

Una alternativa posible es que se solicite a la mujer que elija una o más personas de su confianza para que le presten el apoyo necesario. En caso de no contar con ellas, lo más adecuado y conveniente es designar, con acuerdo de la mujer, a una persona idónea para esto. De esta forma, el procedimiento del consentimiento informado cumplirá con el criterio de respetar la voluntad de la persona con discapacidad. Todo lo actuado debe ser documentado en la HC.



En el caso de las personas declaradas incapaces judicialmente deberá asistirlos en el proceso de la consulta y la toma de decisiones su representante legal, quien debe firmar también el consentimiento informado.

Por otro lado, bajo ninguna circunstancia el servicio sanitario debe exigir la acreditación de la discapacidad intelectual-mental; en este sentido, la CSJN dice que la solicitud de cualquier tipo de acreditación o dictamen que exceda la declaración jurada en caso de violación, es considerado como una práctica burocrática dilatoria de la ILE que encubriría la denegación ilegal del aborto (CSJN, 2012: considerando 24).

5 - Los equipos de salud

El actor clave para el acceso sin discriminación de todas las personas a sus derechos sexuales y reproductivos es el equipo de salud, integrado por médicos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, enfermeras/os y demás personas que reciban y/o intervengan en la atención de ILEs. También son actores importantes el personal administrativo y de seguridad de los establecimientos.

La calidad de la atención y los requisitos para acceder a la práctica de ILEs son similares en establecimientos públicos y privados (prestadores de obras sociales o prepagas). También lo es la responsabilidad de los profesionales en caso de no respetar los derechos de las personas.

En todos los casos se recomienda trabajar con equipos interdisciplinarios. No obstante, es imperioso recalcar que no es necesaria la intervención de más de un médico/a para la constatación de las causales de no punibilidad previstas en la ley. En relación con este último punto, la CSJN aclaró que es ineludible “[...] aventar todo tipo de intento de exigir más de un profesional de la salud para que intervenga en la situación concreta, pues una exigencia tal constituiría un impedimento de acceso incompatible con los derechos en juego en este permiso que el legislador ha querido otorgar” (CSJN, 2012: considerando 24.)

Ante la constatación de un peligro para la salud psicosocial de la mujer y si lo estima necesario, el/la médico/a tratante podrá realizar una interconsulta con un profesional del campo de la salud mental y/o del trabajo social, según el caso. En relación con las/los profesionales de la salud es importante tener en cuenta sus responsabilidades profesionales y las sanciones que les pueden corresponder en caso de no cumplirlas, así como el derecho a presentar una objeción de conciencia.

Responsabilidad profesional

La CSJN plantea que las/los profesionales de la salud podrán ser responsables penal, civil y/o administrativamente por el incumplimiento de sus obligaciones en el ejercicio de su profesión cuando, de forma injustificada, no constaten la existencia de alguna de las causales previstas en el Código Penal para la realización de una ILE,



realicen **maniobras dilatorias** durante el proceso, suministren **información falsa** o cuando prevalezca en ellos una **negativa injustificada** a practicar el aborto.

6 - Abordaje del Equipo de salud

Recepción información y orientación

El contacto con el sistema de salud de una persona en condiciones de acceder a la interrupción legal del embarazo puede darse a partir de distintas situaciones.

Si bien es posible que sea la mujer la que se acerque para solicitar la ILE, en muchos casos es el equipo de salud el que detecta que la persona que está atendiendo presenta alguna de las causales que le dan derecho a solicitar la práctica. En estos casos, el profesional interviniente debe ofrecer a la mujer una consejería o derivarla donde pueda realizarla, para que ella pueda decidir, informada y autónomamente, si desea continuar o no con el embarazo. Asimismo, si ella lo decide, se debe disponer la realización de la ILE lo antes posible. Algunas de las situaciones posibles son:

- Que una mujer embarazada que conoce su derecho de acceder a una ILE solicite la práctica.
- Que exista una consulta o derivación desde un servicio especializado sobre una mujer con una enfermedad de base que se ha embarazado.
- Que durante el curso del embarazo se realice el diagnóstico de una enfermedad que pueda poner en riesgo la salud o la vida de la mujer.
- Que en la guardia o en cualquier consulta una mujer exprese que el embarazo que cursa es producto de una violación.
- Que se presente a la consulta una persona con discapacidad intelectual o mental, sola o acompañada, embarazada producto de una violación.
- Que los profesionales de la salud detecten en una embarazada un caso de violencia de género o de violaciones intramaritales.
- Que en alguna consulta se detecte que la continuación del embarazo pueda representar un peligro para la salud física, psíquica o social de la mujer

Los riesgos asociados con la interrupción del embarazo, si bien son mínimos cuando se realiza adecuadamente, aumentan con la edad gestacional. Asimismo, los



procedimientos que pueden ser utilizados para la interrupción durante el primer trimestre son menos invasivos y pueden realizarse de manera ambulatoria.

Todos los profesionales de la salud tienen un rol fundamental en la información y orientación a las mujeres amparadas por el derecho a la interrupción legal del embarazo. En muchos casos, la intervención puede comprender el dar información, contención emocional, orientación y derivación asistida a un equipo que en ese u otro efector de salud pueda realizar la consejería y el procedimiento médico.

Asimismo, si detecta a una mujer que cursa un embarazo no deseado pero que no se encuadra en las causales para realizar una ILE, se recomienda derivarla a una consejería en reducción de riesgos y daños para evitar situaciones de abortos inseguros y la consecuente morbilidad materna.

Cursar un embarazo en el contexto de una de las causales que describe la ley –tanto de salud como de violación– representa una vivencia que, por lo general, implica angustia, sufrimiento, dudas, ambivalencia y miedo por la salud, la fertilidad futura u otras consecuencias que pudiera traer el evento.

Los casos encuadrados en la causal salud pueden tratarse de embarazos deseados, lo que suma una dificultad para tomar la decisión y a veces origina sentimientos de culpa. A todo esto puede agregarse la preocupación por ser juzgada, a que se le niegue la atención o a sufrir maltrato.

Para esta detección es necesario que el equipo de salud indague con todas las personas embarazadas que toman contacto con ellos, tal como se indica en el **“Flujograma de modelo de atención en situaciones de ILE” (Cuadro 1).**

Por otra parte, desde el equipo de salud pueden generarse obstáculos para una atención de calidad. Por ejemplo, cuando se dejan entrever en la consulta opiniones personales en contra del aborto o hacen que se dilate el acceso a la práctica, con la consecuencia de que avance el embarazo y de esta manera no pueda luego realizarse la intervención.

En los casos de violación, los equipos de salud muchas veces habilitan o incluso generan situaciones de violencia al poner en duda la palabra de la mujer. En estas circunstancias se desdibuja la función del equipo de salud, que es brindar la mejor atención.

Estas cuestiones pueden condicionar la interacción entre la mujer que se acerca buscando atención y el/la profesional que debe brindársela, y hace que se



genere un vínculo poco propicio para favorecer la comunicación, la escucha activa, la confianza. El objetivo central de ese encuentro es realizar todas las acciones necesarias para garantizar el derecho a la interrupción legal del embarazo.

Flujograma de modelo de atención en situaciones de ILE (Cuadro 1).



Consulta de primera vez:

Toda mujer encuadrada en situación de ILE, puede solicitar éste procedimiento ante cualquier agente de salud, correspondiente a los distintos niveles de atención.

La entrevista de primera vez tiene como objetivo **informar, contener y acompañar a la mujer en situación de ILE, garantizando accesibilidad y confidencialidad a la atención de su salud integral.**

La entrevista se realizará en un ámbito respetuoso y receptivo apoyando a la mujer en la toma de decisiones, evitando los juicios morales y los tiempos de espera



innecesarios, garantizando un espacio donde pueda plantear sus dudas y recibir información veraz, adecuada y completa.

Se respetará la confidencialidad y se ofrecerá una atención que cubra aspectos físicos y emocionales.

En esta entrevista se realizará una anamnesis con la finalidad de establecer si la mujer está efectivamente embarazada. De estarlo, se deberá conocer edad gestacional, ubicación y vitalidad.

Dentro de las 72 horas del primer contacto con el Sistema de Salud, se deberá garantizar:

- Información.
- Asesoría.
- Test de embarazo.
- Laboratorio.
- Registro / Codificación.
- Ecografía, indicado con código ILVE, por el cual se evitará la exposición al registro auditivo o visual de la gestación en curso, salvo que la paciente requiera lo contrario.
- Confección de la historia clínica.
- Consentimiento informado.
- Acceso a la medicación.
- Analgesia oportuna.
- Acceso a turnos con disciplinas que se considere necesarias.

EVALUACIÓN MÉDICA

Examen Físico

Antes de iniciar el examen físico, explicarle a la persona en qué va a consistir y cuál es el propósito. En especial durante el examen ginecológico es importante informarle lo que se va a realizar, qué puede sentir y tranquilizarla. Es indispensable solicitarle siempre a la mujer su aprobación y cuidar la privacidad durante todo el examen. También, ofrecerle la opción de estar acompañada, si lo desea. El examen debe incluir:



- Examen físico general completo.
- Examen ginecológico. Suele ser más preciso y confiable si la mujer orina antes; permite orientar la edad gestacional.

Estudios Complementarios

En cada caso en particular y en función a los datos obtenidos en la historia clínica y el examen físico, se evaluará la necesidad de solicitar exámenes complementarios. Tener en cuenta que esto no puede ser un requisito ni la imposibilidad de ejecutarlos un obstáculo para la realización de la interrupción.

Laboratorio

Si la mujer no sabe su grupo sanguíneo y factor Rh, solicitarlo siempre que sea posible, de manera de administrar inmunoglobulina anti-RhO cuando esté indicado. Puede aprovecharse la oportunidad para realizar asesoramiento y prueba de tamizaje de VIH y VDRL, HBV, Chagas, TOXO, hematocrito y hemoglobina.

Ecografía

Si está disponible puede ayudar a definir la edad gestacional, descartar un embarazo ectópico y diagnosticar otras patologías o la inviabilidad del embarazo. Se recomienda descartar la presencia de un embarazo ectópico mediante ecografía especialmente en aquellas mujeres con antecedentes de cirugía tubaria, presencia de DIU, embarazo ectópico o con examen físico sospechoso (IPAS 2013).

En caso de realizarse la ecografía, se debe preguntar a la mujer si quiere ver la imagen o escuchar los latidos. Si no lo desea, es de suma importancia tomar los recaudos necesarios para que aquello no suceda. A su vez, si es posible, facilitar distintas áreas donde se puedan evaluar separadas aquellas mujeres que buscan una interrupción de aquellas que reciben cuidados prenatales.

Alta post procedimiento:

En casos que la intervención requiera internación, se intentará una internación lo más breve posible. Una vez comprobado el bienestar de la mujer se le otorgará el alta



hospitalaria, referenciándola con su médica/o de cabecera, con turno programado en el efector pertinente.

Tanto en los procedimientos realizados en forma ambulatoria como con internación hospitalaria, se deberá garantizar al momento del alta:

Información y asesoramiento en anticoncepción (ACO, Preservativos, DIU, LT):

En muchos casos puede ser beneficioso realizar la consejería antes del procedimiento de ILE. Si no fuera posible o apropiado, es conveniente efectuarla enseguida de concluido el tratamiento. En esta instancia se evaluarán los métodos que la mujer puede usar inmediatamente, teniendo en cuenta que luego, cuando concurra al control médico, puede cambiarlo si así lo desea.

Siempre, antes de iniciar la consejería, es de buena práctica que el/la profesional de la salud le pregunte a la mujer si considera que es un buen momento para hablar de anticoncepción.

Se recomienda mantener el encuentro en un espacio que garantice la privacidad. Es importante que al inicio el/la profesional le asegure a la mujer que lo que hablarán es confidencial y, además, le pregunte en forma privada si desea que su pareja o acompañante esté presente durante la conversación.

Si la mujer considera que no está lista para tomar una decisión sobre un método anticonceptivo a utilizar a largo plazo, es importante ofrecerle y entregarle métodos temporales para que tenga protección enseguida de la interrupción.

Igualmente, si el método que la mujer prefiere no puede ser suministrado de inmediato debido a su situación clínica, es importante ofrecerle uno provisional hasta que resuelva la situación.

La consejería en anticoncepción será más eficaz si se basa en las necesidades individuales de cada mujer. Por lo tanto, el equipo de salud debe valorar la situación de cada una de ellas, incluidas sus características personales y la capacidad del sistema de salud local para garantizar el acceso a los MAC.

Durante el encuentro, se recomienda que la/el profesional:

- Evalúe las necesidades de la mujer mediante preguntas abiertas y cuidando de no hacer suposiciones.
- Converse con ella sobre su interés en usar anticonceptivos.
- Evalúe con los criterios médicos de elegibilidad, a partir de la situación clínica de la mujer, cuáles son los métodos anticonceptivos seguros para ella.



- Informe a la mujer sobre los métodos anticonceptivos disponibles y accesibles para ella y le explique las características, uso, efectos secundarios y eficacia de cada uno.
- Valore las barreras que podrían restringir el uso exitoso de algunos métodos y considere junto con la mujer posibles formas de resolverlas o trabajar alrededor de ellas.

Acompañe a la mujer en la selección del método que sea más adecuado para su situación particular y preferencias.

- Brinde información sobre cómo funciona el método elegido, su modo de uso, la eficacia, qué hacer ante distintas situaciones como olvidos o uso de otras medicaciones, los posibles efectos secundarios, etc. Y, de ser posible, reforzar la información con folletería.
- Informe donde obtener el método elegido y realizar el seguimiento que requiera.
 - **Oferta de asistencia psicosocial si así lo requiere, garantizándoles la asignación de turno con el/la profesional correspondiente.**
 - **Pautas de alarma para reconocer complicaciones que puedan requerir asistencia médica. (Se darán por escrito).**
 - **Indicación de ferroterapia.**
 - **Citación para control médico a los siete (7) días y al mes, donde se le otorgará el alta definitiva.**
 - **Codificación de la práctica.**

Según el CIE 10 se acuerda la codificación y registro de las prácticas en planillas e historia clínica, utilizando los siguientes códigos de CIE-10: **Z64.0** (embarazo no deseado) ante las primeras consultas; Y ante la concreción de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), utilizar los códigos **Z64.0 y O.04** (aborto médico)

Embarazo, Parto y Puerperio

Embarazo terminado en aborto

- O00 Embarazo ectópico
- O01 Mola hidatiforme
- O02 Otros productos anormales de la concepción
- O03 Aborto espontáneo
- O04 Aborto médico
- O05 Otro aborto
- O06 Aborto no especificado



O07 Intento fallido de aborto

O08 Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar.

Personas con riesgos potenciales para su salud relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales

Z64. Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales.

Z64.0 Problemas relacionados con embarazos no deseados.

Proceso de Consentimiento Informado⁷⁸

El consentimiento informado es un proceso comunicativo y deliberativo entre el agente de salud y la mujer, en el curso del cual toman conjuntamente decisiones acerca de la manera más adecuada de abordar un problema de salud que refleje la decisión libre y voluntaria de una persona a la que se le realiza o no, una determinada práctica. El consentimiento informado se debe comenzar a trabajar desde el primer momento de la atención (información, asesoría).

La información deberá ser clara, veraz, precisa y completa sobre sus derechos, los procedimientos, beneficios, riesgos y efecto para su salud. Se detallará en la Historia Clínica la información brindada y la comprensión por parte de la mujer, dejándose debida constancia de su solicitud y de su consentimiento a efectuar la interrupción del embarazo suscripto por la mujer y/o representante legal según sea el caso y el equipo interviniente.

En esta entrevista se le explicaran los distintos métodos con que se cuenta para realizar la práctica, relatándole los procedimientos a los que se verá expuesta como así también cuales son los riesgos probables de cada práctica, en qué consisten, qué puede sentir y qué ocurre durante y después del procedimiento.

Se hará hincapié en:

- Ventajas y desventajas de cada procedimiento (dolor, anestesia requerida, riesgos, tiempo de internación).
- Tiempo que implica cada uno de los procedimientos.
- Retorno a la vida cotidiana (indicaciones, seguimiento, signos de alarma).
- Retorno a la vida sexual.
- Anticoncepción.

⁷⁸ Este apartado es una síntesis y especificación en relación al ILE de las principales ideas desarrolladas en la Disposición N°016/2011; al que debe referirse para ampliar la temática.



Para el registro de dicho proceso (siempre previo a la realización de la práctica), se recomienda utilizar el formulario actualmente en vigencia según Disposición 016/2011 (Anexo I), o el que en lo sucesivo lo reemplace.

Se elaboran dos (2) originales de cada uno debidamente fechados y firmados, una para la mujer y otro para la Historia Clínica.

Situaciones específicas que requieren derivación a mayor complejidad

- En las situaciones abordadas desde los Centros de Salud, en las que se constate una Edad Gestacional mayor a las 12,6 semanas a partir de ecografía, y resueltos los pasos previos indicados en el punto **1.2 Consulta de Primera Vez** (Información – Asesoría – Confirmación de embarazo – Laboratorio – Registro/Codificación), se efectuará la derivación a hospital de referencia para dar continuidad a la práctica.

- En caso que se efectúe la práctica de forma ambulatoria en el Centro de Salud, de acuerdo a los pasos indicados, y con edad gestacional menor a las 12,6 semanas, y se presenten complicaciones posteriores a la realización de la práctica, se efectuará derivación pertinente al hospital de referencia.

- Las mujeres que presenten limitantes por alto riesgo anestésico deberán ser derivadas a centros de mayor complejidad.

Declaración jurada (Anexo II)

Cuando la mujer que consulta manifieste que el embarazo que cursa es producto de una violación, la/el médica/o tratante debe solicitarle que realice una declaración jurada en la que exprese haber sido víctima de un hecho de ese tipo. Bajo ninguna circunstancia es necesario que describa los hechos y detalles, incluso si en el modelo de HC o consentimiento que se utilice se solicitan.

En ningún caso corresponde pedirle otro tipo de constancia, documentación o información que la declaración jurada, ni que realice gestión alguna ante otras personas o instituciones. Tampoco es requisito la denuncia policial o judicial.

En el Anexo se adjunta un modelo de declaración jurada (pág. 67), pero en caso de no disponer del mismo, basta con unas líneas firmadas por la mujer en la Historia Clínica en las que afirme que el embarazo es resultado de una violación.

En el caso de menores de 13 años o de mujeres declaradas judicialmente incapaces también debe firmar el representante legal. El consentimiento informado y la declaración jurada son los únicos requisitos que se debe solicitar a la mujer para realizar una ILE producto de una violación.

7 - Procedimiento para realizar la interrupción del embarazo



Como se mencionó, las opciones terapéuticas para realizar una ILE dependen de la edad gestacional, el deseo de la mujer y las posibilidades del centro asistencial. Es esencial realizar una adecuada consejería previa en la cual se expliquen las diferentes posibilidades, de manera que la persona pueda tomar su decisión basada en una información completa.

Por tratarse, en general, de procedimientos de baja complejidad, la atención de las mujeres que requieren una ILE puede realizarse en el primer nivel de atención y en forma ambulatoria.

Sin embargo, es necesario que se pueda brindar atención integral para ILEs en todos los niveles del sistema de salud para atender a mujeres que presenten eventuales complicaciones, se encuentren en etapas más avanzadas del embarazo o cuando haya un compromiso de salud y sea conveniente realizar el procedimiento bajo supervisión médica estricta.

Los centros de salud que no cuenten con el personal ni el equipamiento adecuados para realizar la interrupción deben garantizar la derivación asistida de la mujer sin retrasos para que reciba la atención integral tempranamente (OMS, 2012).

1. Vacunación e isoinmunización Rh

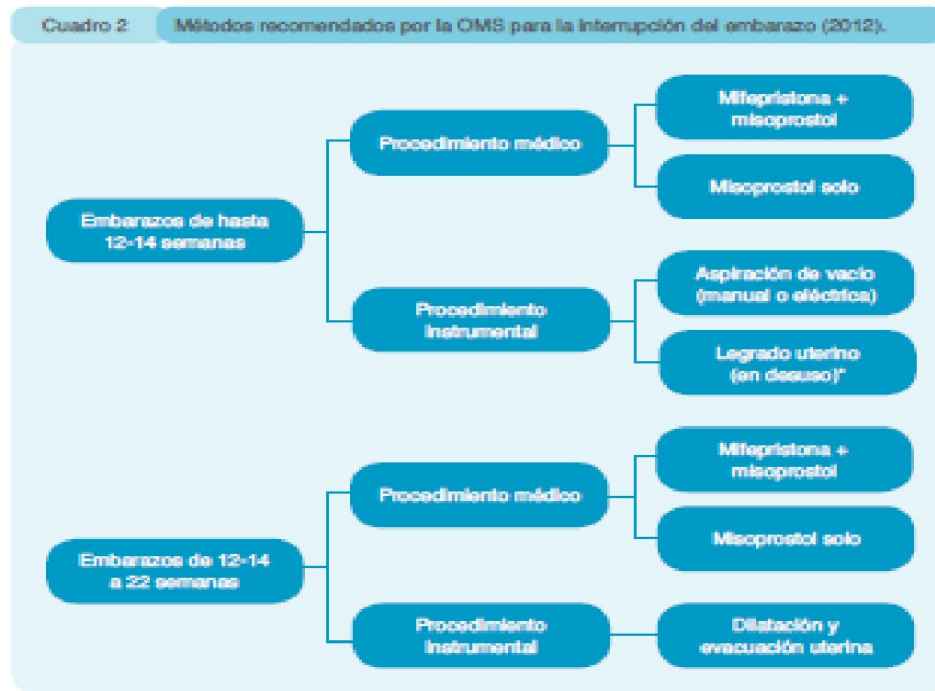
La OMS sugiere que el riesgo teórico de isoinmunización es muy bajo en embarazos menores a 63 días de gestación (9 semanas). En consecuencia, la determinación del factor Rh y la administración de profilaxis anti-Rh no se consideran requisitos previos para realizar el procedimiento de ILE en embarazos tempranos. Si se dispone de inmunoglobulina anti-Rh, debe administrarse antes o durante el procedimiento (OMS, 2012).

Por su parte, la International Planned Parenthood Federation recomienda que si una mujer Rh-negativa va a administrarse misoprostol en su hogar, se administre inmunoglobulina anti-Rh el día en que comienza el procedimiento. Si el embarazo tiene entre 6 y 12 semanas de gestación, la dosis recomendada es de 50 mcg por vía intramuscular, y si el embarazo es mayor, 300 mcg también por vía intramuscular (IPPF, 2012).

Si la mujer no ha sido vacunada contra el tétanos en los 10 años anteriores a la consulta, se debe aplicar la vacuna antitetánica o doble adulto.

2. Evacuación uterina

En el Cuadro 2 se presentan las opciones terapéuticas de acuerdo a las recomendaciones de la OMS.



El legrado o raspado uterino debe ser utilizado cuando ninguno de los otros métodos mencionados esté disponible.

Los servicios de salud y los responsables de los programas deben realizar todo el esfuerzo posible para reemplazar el legrado Uterino por el tratamiento médico o la aspiración.

Procedimiento medicamentoso

El procedimiento para la interrupción del embarazo con medicamentos ha demostrado ser aceptable en muchos entornos, aun en países de escasos recursos. La medicación de elección recomendada por la OMS es misoprostol combinado con mifepristona, ya que este último medicamento aumenta considerablemente la efectividad del tratamiento, disminuye el tiempo de respuesta y el dolor. Sin embargo, la mifepristonano se encuentra disponible en todos los países y en esos casos habitualmente se emplean regímenes de misoprostol solamente.

De todas maneras, dado que las organizaciones internacionales recomiendan el régimen combinado (mifepristona + misoprostol) también se describe el esquema en este Protocolo.

Los efectores de salud deben contar con aspiración de vacío o la posibilidad de derivación para ser utilizados en caso de falla o aborto incompleto.

Manejo ambulatorio

La práctica extendida y numerosas investigaciones han demostrado que la realización del procedimiento medicamentoso en forma ambulatoria es una opción segura y eficaz. Asimismo, es elegida por muchas mujeres porque les permite iniciar el



proceso de interrupción en el momento en que les resulte más cómodo y les brinde mayor tranquilidad.

La OMS y el Royal Collage of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) recomiendan el uso del misoprostol en el hogar en embarazos menores o iguales a 9 semanas (63 días) a partir de la FUM. De acuerdo a la FLASOG en gestaciones menores de 10 semanas, el tratamiento puede ser implementado sin requerir hospitalización, dependiendo de las condiciones particulares de cada mujer (FLASOG 2013)

Para que la mujer pueda llevar a cabo el procedimiento médico en el hogar, es indispensable que el equipo tratante:

- Brinde la consejería previa para que la mujer pueda decidir con pleno conocimiento realizarlo de esa forma.
- Garantice a la mujer la medicación necesaria para el procedimiento, incluyendo analgésicos, por si llegara a requerirlos.
- Cumplimente todos los requisitos administrativos: Historia Clínica, consentimiento informado y declaración jurada en caso de violación.
- Corrobore que comprenda las consignas y las pautas de alarma.
- Evalúe que no presente comorbilidades que pudieran poner en riesgo su salud.
- acuerde visitas de seguimiento post procedimiento.

Misoprostol y mifepristona

El **misoprostol** es un análogo de la prostaglandina E1 que, al igual que las prostaglandinas naturales, tiene acción sobre varios tejidos, incluyendo la mucosa gástrica y el músculo liso del útero y el cérvix. Provoca contracciones del músculo liso del útero, estimula la maduración cervical y aumenta el tono uterino. La sensibilidad del útero al misoprostol aumenta con la edad gestacional, por lo que la dosis más efectiva e inocua varía de acuerdo a cada trimestre. Se almacena a temperatura ambiente, presenta numerosas vías de administración y tiene una vida media prolongada.

Inicialmente, este medicamento fue ideado y comercializado para el tratamiento de la gastropatía por AINES, pero en la actualidad es aceptado y utilizado ampliamente para otras indicaciones. En marzo de 2005, la OMS incluyó al misoprostol en su lista de medicamentos esenciales, por haberse demostrado su eficacia y perfil de seguridad para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto espontáneo.

Entre sus indicaciones se encuentran: maduración cervical, inducción del aborto en 1° y 2° trimestres, prevención y profilaxis de la hemorragia post parto, aborto incompleto, preparación instrumental del cuello uterino (OMS, 2005). En la Argentina, hasta fines de 2014 la ANMAT no había avalado estas indicaciones. Sin embargo, en muchos países los medicamentos pueden ser utilizados en forma y para indicaciones que no están incluidas en el registro original. Este uso, conocido como *off label* "fuera de etiqueta", es una práctica bastante común y aceptada. Por ejemplo, por la Food and Drug Administration de los Estados Unidos, que al respecto dice: "La buena práctica médica y el mejor interés de los pacientes requiere que los médicos utilicen drogas[...] legalmente disponibles de acuerdo a sus conocimientos y mejor juicio. Si un médico usa una droga con una indicación diferente de aquella para la cual la droga fue aprobada, está obligado a estar muy bien informado sobre el producto y basar su uso en un raciocinio médico firme y en sólidas evidencias científicas, además de mantener un registro del uso del producto y de sus efectos" (citado en Gynuity, 2009b y FLASOG, 2013).

La **mifepristona** es un antiprogéstágeno que se une a los receptores de progesterona inhibiendo su acción y, por ende, interfiriendo con la continuación del embarazo.

También forma parte del listado de medicamentos esenciales de la OMS. En la Argentina, hasta fines de 2014, la mifepristona no había sido registrada.



Una vez que se establece que es posible llevar a cabo el tratamiento en el hogar y la mujer acepta esta opción, se le debe explicar cómo debe realizarlo, brindando información clara y precisa sobre qué esperar en relación con la hemorragia vaginal y la expulsión del producto de la concepción, y sobre cómo reconocer las complicaciones. Si es posible, reforzar la explicación en forma escrita o con folletería.

Es muy importante establecer un vínculo personalizado entre la mujer y el profesional o equipo de salud que la asiste. De esa manera ella cuenta con un referente a quien recurrir para realizar el seguimiento de su tratamiento o ante cualquier inconveniente.

Manejo en internación

Se indicará la internación para realizar el procedimiento medicamentoso en aquellas mujeres que presenten las siguientes situaciones:

- Embarazos mayores a 10 semanas.
- Embarazos menores a 10 semanas que no cumplan con los requisitos para tratamiento ambulatorio.
- Mujeres víctimas de violación que han realizado una denuncia policial, en cuyo caso es necesario garantizar las medidas necesarias para conservar el material para un estudio de ADN.
- Mujeres cuya condición clínica haga necesario un control estricto durante el procedimiento.

Esquema médico

En la Tabla 1 se detallan las dosis recomendadas para realizar el procedimiento médico con el esquema de misoprostol solamente, y en la Tabla 2 para el esquema con mifepristona seguido de misoprostol.

Vías de administración

Si bien las vías recomendadas por OMS, FLASOG y FIGO son la sublingual, la oral y la vaginal, también es posible utilizar el misoprostol por vía bucal. Diferentes estudios han demostrado que esta forma de administración es tan eficaz como la vaginal (IPAS, 2013).

En la administración por vía bucal, el comprimido de misoprostol se coloca en el espacio entre la encía y la mejilla, y se deja absorber a través de la mucosa bucal, mientras que por la vía sublingual se aplica bajo la lengua. El comprimido es altamente soluble y puede disolverse en 20 minutos o menos. Pasados 30 minutos, se debe tragar lo que quede de los comprimidos (FLASOG, 2013).

Cuando se utiliza la vía vaginal, se recomienda humedecer las tabletas con agua o suero fisiológico para facilitar la disolución y mejorar la absorción, previo al momento de su colocación en el fondo de saco vaginal (FLASOG, 2013).



En los casos en que se utilicen comprimidos de misoprostol asociado a Diclofenac, se recomienda que antes de aplicarlo se extraiga el núcleo del comprimido, compuesto por Diclofenac, y se descarte.

Es importante considerar que algunas mujeres prefieren evitar la vía vaginal. Tener esto en cuenta especialmente en niñas y adolescentes, y cuando el embarazo es producto de una violación o abuso, ya que esta forma de aplicación podría implicar una situación traumática. En estos casos ofrecer especialmente la vía sublingual o bucal.

Tabla 1 Procedimiento medicamentoso con misoprostol solo.		
Sociedad científica	Edad gestacional	Dosis, vía de administración y esquema
Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012)	Menor a 12 semanas (84 días)	Misoprostol 800 mcg vaginal y repetir dosis entre las 3 a 12 hs (máximo 3 dosis).*
		Misoprostol 800 mcg sublingual y repetir dosis a las 3 hs (máximo 3 dosis).
	Mayor a 12 semanas	Misoprostol 400 mcg vaginal** o sublingual cada 3 hs (máximo 5 dosis).
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG, 2013)	Menor a 12 semanas	Misoprostol 400 a 800 mcg sublingual cada 4 hs hasta completar 3 dosis.
		Misoprostol 400 a 800 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 400 mcg cada 6 hs hasta completar 3 dosis consecutivas.
	13 a 15 semanas	Misoprostol 400 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica repetir dosis de 400 mcg a las 6-12 hs. Si persiste sin respuesta a las 24 hs, duplicar la dosis inicial, y repetir 12 hs después.
	16 a 18 semanas	Misoprostol 200 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica repetir dosis de 200 mcg a las 6-12 hs. Si persiste sin respuesta a las 24 hs, duplicar la dosis inicial, y repetir 12 hs después.
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2012)	1° trimestre	Misoprostol 800 mcg vaginal cada 12 hs (máximo 3 dosis).
		Misoprostol 800 mcg sublingual cada 3 hs (máximo 3 dosis).
	2° trimestre	Misoprostol 400 mcg vaginal cada 3 hs (máximo 5 dosis). EN CASOS CON ANTECEDENTE DE CESÁREA O CICATRIZ UTERINA, USAR LA MITAD DE LA DOSIS.



- Este esquema es el más utilizado por los servicios del país donde se realizan ILEs. Suelen indicarlo con intervalos de 8 horas.
- En mujeres nulíparas, la vía vaginal es más eficaz que la sublingual (OMS, 2012).

Tabla 2 Procedimiento medicamentoso con mifepristona - misoprostol.			
Sociedad científica	Edad gestacional	Dosis de mifepristona y vía de administración	Dosis de misoprostol, vía de administración y esquema
Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012)	Menor a 9 semanas (63 días)	Mifepristona 200 mg oral	Luego de 1 a 2 días, administrar misoprostol 800 mcg vaginal, bucal o sublingual. Vía oral solo en menores de 7 semanas con dosis 400 mcg.
	9 a 12 semanas	Mifepristona 200 mg oral	Luego de 36 a 48 hs indicar misoprostol 800 mcg vaginal y dosis adicionales de 400 mcg cada 3 hs vaginal o sublingual (máximo 4 dosis). Administrado en un centro de salud.
	Mayor a 12 semanas (84 días)	Mifepristona 200 mg oral	Luego de 36 a 48 hs indicar misoprostol 400 mcg oral u 800 mcg vaginal o sublingual cada 3 hs (máximo de 5 dosis). Administrado en un centro de salud.
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG, 2013)		Mifepristona 200 mg oral	Misoprostol 800 mcg vaginal.
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2012)	1° trimestre	Mifepristona 200 mg oral	Misoprostol 800 mcg vaginal cada 12 horas (máximo 3 dosis).
		Mifepristona 200 mg oral	Misoprostol 800 mcg sublingual cada 3 hs (máximo 3 dosis).
	2° trimestre	Mifepristona 200 mg oral	Misoprostol 400 mcg vaginal cada 3 hs (máximo 5 dosis). USAR LA MITAD DE LA DOSIS SI HAY ANTECEDENTE DE CESÁREA O CICATRIZ UTERINA.

Tiempo para obtener resultado terapéutico y eficacia

Se estima que la tasa de éxito con el esquema de misoprostol solo para obtener un aborto completo es cercana al 90%, ya sea que se emplee en gestaciones del primer o segundo trimestre del embarazo (FLASOG, 2013). La eficacia es mayor si se usa el esquema mifepristona + misoprostol.



Es importante resaltar que el resultado dependerá del tiempo de espera para obtener el efecto deseado. Así, entonces, la tasa de abortos en las primeras 24 horas es superior al 80% y se incrementa a medida que transcurre el tiempo, hasta lograrse resultados muy exitosos alrededor de las 72 horas posteriores a la administración.

En la mayoría de los casos la expulsión fetal y placentaria ocurren en las primeras 24 horas, pero puede demorarse entre 48 y 72 horas (FLASOG, 2013).

Precauciones para el uso de misoprostol

Si la mujer tiene colocado un DIU, se recomienda realizar la extracción antes de la administración de misoprostol. Y si se encuentra amamantando, es importante recomendar que deseché la leche materna durante las primeras horas después de la administración de misoprostol (Gynuity, 2009a).

No se recomienda el uso de misoprostol en mujeres con las siguientes condiciones (FLASOG, 2013):

- Disfunciones hepáticas severas, dado que el misoprostol se metaboliza principalmente en el hígado.
- Sospecha de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada.
- Coagulopatías o tratamiento en curso con fármacos anticoagulantes.
- Alergia reconocida a las prostaglandinas.

Se requiere precaución y la interconsulta con un especialista en el caso de las mujeres que usan corticoesteroides a largo plazo, así como con las que tienen trastornos hemorrágicos, anemia grave, cardiopatías preexistentes o factores de riesgo cardiovascular.

Profilaxis antibiótica

Luego de una interrupción realizada con un procedimiento médico, el riesgo de infección intrauterina es muy bajo; por lo tanto, no se requieren antibióticos profilácticos (OMS, 2012).

Información y recomendaciones para la mujer

Es importante informar a la mujer sobre los efectos esperables, especialmente en los casos en que realice el tratamiento de manera ambulatoria, para disminuir así las preocupaciones que pudieran surgirle cuando se encuentre en su domicilio. Estos incluyen:

Sangrado: normalmente empieza el mismo día en que se toma el medicamento. Es leve a moderado, suele durar en promedio 9 días pero puede continuar hasta la siguiente menstruación.



Dolor o cólicos abdominales: normalmente comienzan durante la hora posterior a la toma del misoprostol. Para disminuirlos se pueden tomar analgésicos, como ibuprofeno.

Síntomas gastrointestinales: pueden presentarse diarrea, náuseas y vómitos pasajeros.

Fiebre/escalofríos: ocurren ocasionalmente y son pasajeros, suele ser una febrícula y cede con dosis habituales de AINES.

También es importante brindar pautas o signos de alarma a los que la mujer tiene que estar atenta para que, si se presentan, realice una consulta oportuna en la guardia hospitalaria o centro de salud. Recomendar que concurra de inmediato si presenta:

- Fiebre un día después de realizar el tratamiento.
- Dolor abdominal fuerte, que no mejora después de tomar analgésicos, como ibuprofeno.
- Sangrado importante, es decir, si empapa más de dos apósitos femeninos grandes por hora durante más de dos horas consecutivas.
- Sangrado abundante repentino, después de que este disminuyó o se detuvo durante varios días luego de haber tomado misoprostol.
- Sangrado continuo durante varias semanas y/o mareos.

Seguimiento

En los casos en que se realice el tratamiento ambulatorio, se recomienda hacer el control a los 7 a 14 días posteriores, para permitir que tenga lugar el proceso de expulsión. Igualmente, en algunos casos puede resultar importante mantener una consulta antes de este tiempo para brindar mayor contención y acompañamiento en el proceso.

Si en el momento de la visita de seguimiento se constata que la mujer se encuentra cursando un aborto incompleto, según el criterio médico y la preferencia de la mujer, se puede repetir el procedimiento medicamentoso o realizar una evacuación instrumental. En este último caso, el centro de salud debe contar con la posibilidad de efectuarlo o de derivar a la mujer a otro efector de salud donde cuenten con esta opción.

No se recomienda realizar la intervención quirúrgica antes de los 7 días de iniciado el procedimiento medicamentoso, a menos que esté indicado clínicamente porque se presenta alguna complicación, como una hemorragia intensa o infección.

Estas pautas también deben tenerse en cuenta en los casos de mujeres con gestaciones menores a 12 semanas que realicen una interrupción con un procedimiento medicamentoso con internación.



En los casos de embarazos mayores a 12 semanas, luego del tratamiento medicamentoso, si se constata un aborto incompleto, se procederá a completar la evacuación uterina mediante un procedimiento instrumental.

Para más información, ver la “Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto” (PNSSyPR, 2015).

Evacuación con procedimiento instrumental

La práctica de ILE también puede realizarse mediante un procedimiento instrumental, ya sea de aspiración de vacío o por raspado o legrado uterino. La aspiración de vacío presenta mínimas complicaciones, en comparación con las que pueden ocurrir con el raspado o legrado con cureta rígida (como la perforación uterina, lesiones cervicales y la posibilidad de generar sinequias uterinas). Además, la aspiración de vacío es un procedimiento más sencillo y está asociado con una menor pérdida de sangre y dolor.

El raspado evacuador o legrado resulta un método menos seguro y más doloroso que otros tratamientos. Por ese motivo, deberá reservarse sólo para los casos en que no pueda realizarse tratamiento médico y no esté disponible la aspiración de vacío.

En aquellos lugares donde la práctica habitual es el legrado uterino se deben dirigir todos los esfuerzos a reemplazarla por la aspiración de vacío, a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención.

En el presente Protocolo se desarrollará la técnica de aspiración de vacío, que consiste en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica unida a una fuente de vacío. Según sea la forma en que se produce el vacío, la técnica puede ser de aspiración de vacío eléctrica (mediante una bomba eléctrica), o manual (en la que el vacío se crea utilizando un aspirador plástico sostenido y activado con la mano [AMEU]).

Antes de comenzar con el procedimiento es fundamental explicarle a la mujer en qué consiste y cómo es el seguimiento posterior (duración; posibles efectos secundarios, como dolor, sangrado, náuseas, diarrea, vómitos; tipo de anestesia que se utilizará; tiempo de recuperación; posibles complicaciones). Este procedimiento no debe completarse mediante raspado uterino a modo de rutina.

Mediante la utilización de la aspiración de vacío se notifican índices de aborto completo de entre el 95% y el 100%, con tasas de complicaciones extremadamente bajas (OMS, 2012).

Profilaxis antibiótica

El uso de rutina de antibióticos al momento del procedimiento instrumental disminuye el riesgo de infecciones posteriores. Deben aplicarse las precauciones



habituales para el control de las infecciones, aunque no se debe negar la interrupción cuando no se dispone de antibióticos profilácticos.

Si hay signos clínicos de infección, la mujer debe ser tratada inmediatamente con antibióticos y luego llevar a cabo el aborto.

Preparación cervical

Previamente al procedimiento instrumental, se recomienda la preparación del cuello uterino en todas las mujeres que cursen un embarazo de más de 12 a 14 semanas de gestación, y en el caso de las mujeres nulíparas con gestaciones mayores a 9 semanas completas. Igualmente, la preparación cervical puede considerarse para cualquier edad gestacional, en especial para las mujeres con un riesgo alto de lesión del cuello uterino o de perforación del útero (por ejemplo, aquellas que presentan anomalías cervicales o cirugías previas) (OMS, 2012).

Puede prepararse el cuello en forma eficaz con la administración de 400 mcg de misoprostol vía vaginal entre 3 y 4 horas o por vía sublingual entre 2 y 3 horas antes del procedimiento.

Manejo del dolor

Durante el procedimiento de evacuación uterina, la mujer puede presentar dolor de distinta intensidad, desde cierto grado de molestia hasta un malestar muy incómodo. Esta percepción del dolor y la consecuente reacción pueden variar en cada mujer en función de distintos factores.

Es importante explicarle a la mujer que, si bien el procedimiento es relativamente corto, durante ese tiempo probablemente sentirá cierto grado de molestia. El dolor puede atenuarse mediante una combinación de apoyo verbal, medicamentos orales, bloqueo paracervical y un trato amable y respetuoso. A continuación se detallan los medicamentos orales y sus efectos.

Analgésicos: el paracetamol y el ibuprofeno disminuyen el dolor.

Opiáceos: deben usarse cautelosamente dado que, en el caso de tratamientos realizados en forma ambulatoria, se han registrado incidentes, tales como caídas de escaleras y accidentes de tránsito. Para evitar esto, la mujer debería estar acompañada por alguien que pueda ayudarla.

Tranquilizantes (ansiolíticos): reducen la ansiedad y la memoria, pero no el dolor, y relajan los músculos. Al usar benzodiacepinas, tales como diazepam, se deben seguir las mismas recomendaciones que para los opiáceos.

Con respecto a la anestesia, el procedimiento de aspiración de vacío puede realizarse con bloqueo paracervical, anestesia regional (raquídea o peridural) o general.

Pasos y recomendaciones para realizar el bloqueo paracervical (OMS, 2012):



1. Cargar, en una jeringa de 10 ml con aguja 21 G x 1 y medio, 10 ml de lidocaína sin epinefrina al 1% o 5 ml de lidocaína sin epinefrina al 2%, más 5 ml de solución salina o agua destilada.

2. Luego de colocado el espéculo y realizada la correcta antisepsia del cuello uterino, estabilizar el cuello uterino tomando el labio anterior o posterior –de acuerdo con la posición del útero– con una pinza de cuello (Pozzi o Erina). Previamente puede inyectarse

1 a 2 ml de anestésico en el lugar donde se aplicará la pinza.

3. Aplicar una suave tracción con la pinza de cuello que permita observar el repliegue cervicovaginal posterior.

4. Aplicar el bloqueo paracervical en los puntos horarios 3, 5, 7 y 9 sobre la unión de la mucosa vaginal y la cervical, bajo la mucosa cervical, no sobre el exocervix (Figura 1).

- Introducir la aguja hasta una profundidad de 2,5 a 3,8 mm (no sobrepasar esta profundidad ya que implica riesgos de lesión vesical o de víscera hueca).

- Aspirar para verificar que no se está inyectando en un vaso sanguíneo.

- Administrar 1 ml para descartar una reacción alérgica. De no existir, completar la aplicación lentamente.

- Inyectar lentamente de 2 a 5 ml de lidocaína al 1%.

- Esperar 5 minutos, hasta que el anestésico haga efecto.

Un ejemplo de un plan para el manejo del dolor incluye la colocación de un bloqueo paracervical, la administración de analgésicos orales 30 a 45 minutos antes de iniciar el procedimiento de aspiración de vacío y el uso de modalidades no farmacológicas, tales como el apoyo verbal y el trato amable y respetuoso (IPAS, 2006).

Procedimiento de evacuación con aspiración de vacío

A continuación se detalla la técnica de AMEU.

Aunque la mayoría de los conceptos puntualizados corresponden a las dos modalidades de aspiración de vacío (eléctrica o manual) se hace hincapié en la técnica manual dado que es la que está actualmente disponible en la mayoría de los centros del país.

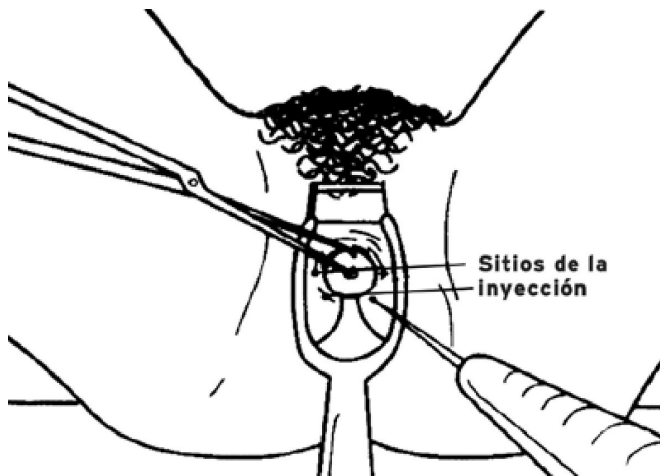


Figura 1. Bloqueo paracervical

Dependiendo de la edad gestacional, el aborto mediante aspiración de vacío lleva entre 3 y 10 minutos y puede realizarse de manera ambulatoria, utilizando analgésicos y/o anestesia local.

1. Preparar el instrumental. Disponer una mesa auxiliar estéril con 1 pinza aro, 1 espéculo, 1 pinza de cuello uterino (Pozzi), 1 bol con antiséptico, 1 riñonera, 1 juego completo de bujías de Hegar, gasas, el aspirador de AMEU (ver “Preparación y funcionamiento del aspirador manual”, pág. 49) y cánulas semirrígidas (abrir solo la cánula que se utilizará, de acuerdo con la altura uterina)

(Figura 2). Antes de usar el aspirador, asegurarse de que conserve el vacío; para esto, cargar el aspirador, esperar unos minutos y luego soltar los botones para liberar el vacío. El sonido del aire que entra en el aspirador es una indicación de que se ha creado el vacío. Si esto no ocurre, ver que el aspirador esté bien armado, inspeccionar el anillo “O” para comprobar que no tenga defectos o cuerpos extraños y si está bien lubricado, y asegurarse de que el cilindro esté firmemente colocado en la válvula. Si el anillo “O” no se encuentra bien lubricado puede utilizarse xilocaína en jalea o gel en base acuosa como el usado para realizar ecografías (nunca usar vaselina u otros derivados del petróleo). Si al volver a probarlo no conserva el vacío, usar otro aspirador.



Figura 2. Instrumental dispuesto en la mesa auxiliar estéril.

2. Preparar a la paciente. Pedirle que vacíe la vejiga. Ayudarla a subir a la camilla y a colocarse en posición ginecológica.
3. Examen ginecológico. Realizar un examen bimanual para confirmar la altura uterina y verificar la dilatación del cuello. Cambiarse los guantes. Colocar cuidadosamente el espéculo vaginal.
4. Realizar antisepsia. Aplicar una gasa embebida en solución antiséptica por el cuello uterino y las paredes vaginales.
5. Realizar bloqueo paracervical
6. Elección de la cánula. El tamaño de la cánula a utilizar depende de la altura del útero a partir de la fecha de la última menstruación y la dilatación del cuello uterino. Con una FUM y altura uterina de 4 a 6 semanas se utiliza una cánula de 4 a 7 mm, de 7 a 9 semanas una de 5 a 10 mm y de 9 a 12 semanas una de 8 a 12 mm.
7. Dilatar el cuello uterino. Proceder según sea necesario para permitir que la cánula seleccionada se deslice ajustada y fácilmente a través del orificio cervical.
8. Insertar la cánula. Introducir la cánula tomándola por el extremo distal y empujarla suavemente a través del cérvix uterino hasta un poco después del orificio cervical interno.

Para facilitar la introducción, realizar movimientos de rotación a medida que se ejerce una presión suave. Empujar la cánula suavemente hasta tocar el fondo de la cavidad uterina.

Los puntos visibles de la cánula permiten determinar la histerometría: el primero se encuentra a 6 cm del extremo romo de la cánula y los otros, a intervalos de 1 cm. Retirar un poco (1 cm aproximadamente) la cánula antes de conectar a la jeringa (Figura 3).

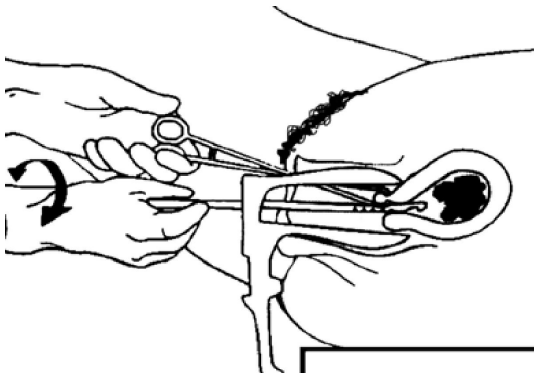


Figura 3. Introducción de la cánula

9. Aspirar el contenido del útero. Conectar la cánula al aspirador ya cargado (es decir, con el vacío ya creado, la válvula cerrada y los botones de la válvula oprimidos hacia adentro y adelante) sosteniendo la pinza de cuello y el extremo de la cánula con una mano y el aspirador con la otra. Asegurarse de no empujar la cánula hacia adelante en el útero mientras se conecta el aspirador (Figura 4).

Liberar el vacío soltando los botones de la válvula del aspirador (para esto, oprimir los botones hacia adentro y soltarlos). Esto abre la válvula y de inmediato se inicia la aspiración.

Deberá verse pasar restos tisulares y sangre por la cánula hacia el aspirador.

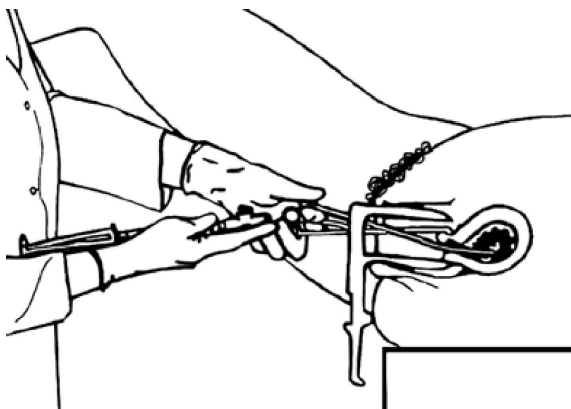


Figura 4. Conexión de la cánula a la jeringa

Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo el aspirador suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás, rotando la cánula y el aspirador en sentido de las agujas del reloj, con movimientos largos, cuidando de que la abertura de la cánula no sobrepase el orificio cervical externo, para evitar perder el vacío (Figura 5).

- Si el aspirador se llena de material o restos. Cerrar la válvula (presionar botones hacia adentro y adelante), desconectar el aspirador de la cánula dejándola colocada dentro de la cavidad uterina; abrir la válvula (presionar los botones hacia adentro) y empujar suavemente el émbolo dentro del cilindro para vaciar el contenido del aspirador en el recipiente o riñonera, para inspeccionarlo. Restablecer el vacío, reconectar el aspirador a la cánula y continuar la aspiración.
- Si se pierde el vacío. Desconectar el aspirador de la cánula y restablecer el vacío. Este se puede perder o disminuir por distintos motivos: el aspirador está lleno; la cánula se encuentra obstruida por restos, se ha salido del orificio externo del cérvix o está mal adaptada al aspirador; la dilatación cervical es mayor a la que corresponde a la cánula seleccionada; existe una perforación uterina.

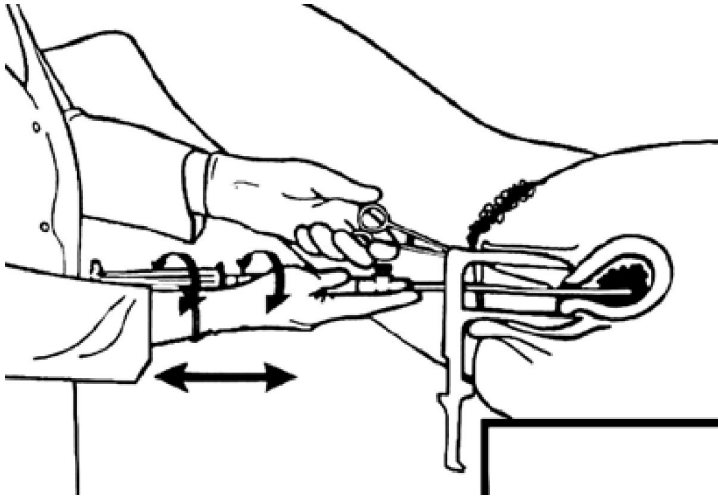


Figura 5. Extracción del contenido uterino.

10. Finalización del procedimiento. Las señales que indican que se ha completado el procedimiento de AMEU son: en la cánula se observa espuma roja o rosada y en ella no se ven más restos; se percibe una sensación áspera cuando la cánula se desliza sobre la superficie del útero evacuado porque este se contrae alrededor de la cánula y dificulta su movilización. Luego de comprobada la finalización del procedimiento, cerrar la válvula (presionar los botones hacia adelante y adentro) y desconectar la cánula del aspirador, o bien retirar cuidadosamente la cánula y el aspirador juntos, sin oprimir los botones.

11. Inspección del tejido. Para vaciar el contenido del aspirador en un recipiente adecuado, desconectar la cánula si aún se encuentra conectada, soltar los botones si están oprimidos y deslizar el émbolo suave y completamente dentro del cilindro. No empujar el contenido aspirado a través de la cánula, ya que esta se contaminaría.

Dilatación y evacuación

En aquellos lugares donde se disponga de profesionales con experiencia y habilidad y con el equipamiento adecuado, el procedimiento de dilatación y evacuación es una técnica efectiva y segura para embarazos avanzados (RCOG,

2011). Puede ser utilizada desde aproximadamente las 12 semanas completas de embarazo.



Requiere la preparación cervical con una prostaglandina –como el misoprostol, la laminaria o un dilatador hidrofílico similar–, dilatar el cérvix y evacuar el útero mediante la técnica de aspiración de vacío eléctrica con una cánula de 14 a 16 mm de diámetro y pinzas. Dependiendo de la edad gestacional, una adecuada dilatación puede requerir desde dos horas hasta un día completo.

Si bien no es esencial, muchos profesionales encuentran útil el uso de la ecografía durante el procedimiento.

Por lo general, el procedimiento de dilatación y evacuación puede llevarse a cabo de manera ambulatoria, administrando solamente un bloqueo paracervical y una analgesia leve. Sin embargo, los efectores donde se hagan estos procedimientos deberán estar equipados y contar con el personal entrenado para administrar, de ser necesaria, una sedación consciente o profunda.

Conservación de los tejidos

En los casos en que la ILE se haya realizado por causal de violación es conveniente conservar el material para un eventual estudio de ADN.

El material deberá preservarse, tomando todos los recaudos necesarios para evitar su contaminación, en un frasco preferentemente de plástico y si fuera posible estéril, sin agregar ninguna solución. Utilizar guantes estériles. Si no se dispone de un frasco, se puede recurrir a una bolsa plástica o un envoltorio de tela u otro elemento que se tenga al alcance.

RECOMENDACIONES PARA ILEs EN EL SEGUNDO TRIMESTRE De acuerdo a la experiencia de los equipos de salud que realizan ILEs en nuestro país, en las interrupciones del segundo trimestre se recomienda la combinación de los tratamientos medicamentoso e instrumental. Primero se realiza el procedimiento medicamentoso con misoprostol a las dosis indicadas para el segundo trimestre, y luego, una vez que se produjo la expulsión del contenido intrauterino, se completa la evacuación uterina mediante el procedimiento instrumental.

En los casos en que sea posible, separar en recipientes diferentes los tejidos fetales (feto y cordón) de los maternos o de aquellos en que haya mezcla de tejidos (decidua y placenta); si no, poner todo el material en el mismo recipiente.



Rotular el frasco y precintarlo, con firma y sello del profesional que realiza la práctica. Constatar en la HC todo lo realizado. El o los frascos conteniendo el material deben conservarse congelados o, si ello no fuera posible, en una heladera a 4 °C. En caso de traslado del material deberá garantizarse la cadena de frío mediante un contenedor de telgopor con bolsas de freezer.

Debido a que el material se encuentra en cadena de custodia, sólo podrá ser retirado de la institución mediante una orden judicial. En ese caso deben registrarse los datos de quien lo retira en la Historia Clínica y/o en aquellos sistemas de registro establecidos en cada institución.

Cuidados inmediatos luego del procedimiento

La duración del período de recuperación varía según el estado clínico de la mujer, el tipo de procedimiento practicado, los medicamentos administrados para el manejo del dolor y cualquier otro tratamiento proporcionado. En la mayoría de los casos de procedimientos de ILE realizados durante el primer trimestre de gestación y con anestesia local, la mujer se siente lo suficientemente bien como para dejar la institución después de haber permanecido alrededor de 30 minutos en observación en una sala de recuperación. En general, se necesitan períodos más largos de recuperación en embarazos con mayor edad gestacional o cuando se utilizó sedación o anestesia general.

Durante la recuperación la mujer debe ser monitoreada, ya sea en el área de tratamiento o en otro lugar del establecimiento de salud, hasta que se encuentre consciente y alerta, pueda caminar sin ayuda, tenga signos vitales normales y ella misma manifieste que se siente en condiciones para retirarse de la institución. Además, debe mostrar signos de recuperación normal de la evacuación endouterina, es decir, disminución del sangrado y del dolor abdominal.

En este período es fundamental:

- Controlar los signos vitales mientras la mujer está en la camilla.
- Administrar medicación para el dolor en caso de ser necesario.



- Evaluar el sangrado y los cólicos, que deben disminuir. El dolor intenso y el sangrado abundante persistentes no son normales. El sangrado excesivo puede ser un signo de retención de restos ovulares, atonía uterina, desgarro cervical u otras complicaciones.

Los cólicos abdominales intensos y persistentes pueden ser una señal de perforación uterina o hematómetra post aborto, que puede ocurrir inmediatamente después del procedimiento o luego de varios días.

- Confirmar que la mujer pueda orinar.
- Ofrecer consejería en anticoncepción en caso de que la mujer lo desee y si aún no había sido ofrecida o brindar el método anticonceptivo en caso de haber elegido alguno.

La consejería puede efectuarse durante el período de recuperación o antes de dar de alta a la mujer. Es posible que ella se sienta más cómoda hablando sobre sus futuras necesidades de salud reproductiva y opciones anticonceptivas en ese momento que en las etapas iniciales del tratamiento. Lo ideal es que la mujer se retire a su domicilio con un método anticonceptivo elegido.

Manejo de las complicaciones

Si bien son infrecuentes, durante un procedimiento de ILE o luego de concluido este pueden presentarse complicaciones. Por este motivo, es importante que los servicios que realicen esta práctica, en todos los niveles del sistema de salud, estén equipados y cuenten con personal entrenado para reconocer las posibles complicaciones en forma temprana, de manera de proveer una rápida atención y/o derivar a la mujer de manera oportuna. Algunas situaciones posibles son:

Aborto incompleto. En los procedimientos de AMEU realizados por un profesional entrenado es poco frecuente que se presente un caso de aborto incompleto, que es más común cuando se utiliza el procedimiento medicamentoso. Los signos y síntomas que lo indican son el sangrado vaginal y el dolor abdominal; también puede incluir signos de infección. El tratamiento dependerá principalmente del tiempo transcurrido desde la realización de la interrupción, de la edad gestacional y de la situación clínica de la mujer.



Interrupción fallida. El aborto fallido puede ocurrir en mujeres que se hayan sometido tanto al procedimiento instrumental como al medicamentoso. En ambos casos, si en el control post procedimiento se constata que el embarazo continúa, la terminación requerirá aspiración de vacío o dilatación y evacuación.

Hemorragia. La hemorragia puede ser producto de la retención del producto de la concepción, el traumatismo o daño del cérvix, u, ocasionalmente, de una perforación uterina.

Dependiendo de la causa, el tratamiento adecuado puede incluir un nuevo procedimiento de evacuación del útero y la administración de medicamentos que aumenten el tono uterino para detener el sangrado, el reemplazo endovenoso de fluidos y, en casos severos, de transfusiones sanguíneas, laparoscopia o laparotomía exploratoria. Dada la baja incidencia de casos de hemorragia con el procedimiento de aspiración de vacío, no se recomienda la utilización de ocitócicos de rutina, a pesar de que pueden ser necesarios en la práctica de dilatación y evacuación. El sangrado tipo menstrual prolongado es frecuente en el aborto con medicamentos, aunque por lo general no es lo suficientemente abundante como para constituir una emergencia. Sin embargo, todo servicio de salud debe tener la capacidad, en caso de que sea necesario, de estabilizar y tratar o derivar a una mujer con hemorragia de la forma más rápida posible.

Infección. Si el procedimiento se realizó de manera apropiada, las infecciones ocurren raramente.

Los síntomas habituales incluyen fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, sangrado o spotting vaginal prolongado, sensibilidad uterina y/o un recuento alto de glóbulos blancos.

Cuando se diagnostica una infección, administrar antibióticos y, si la probable causa de la infección es la retención del producto de la concepción, completar la evacuación uterina.

Las mujeres con infecciones severas pueden requerir internación.

Perforación uterina. Cuando se sospecha la existencia de una perforación uterina durante un procedimiento instrumental, la observación y el uso de antibióticos pueden



ser lo único que se requiera. Donde esté disponible, la laparoscopia es el método de elección para su investigación.

Si la laparoscopia y/o el cuadro de la paciente generan alguna sospecha de daño al intestino, vasos sanguíneos u otra estructura, se puede requerir una laparotomía para reparar los tejidos dañados.

Complicaciones relacionadas con la anestesia. La anestesia local es más segura que la anestesia general, tanto para la aspiración de vacío en el primer trimestre como para la dilatación y evacuación en el segundo trimestre. En caso de utilizar anestesia general, debe realizarla un médico anestesiólogo en un quirófano equipado con todo lo necesario realizar una reanimación y para resolver las complicaciones anestésicas que se puedan presentar.

Indicaciones para el momento del alta

En el momento de darle el alta es importante explicarle a la mujer lo relacionado con algunas situaciones que pueden presentarse durante los días siguientes y brindarle la información necesaria.

- Aclarar que los primeros días puede tener cólicos uterinos moderados, similares a los de una menstruación normal, que se pueden controlar con un analgésico de potencia leve a moderada (paracetamol o AINES, como ibuprofeno), y con compresas o baños tibios.
- Explicar que tendrá un sangrado leve o manchas de sangre durante un par de semanas, y que si continúan por más tiempo debe realizar una consulta médica. La menstruación normal debe reanudarse dentro de las cuatro a ocho semanas siguientes al procedimiento de ILE.
- Si necesita tomar medicamentos, como analgésicos, explicar la frecuencia con que tiene que hacerlo y durante cuánto tiempo.
- Hacer sugerencias sobre la higiene personal rutinaria: que mientras dure el sangrado evite el uso de tampones, las duchas vaginales y los baños de inmersión.



- Brindar recomendaciones sobre la reanudación de la actividad sexual, indicándole la conveniencia de esperar hasta que se detenga el sangrado vaginal por completo para reiniciarlas.
- Informar sobre la posibilidad de quedar embarazada nuevamente pocos días después del tratamiento y brindar información sobre anticoncepción (ver “Anticoncepción post interrupción del embarazo”, pág. 58). Luego de haber realizado la consejería en anticoncepción, garantizar la entrega del método en caso de que haya seleccionado uno.
- Informar sobre signos y síntomas que puede presentar y requieren atención inmediata: sangrado excesivo (más abundante que el de una menstruación normal) o persistente (más de dos semanas); cólicos persistentes y/o de intensidad creciente, que no ceden con analgésicos comunes; dolor ante la presión en el abdomen o distensión abdominal; mareos o desmayos; náuseas o vómitos; fiebre y/o escalofríos; flujo de mal olor o purulento; otras situaciones que le generen preocupación. Explicar qué hacer y dónde buscar atención médica urgente en estos casos.
- Ofrecer a la mujer la oportunidad de hacer preguntas y obtener más apoyo si lo necesita.

Realizar las derivaciones que se consideren oportunas (servicio social, salud mental, atención a mujeres víctimas de violencia).

- Establecer una cita de control entre los 7 y 10 días posteriores al procedimiento.
- Remarcar la importancia de los cuidados de seguimiento y de los controles periódicos de salud: patología mamaria, patología cervical y salud reproductiva.
- En lo posible, dar la información de forma escrita y con apoyo gráfico.

El proceso de atención a una persona no culmina con el procedimiento de ILE; en muchos casos puede requerir acompañamiento psicológico o social, información sobre su fertilidad futura, su estado de salud u otras intervenciones.

Las entrevistas de seguimiento son una oportunidad para que el equipo de salud aborde estas cuestiones y/o realice las derivaciones pertinentes.

Preparación y funcionamiento del aspirador endouterino manual



El dispositivo para AMEU consta de un aspirador manual y de las cánulas de aspiración. El aspirador manual tiene una válvula con un par de botones que la abren y cierran, lo que permite controlar el vacío; una tapa y un revestimiento desmontable; un émbolo con mango y un anillo-O; un cilindro de 60 cc donde se deposita el contenido de la evacuación endouterina, con un clip que sujeta el aro de seguridad (Figuras 6 y 7).



Figura 6

Las cánulas son de 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12 mm de diámetro. Las más pequeñas (de 4 a 8 mm) tienen dos aberturas en situación opuesta y las más grandes (de 9, 10 y 12 mm) presentan una sola abertura de mayor tamaño. Los puntos impresos en cada cánula se usan para indicar la posición de la abertura principal. El primer punto se encuentra a 6 cm de la punta de la cánula y los que le siguen están espaciados a intervalos de 1 cm (Figura 7).

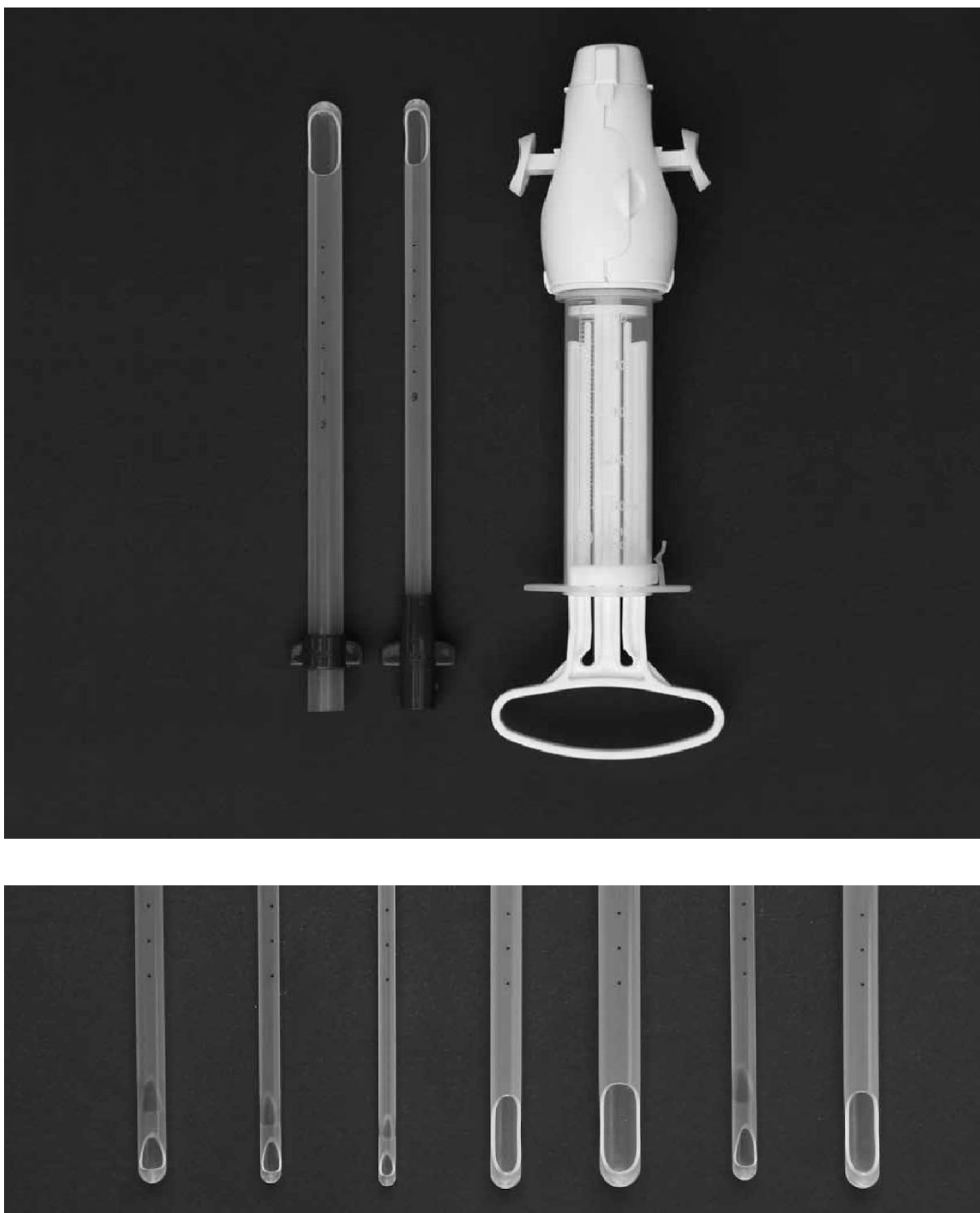


Figura 7

Armado del AMEU

1. Revisar el anillo-O (Figura 8) y colocarlo en la ranura de la punta del émbolo (Figura 9).

2. Abrir la válvula y colocar el revestimiento en



Lubricarlo con una sola gota de lubricante (silicona, glicerol o detergente líquido). No usar nunca productos fabricados a base de petróleo (Figura 10).



Figura 8



Figura 9



Figura 10

su lugar, alineando los rebordes internos (Figura 11). Luego, cerrar la válvula (Figura 12) y encajar la tapa en su sitio (Figura 13).



Figura 11

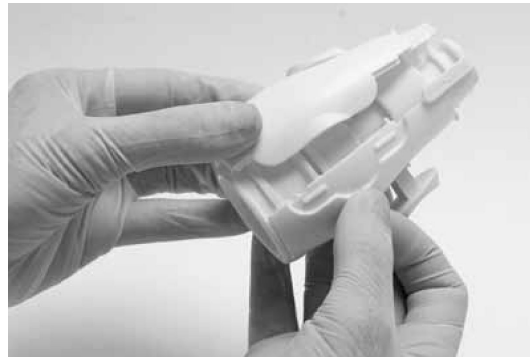


Figura 12

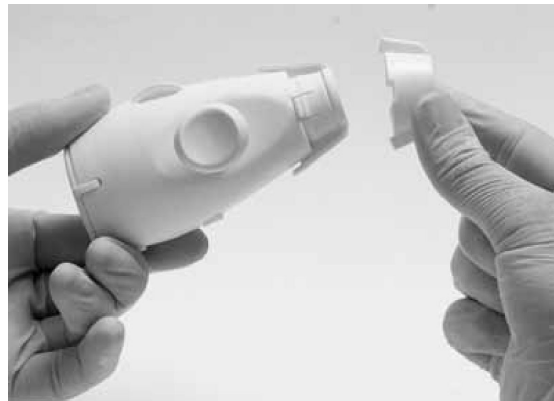


Figura 13



3. Empujar el cilindro dentro de la válvula e introducir el émbolo completamente dentro del cilindro (Figura 14). Controlar que los botones no estén oprimidos y que los lados anchos de la base del cilindro y el asa del émbolo estén alineados (Figura 15).



Figura 14



Figura 15

4. Fijar el aro de seguridad deslizándolo debajo del clip de sujeción y empujando sus trabas dentro de los orificios ubicados en la base del cilindro (Figura 16).

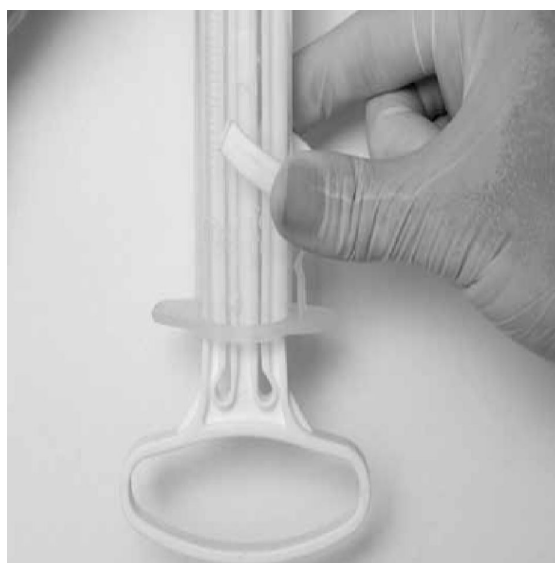


Figura 16

Generación del vacío o cargado del AMEU



1. Comenzar con los botones de la válvula no oprimidos (válvula abierta), el émbolo introducido completamente dentro del cilindro y el aro de seguridad en su lugar (Figura 17).

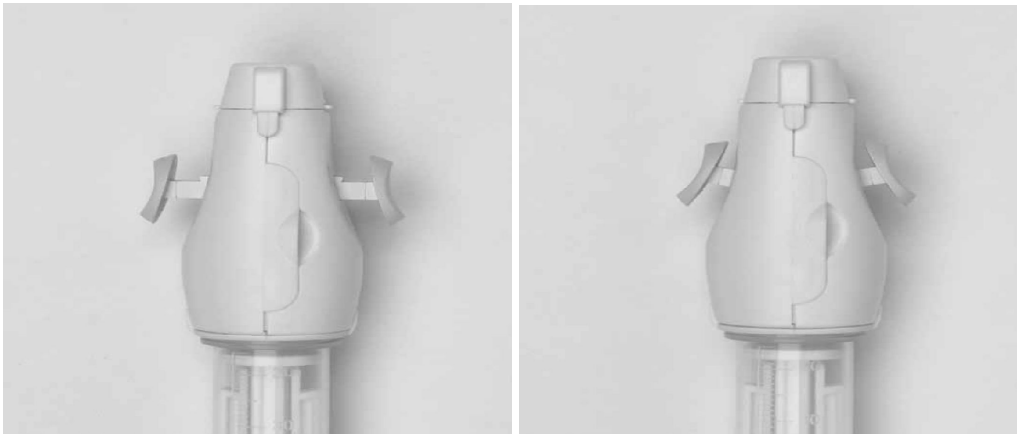
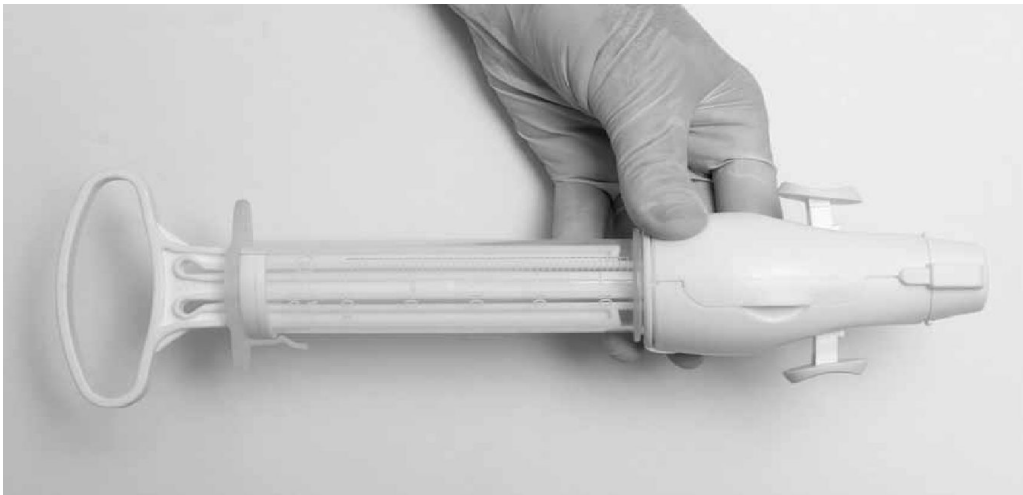


Figura 17



2. Para crear el vacío o cargar el AMEU, primero oprimir los botones de la válvula hacia adentro y adelante (es decir hacia la punta de la válvula) (Figura 17), hasta sentir que encajan en su lugar y hacen un "clic". Esta maniobra cierra la válvula

3. Tirar del émbolo hacia atrás hasta que los brazos se abran automáticamente hacia afuera y se enganchen en los lados anchos de la base del cilindro (Figura 18). Una vez que los brazos del émbolo se encuentran en esa posición, el émbolo no se moverá



hacia adelante y se conservará el vacío. La posición incorrecta de los brazos del émbolo podría permitir que este se deslice dentro del cilindro e inyecte el contenido del aspirador nuevamente dentro del útero. Nunca hay que sujetar el aspirador por los brazos del émbolo.

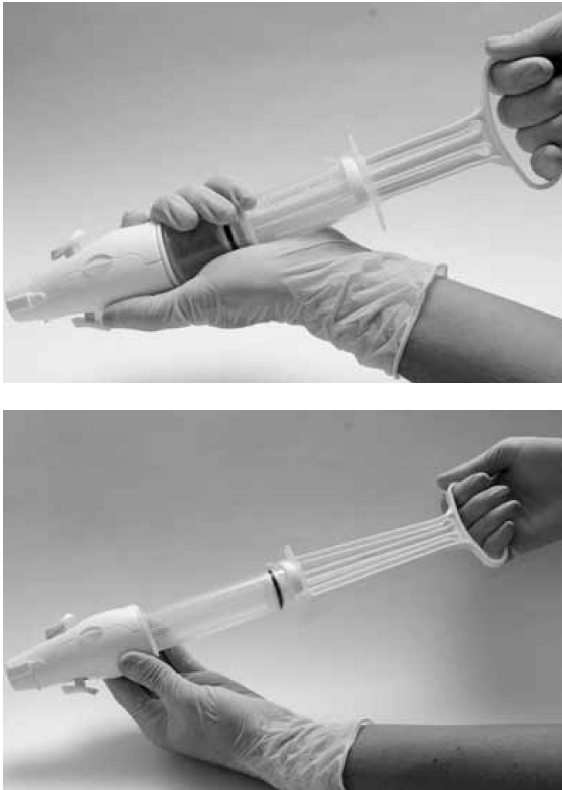


Figura 18



4. Para liberar el vacío, "soltar" los botones de la válvula (para ello oprimir los botones hacia adentro y soltarlos). Esta maniobra abre la válvula (Figura 19). El sonido del aire al entrar en el aspirador es una indicación de que se creó el vacío. Antes de cada uso debe revisarse el aspirador para cerciorarse de que conserva el vacío.

Figura 19

Procesamiento del instrumental

Para ser reutilizado

1. **Descontaminación por remojo.** Después del procedimiento, todo el instrumental que va a ser reutilizado debe dejarse en remojo hasta que



pueda lavarse en un balde con solución de cloro al 0,5%. Aspirar y eyectar el agua con el aspirador varias veces para asegurarse de que no queden restos y/o sangre visible adheridos. Esta etapa facilita las maniobras de limpieza posterior.

2. Lavado. Desarmar el dispositivo y lavarlo con agua tibia, detergente y esponja.

3. Desinfección de alto nivel. Se hace con detergentes enzimáticos durante 20 minutos, glutaraldehído al 2% por 20 minutos, o cloro al 0,5% por 20 minutos. La otra opción es realizar una esterilización con autoclave a vapor (con temperaturas de hasta 121°C) o glutaraldehído al 2% por 10 horas.

4. Almacenamiento. El dispositivo se debe conservar en envases o recipientes estériles, en un ambiente seco y limpio. Debe almacenarse armado, lubricado y listo para su uso.

Mantenimiento del aspirador

El aspirador es un dispositivo reutilizable. Las cánulas, por su parte, si bien están rotuladas para un solo uso, en los lugares donde es permitido por los reglamentos locales pueden ser reutilizadas después de ser esterilizadas o sometidas a una desinfección de alto nivel.

Después del procedimiento es necesario mantener en remojo el aspirador y las cánulas hasta que puedan lavarse o procesarse, ya que si se secan dificultaría eliminar completamente todos los contaminantes.

Como desinfectante puede usarse una solución de cloro al 0,5%.

El número de veces que se pueden reutilizar el aspirador o las cánulas varía de acuerdo con su uso y mantenimiento. Entre los motivos para desechar el aspirador se pueden señalar (IPAS, 2004): el cilindro se puso quebradizo o agrietado; tiene depósitos minerales que impiden el movimiento del émbolo; las piezas de la válvula están agrietadas, dobladas o rotas; los botones están rotos; los brazos del émbolo no se aseguran en su lugar; el dispositivo ya no tiene la capacidad de conservar el vacío.

Por su parte, las cánulas deben desecharse si se vuelven quebradizas, si están agrietadas, torcidas o dobladas, en especial en el sitio de la abertura, o si no se puede extraer el tejido al lavarlas.



ANEXOS

ANEXO I



ÁREA DE BIOÉTICA

FORMULARIO PARA EL REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO/RECHAZO INFORMADOS PARA MUJERES CON DERECHO A SOLICITAR LA INTERRUPCIÓN DE SU EMBARAZO

A) INFORMACIÓN GENERAL

Le ofrecemos esta información para que usted pueda decidir mejor acerca de la interrupción de su embarazo

Su situación se corresponde con lo previsto en las leyes argentinas vigentes (artículo 86 del Código Penal de la Nación incisos 1 y 2) que establecen las situaciones en las que usted tiene derecho a solicitar la interrupción de su embarazo.

En la provincia de Neuquén se cuenta con la Resolución Ministerial N° 1380/07 que determina el procedimiento aplicable en las instituciones del Subsector Estatal del Sistema de Salud para la atención de las mujeres que consultan por esta situación.

En la citada normativa queda claro que los profesionales de la salud deben efectuar la práctica terapéutica para la interrupción del embarazo sin necesidad de solicitar autorización judicial, siempre con el consentimiento de la mujer gestante.

Existen varios métodos para interrumpir la gestación tales como: aspiración manual endouterina (AMEU), legrado intrauterino (LIU) y a través de fármacos. Todos estos métodos se explican con más detalle en la hoja anexa a este formulario

A usted se le ofrecerá el método que su médica/co tratante considere más apropiado en relación a la edad gestacional del embarazo, sus características personales y riesgos particulares. En todos los métodos se inducirá la expulsión total del contenido uterino. Con cualquiera de los procedimientos usted tendrá algún grado de dolor abdominal, el cual puede ser aliviado con la administración de analgésicos (calmantes) comunes; además tendrá un sangrado similar al de la menstruación o algo mayor. Dependiendo del método permanecerá o no unas horas internada.

La gran mayoría de las mujeres a las que se les realiza un aborto en condiciones adecuadas no presenta ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general y/o reproductiva.

Si bien son infrecuentes, las complicaciones que pueden presentarse incluyen infecciones, sangrado excesivo, lesión del cuello del útero, evacuación incompleta, perforación uterina y complicaciones de la anestesia y embarazos que continúan.

Después de la interrupción de un embarazo la mujer puede retornar a sus actividades habituales en unos días. Previo al alta, se la deberá asesorar sobre anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual

Si desea más información no dude en preguntarle a su médica/o

MUY IMPORTANTE

- Si usted tuviera cualquier duda sobre la intervención, los riesgos, los resultados o el período de recuperación, no dude en preguntar las veces que considere necesario. Le explicaremos todo lo que usted quiera saber.
- Este procedimiento es voluntario. Usted no tiene ninguna obligación de optar por esta práctica.
- Si decidiera no realizarse la intervención, puede retirar su consentimiento informado cuando lo desee y con total libertad.



FORMULARIO PARA EL REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO/RECHAZO INFORMADOS PARA MUJERES CON DERECHO A SOLICITAR LA INTERRUPCIÓN DE SU EMBARAZO

B) REGISTRO DE CONSENTIMIENTO/DENEGACIÓN

Si considera que ha sido debidamente informada y consiente o rechaza libremente la práctica que se le propone, le solicitamos que firme dos ejemplares de este documento, uno para la institución y otro para usted.

Se me explicó que mi situación se corresponde con lo previsto en las leyes argentinas vigentes (artículo 86 del Código Penal de la Nación incisos 1 y 2) que establecen las situaciones en las que el aborto se encuentra autorizado, siguiendo los procedimientos descriptos en la Resolución Ministerial 1380/07 para la realización de prácticas de abortos no punibles en los establecimientos de Salud Pública de la Provincia de Neuquén.

Se me sugirió que _____ es el método más adecuado en mi situación para la interrupción del embarazo.

También se me informó en qué consiste dicha práctica, cómo se hace, sus beneficios, riesgos y las alternativas. He comprendido toda la información previa.

He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente.

Por eso yo (marcar con una x):

❖ Acepto

☐

❖ No acepto

☐

la interrupción del embarazo mediante la realización de _____

Lugar y fecha

Firma y aclaración de la paciente

Firma y aclaración del representante legal
(en caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y aclaración del/los profesionales interviniente



ANEXO II

DECLARACIÓN JURADA

**Víctima de delito contra la integridad sexual
Embarazo producto de una violación**

Datos de la declarante

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

Domicilio _____ Ciudad _____ Provincia _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de historia clínica _____

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en la presente declaración son exactos y completos; soy consciente de que corresponde aplicar sanciones penales por falsa declaración y DECLARO:

- Que fui víctima de violación (abuso sexual con acceso carnal).
- Que como consecuencia de este hecho quedé embarazada.

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

A los efectos de lo establecido por la normativa vigente (art. 86, inc. 2 del Código Penal y sentencia "F.A.L. s/medida autosatisfactiva", marzo de 2012 de la Corte Suprema de Justicia de la Nación).

Firma de la declarante

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).

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



BIBLIOGRAFÍA

- CSJN (2012). FALLO F.A.L. s/ Medida autosatisfactiva: Disponible en <http://www.csjn.gov.ar/confal/ConsultaCompletaFallos.do?Method=13517>(Consulta 8/10/2014)
- 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/SEries5Nro56.pdf>.
- DEIS (2013). Estadísticas Vitales, Información básica, año 2013. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/archivos/SEries5Nro56.pdf>
- FLASOG (2013). Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología. Federación latinoamericana de obstétrica y ginecología. Disponible en http://www.femecog.org.mx/docs/uso_misoprostol.pdf
- FIGO (2012). Misoprostol. Dosis recomendada. Londres: International federation of Gynecology and Obstetrics.
- Guttmacher Institute (2012). Hechos sobre el aborto inducido en el mundo. New York: Guttmacher Institute – World Health Organization.
- Gynuity (2009a) uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Guía Introductoria. Gynuity Health Projects. Disponible en http://gynuity.org/downloads/clinguide_maguide2ndedition_sp.pdf
- Gynuity (2009b). Prestación de Servicios de Aborto con medicamentos en contextos de bajos recursos. Guía Introductoria. Gynuity Health Projects. Disponible en http://gynuity.org/downloads/clinguide_maguide2ndedition_sp.pdf
- IPAs (2004). la atención del aborto centrada en la mujer. Manual de referencia. AA.: J. Herrick, K. Turner, t. Mcinerney y L. Castleman. Disponible en <http://www.ipas.org/-/media/Files/ipas%20Publications/PACreF04.ashx>
- IPAS (2006). la atención del aborto centrada en la mujer: Manual de referencia. AA.: A. G. Hyman y L. Castelman. Disponible en <http://www.ipas.org/es-Mx/resources/ipas%20Publications/Laatencion-del-aborto-centrada-en-la-mujer-Manual-de-referencia.aspx>
- IPAS (2010). Las evidencias hablan por si solas: Diez datos sobre aborto. Chapel Hill: IPAS
- IPAS (2013). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. A.: A. Mark. Disponible en http://www.ipas.org/-/media/Files/ipas%20Publications/CurHeNero2014sp.ashx?utm_source=resource&utm_medium=meta&utm_campaign=Cur%20HeNero%202014sp



- IPPF (2012). Guías clínicas y protocolos para abortos de primer trimestre. Procedimientos quirúrgicos y médicos. A.: Marcel Vekemans. International Planned Parenthood Federation.
- Mario, S. y E. A. Pantelides (2009). "Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina", Notas de población, 87. Comisión económica para América Latina (CEPAL).
- OMS (2005). Medicamentos esenciales (14° ed). Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://www.who.int/medicines/publications/EML14_SP.pdf
- OMS (2006). Constitución de la OMS. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición. Octubre. Disponible en http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
- OMS (2009). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf.
- 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
- PNSSyPR (2015). "Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto". Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación.
- PNSSyPR (2015). "Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud ". Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación.
- RCOG (2011). "The care of Women Requesting Induced Abortion", Evidence-based Clinical Guideline, 7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Disponible en http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/Abortion%20guideline_web_1.pdf
- Documento de Objeción de Conciencia en el contexto de la Atención de la Salud en la provincia de Neuquén.
- <http://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2014/03/DOCUMENTO-OBJECI%C3%93N-DE-CONCIENCIA-disposici%C3%B3n-n%C2%B01460-2016.pdf>



BECAS SISNE

OBESIDAD INFANTIL: Evaluación de un modelo de abordaje interdisciplinario en Hospital Horacio Heller de Neuquén (2016)⁷⁹

Eugenia Gavernet⁸⁰, Cecilia Inés Molinas⁸¹,
María Eugenia Urraza⁸², Ana Gabriela Aguado⁸³,
Carolina Beatriz Cornejo⁸⁴

Resumen

En América Latina se observa un incremento sostenido de la obesidad en niños/as, esto también se evidencia en la ciudad de Neuquén, ya que según las estadísticas de PROSANE (Programa de Sanidad Escolar), en el año 2013, sobre 34 escuelas públicas del área urbana de la Ciudad de Neuquén, el 18% presentaban obesidad y el 26% sobrepeso. Esto se vio reflejado en el año 2014 en el área programa del Hospital Heller. En dicho hospital, se desarrolla un abordaje, a través del dispositivo interdisciplinario, identificado con el nombre HA.VI.SA. (Hábitos de Vida Saludables). El mismo, se centra en modificar los hábitos familiares del niño obeso y/o con sobrepeso y factores de riesgo asociados. El propósito del estudio fue evaluar si mediante la intervención, se lograron modificar los hábitos en niños y adolescentes.

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal, entre los meses de marzo de 2016 a julio de 2017. La población objetivo de esta investigación fueron niños/as entre 6 y 14 años, que presentaban obesidad/sobrepeso/comorbilidades, y que fueron encuestados en dos oportunidades junto a sus referentes/cuidadores.

Durante los meses de tratamiento se observó que mediante la intervención de este equipo interdisciplinario, se lograron modificar índices clínicos estudiados (IMC, circunferencia de cintura, HDL, LDL, entre otros) y hábitos de su vida cotidiana (aumento de las horas de sueño, incorporación de 4 comidas, incorporación de nuevos

⁷⁹ Realizado con "BECAS SISNe – CONVOCATORIA 2015"

⁸⁰ Licenciada en Nutrición Hospital H. Heller ugigavernet@hotmail.com

⁸¹ Médica pediatra de planta Hospital H. Heller miemul@yahoo.com.ar

⁸² Licenciada en Psicología infantojuvenil Hospital H. Heller maruurraza@yahoo.com.ar

⁸³ Licenciada en Kinesiología Hospital H. Heller anagallega@yahoo.com.ar

⁸⁴ Licenciada en Kinesiología Hospital H. Heller cornejocarolina3@gmail.com



alimentos, disminución de alimentos no nutritivos o calorías vacías, aumento de la actividad física).

Un hallazgo importante de esta investigación fue que la mayoría de estos niños/as no había consultado específicamente por el problema de obesidad, sino por patologías diversas, control de salud, etc. Y que la misma presentaba años de evolución.

Palabras Clave: Obesidad Infantil, Adherencia, Tratamiento, Interdisciplinaria

Introducción

En América Latina se observa un incremento sostenido de la obesidad en niños/as, lo que se relaciona con cambios en los hábitos alimentarios y sedentarismo en aumento.¹

La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS2007), en Argentina, provee datos a nivel nacional sobre niños menores de 6 años; mostró una prevalencia de obesidad de 10.4% (según patrón de referencia OMS).

Según las estadísticas de PROSANE (Programa de Sanidad Escolar), en el año 2013, sobre 34 escuelas públicas del área urbana de la Ciudad de Neuquén (correspondiente al 77% del total), hay un alto porcentaje de niños/as con obesidad y sobrepeso (18% y 26% respectivamente). Durante el año 2014, en las 10 escuelas correspondientes al área programa del hospital Heller, se observó un 8% de niños con obesidad y 34% de niños con sobrepeso.²

En dicho hospital, se desarrolla un abordaje, a través del dispositivo interdisciplinario, identificado con el nombre HA.VI.SA. (Hábitos de Vida Saludables). El mismo, se centra en modificar los hábitos familiares del niño obeso y/o con sobrepeso y factores de riesgo asociados.

El dispositivo HA.VI.SA, cuenta con profesionales de distintas disciplinas: médica, pediatra, psicóloga, nutricionista y kinesiólogas, que ofrecen distintos momentos específicos en el marco del tratamiento grupal y familiar.

El propósito del presente estudio es evaluar si logran modificarse los hábitos en



niños y adolescentes mediante la intervención.

Los resultados, ayudan a focalizar puntos críticos específicos en el tratamiento, para así ajustar las estrategias de intervenciones pertinentes; las que se pueden utilizar para su implementación regional, y generar espacios de tratamiento en el nivel 2 de asistencia.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal, entre los meses de marzo de 2016 a julio de 2017. La población objetivo de esta investigación fueron niños entre 6 y 14 años que asistieron al Hospital Heller de la ciudad de Neuquén y fueron derivados para tratamiento de su obesidad o sobrepeso con comorbilidades. Quedando excluidos del mismo, aquellos niños y cuidadores que no aceptaron la intervención, o estuvieron impedidos de realizar las encuestas por alguna razón.

Se llevaron a cabo cuestionarios orientados a niños y cuidadores/responsables, instrumentos que fueron validados en forma previa a la recolección de datos aplicándolo previamente en una población de similares características que no participó del estudio.

Se hizo un registro comparativo entre la encuesta inicial y la realizada a los 7,4 meses de concurrencia a las actividades del niño y del cuidador/ referente. El instrumento utilizado en ambas intervenciones es el mismo.

Para el análisis de datos, se utilizó como soporte informático el software Office.

Resultados

En este estudio se evaluaron 26 niños/as, a los cuales se les realizaron dos encuestas programadas con respecto a hábitos saludables, al inicio de la intervención y con un promedio de 7,4 meses (221,6 días) entre la primera y la segunda (siendo 148 días el mínimo y 335 días el máximo). El 80,77% (n: 21) de los niños/as completaron el tiempo para su reevaluación, realizando entre 3 y 8 consultas; el 19,23% restante abandonaron el tratamiento.

En relación con la variable sexo, el 69% eran niñas y el 31% niños. La edad



mayoritaria fueron los 11 años cumplidos en la primera entrevista. (Ver Gráfico Nro.1). Los niños/as concurrían a la consulta en un 90,48% con sus madres. El nivel de instrucción del responsable/cuidador era principalmente secundario, completo en un 40% e incompleto 35%.

Con respecto al nivel de asistencia, el 23,81% concurre a 4 consultas, sumado a esto, el 42,86% solo asistió a un taller de responsable/cuidador y en el mismo porcentaje los niños/as concurren a dos talleres.

Al evaluar el estado nutricional inicial de los encuestados, el 100% tenían diagnóstico de obesidad según tablas estandarizadas de IMC (OMS), según sexo y edad, estimada por valores antropométricos. Todos los niños fueron amamantados. En relación a los años de obesidad de los niños/as, el 23,81% presentaba esta patología desde hace 5 años.

En cuanto a la modificación del IMC, se observó que la mitad de los niños/as lo mantuvo o lo disminuyeron en 1 punto. En relación a la circunferencia de cintura media, se observó que un 47% logró reducir entre 0 a más de 3 centímetros.

La circunferencia de cintura fue el valor más frecuentemente alterado (el 95% de los niños/as con valores por encima del percentil 90). Ningún paciente de nuestra serie tenía niveles de glucemia en rango de diabetes mellitus. En nuestro estudio el 52,38% de los niños presentó síndrome metabólico al inicio del tratamiento. De los cuales el 54,54% cumplió con 3 criterios y el resto 4 criterios definidos según Cook.

Con respecto a los valores de triglicéridos, al inicio del tratamiento el 61,9% de los niños/as lo tenían alto para su edad, reduciéndose a 47,62%; aumentando el valor límite de 9,52% a 23,81%. En relación a los valores de HDL, el 42,86% de los niños/as lo tenían bajo para su edad, mejorando a 33,33%. Al observar los valores de LDL, los niveles aceptables subieron de 42,86 a 66,67%; el límite también fue favorable, ya que descendió de 33,33% a 9,52%. De los valores de colesterol se observó una mejoría en la categoría alto de 14,29% a 4,76%, los niveles aceptables aumentaron 42,86% a 66,68%, y los valores límite descendieron de 33,33% a 19,05%.

Entre las principales comorbilidades, se observó que más del 50% presenta pie plano, seguido en importancia de escoliosis, pseudoginecomastia y HAVA (Hipertrofia Amigdalina y Vegetaciones Adenoideas).



Al evaluar los hábitos alimentarios, aumentó el porcentaje de niños/as que realizaba 4 comidas/día de 57,14% a 61,9%. Se incrementó el consumo de lácteos en la categoría una porción/día de 47,62 % a 52,38%. En el grupo de carnes y huevos, no se observaron diferencias significativas con respecto al consumo.

En relación al grupo de frutas y verduras, el 47,62% de los niños/as consumían menos de una porción en la primera entrevista y en la segunda se acrecienta el porcentaje entre una y dos porciones; y entre dos y tres porciones (42,86% y 14,29% respectivamente). Ver Gráfico Nro.2

Con respecto a los hidratos de carbono, el grupo de cereales y legumbres, se redujo entre ambas entrevistas (de 19,05% a 9,52% los que consumían más de una porción por día). También disminuye el consumo de pan y/o galletitas. Ver Gráfico Nro.3

Cuando analizamos el consumo de azúcares simples, se observa un cambio porcentual tanto en la elección de bebidas: jugo o gaseosa de 61,9% a 38,1%, remplazándolo por agua; como así también en la reducción de alimentos con calorías vacías. Ver Gráfico Nro.4

En relación al sedentarismo, los niños/as permanecían el 90,48% dos horas o más por día frente al televisor y/o juegos electrónicos, reduciendo a 66,67% en la segunda. Se incrementó un 19,05% la cantidad de niños/as que comenzaron a realizar actividad física programada (de 57,14% a 76,19%), como así también la cantidad de horas semanales. Lo mismo ocurrió con las horas de sueño (8 horas o más de 66,67% a 76,19%). Ver Gráfico Nro.5

Discusión

La población estudiada son niños/as que no recibieron tratamiento previo, ingresados al protocolo luego de ser derivados al grupo HA.VI.SA. y encuestados en el transcurso del año 2016. La mayoría de estos niños/as no había consultado específicamente por el problema de obesidad, sino por patologías diversas, control de salud, etc. Además se constata que el 66,67% de los mismos presentan obesidad desde 1 a 6 años previos a la entrevista inicial. Estos datos pueden recabarse a través de los controles médicos y/o de enfermería registrados en las libretas de salud.

Teniendo en cuenta la muestra de esta investigación, los datos obtenidos no se



pueden transpolar a otros grupos de trabajo con similares características, ya que se trata de un número reducido, en un Hospital de la zona con un abordaje específico no replicado por otros efectores.

En este estudio no se evidencian como factores protectores de la obesidad, la lactancia materna y el nivel de instrucción de los padres/cuidadores.

En relación al número de consultas realizadas y asistencia a talleres, se observa una participación variable como así también un alto porcentaje de ausentismo que dificulta la realización de la segunda encuesta. Nótese que la asistencia a los talleres de niños duplica la asistencia a talleres de cuidadores, esto puede deberse al hecho de que el problema de obesidad se focaliza solo en la atención del niño/a y no se vivencia como una problemática familiar.

Se observa que el 90,48% de los familiares de los niños/as en estudio también padecen obesidad y/o otras patologías de riesgo para síndrome metabólico (diabetes, hipertensión arterial y dislipemia).³

Si bien no fue un dato investigado, uno de los problemas que se han observado en el aumento de la prevalencia de obesidad en niños y adolescentes, es el incremento paralelo de las complicaciones relacionadas a su presencia, entre las que se incluyen las metabólicas y las ortopédicas, entre otras.⁴ En nuestro estudio el 52,38% de los niños presentan síndrome metabólico y otras comorbilidades, tales como: dislipemia, desviaciones de la columna vertebral y pie plano, pseudoginecomastia, HAVA; todas descriptas en otros artículos de revisión.⁴⁻⁵⁻⁶

Los niños/as mejoran durante el estudio los niveles de lípidos, asociados aumento de consumo de fibra, reducción de hidratos de carbono simple y grasas; e incremento de actividad física. Como así también se observa una disminución de horas de inactividad frente a pantallas (TV, video juego, computadoras, celulares); partiendo de que los cambios son graduales, pequeños y sostenidos.

No es objetivo de este estudio descubrir el grado de conocimiento de los padres y/o del personal de salud acerca de las consecuencias, complicaciones y condición de la obesidad, como enfermedad crónica, lo que puede influir en el diagnóstico tardío. Tema que podría desarrollarse en futuras investigaciones. Como así también la educación en cuanto a hábitos alimentarios en la familia, a nivel escolar o primer nivel de atención de la salud.



Conclusiones

Respecto de la pregunta que orienta esta investigación, la evidencia muestra que se logran modificar hábitos en niños y adolescentes, mediante la intervención del Grupo HA.VI.SA., del Hospital Horacio Heller, en relación a problemas de obesidad o sobrepeso y factores de riesgo.

Durante los meses de tratamiento se observa que logran modificarse muchos de los índices clínicos estudiados (IMC, circunferencia de cintura, HDL, LDL, entre otros) y hábitos de su vida cotidiana (aumento de las horas de sueño, incorporación de 4 comidas, incorporación de nuevos alimentos, disminución de alimentos no nutritivos o calorías vacías, aumento de la actividad física).

Con los resultados del trabajo de investigación se concluye que la estrategia de abordaje propuesta por el Grupo HA.VI.SA. es adecuada en tanto los niños/as logran modificar hábitos alimentarios, pero que éstos requieren mayor tiempo de trabajo familiar e individual para su incorporación cotidiana. Para ello, se propone profundizar la estrategia en relación con la sensibilización, toma de conciencia e incorporación a través de experiencias vivenciales y no teóricas, con el fin de facilitar su aprehensión.

Finalmente, la capacitación del equipo médico, la divulgación de este trabajo, como la educación y profilaxis familiar, permitiría actuar en el período vital en el que se establecen patrones y hábitos de conducta (como la infancia), posibilitando la detección precoz, derivación oportuna y tratamiento.

La estrategia de intervención propuesta e implementada por el Grupo HA.VI.SA. posibilita la incorporación de la familia en el tratamiento de la patología, permitiendo una lectura amplia de la complejidad de la misma, como la intervención sobre los ejes principales. Consideramos que es un dispositivo que puede replicarse en el sistema de salud de la provincia con un recurso mínimo de 4 disciplinas (nutrición, pediatría, kinesiología, psicología) y la intención de trabajo en red con otros actores de la comunidad.

Ante la magnitud y los riesgos que representa la epidemia de obesidad infantil, es importante seguir aplicando políticas públicas que fomenten hábitos de vida saludables.



Referencias Bibliográficas

WHO MONICA Project, Risk factors. International Journal of Epidemiology, 1989.18 (Suppl 1): p. S46-S55

World Health Organization, Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894. 2000: Geneva.

DEI-CAS, P. Sobrepeso y obesidad en la niñez: relación con factores de riesgo / Overweight and obesity in 2 to 9 year-old children: relationship with influencing factors. Arch. argent. Pediatr oct 2002;100(5):368-373.

ROCCHINI,AP. Childhood obesity and diabetes epidemic. N Engl J Med 2002;346:854-855

ROMERO-VELARDE E, CAMPOLLO-RIVAS O, CELIS DE LA ROSA A, VASQUEZ-GARIBAY EM, CASTRO HERNANDEZ JF, CRUZ OSORIO RM. Factores de riesgo de dislipidemia en niños y adolescentes con obesidad. Salud Publica Mex 2007;49:103-108.

SALDIVAR CERON H, GARMENDIA RAMIREZ A, ROCHA ACEVEDO M, PEREZ RODRIGUEZ P: Obesidad infantil: factor de riesgo para desarrollar pie plano. Bol Med Hosp Infant Mex. 2015;72(1):55-60

Anexo Gráficos



Gráfico Nro. 1

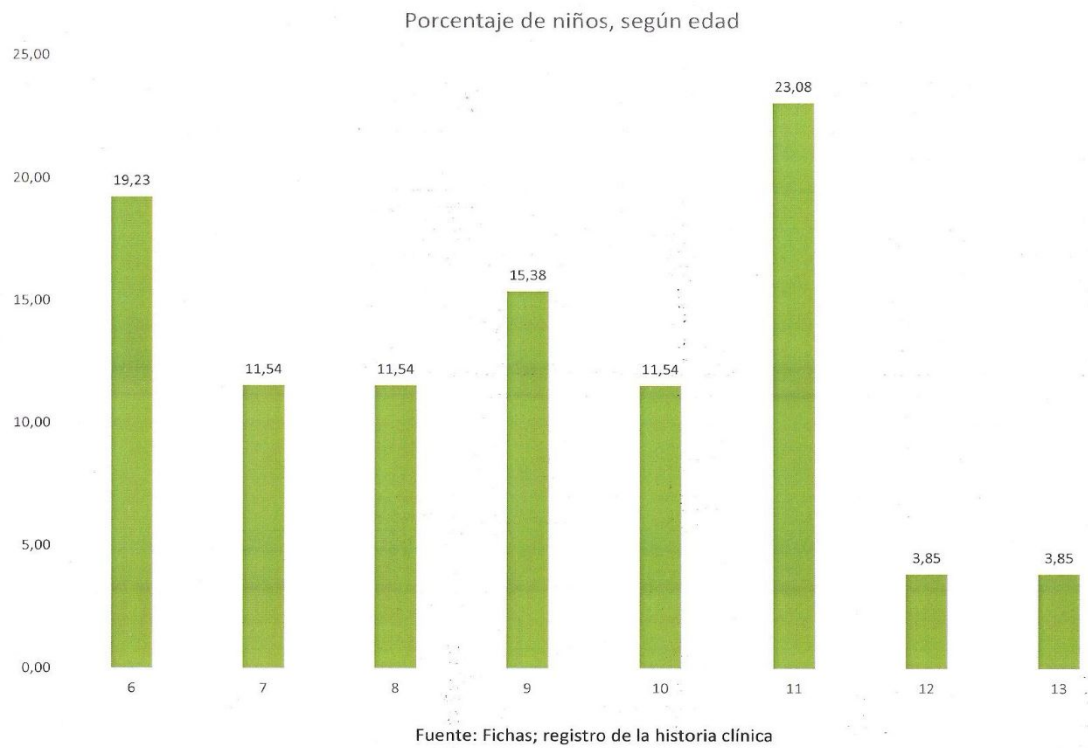


Gráfico Nro. 2

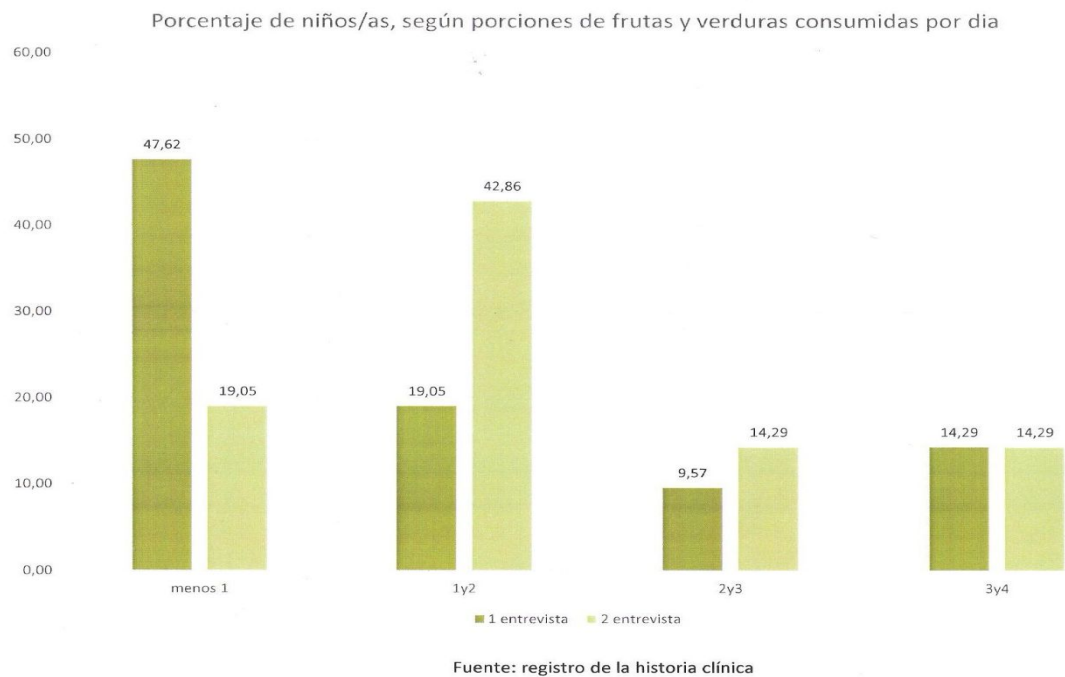
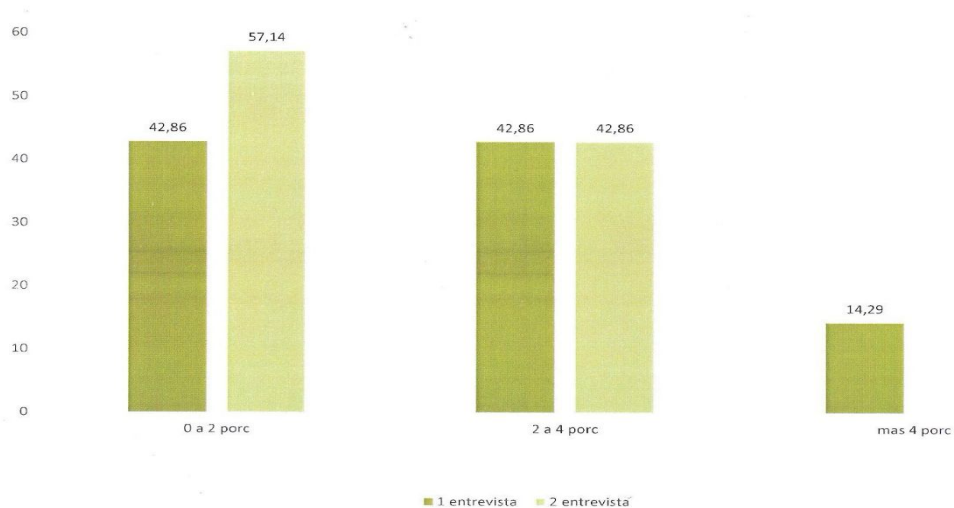




Gráfico Nro.3

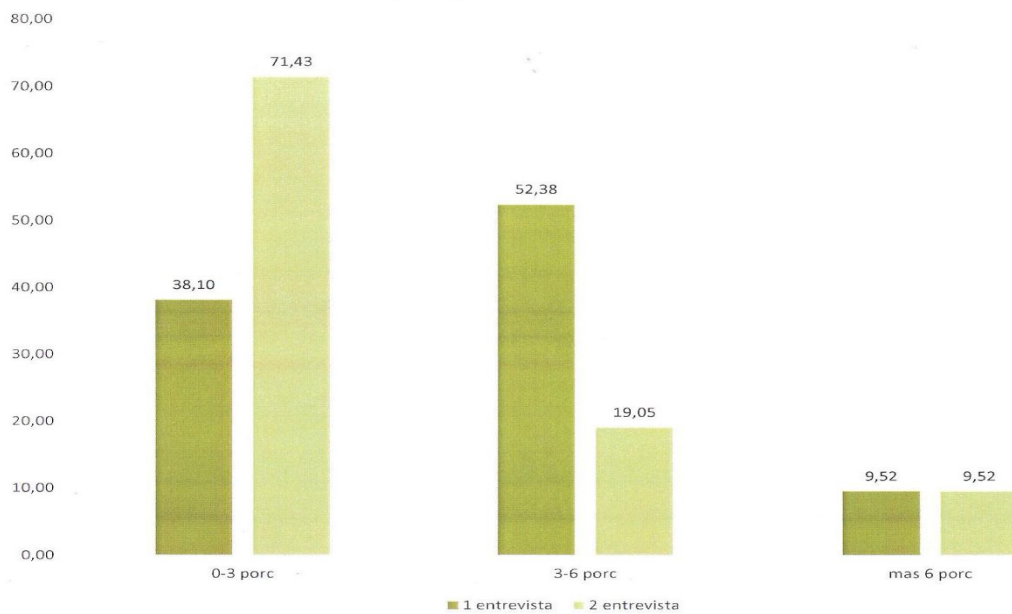
Porcentaje de niños/as que consumen pan o galletitas, según porciones diarias



Fuente: registro de la historia clínica

Gráfico Nro. 4

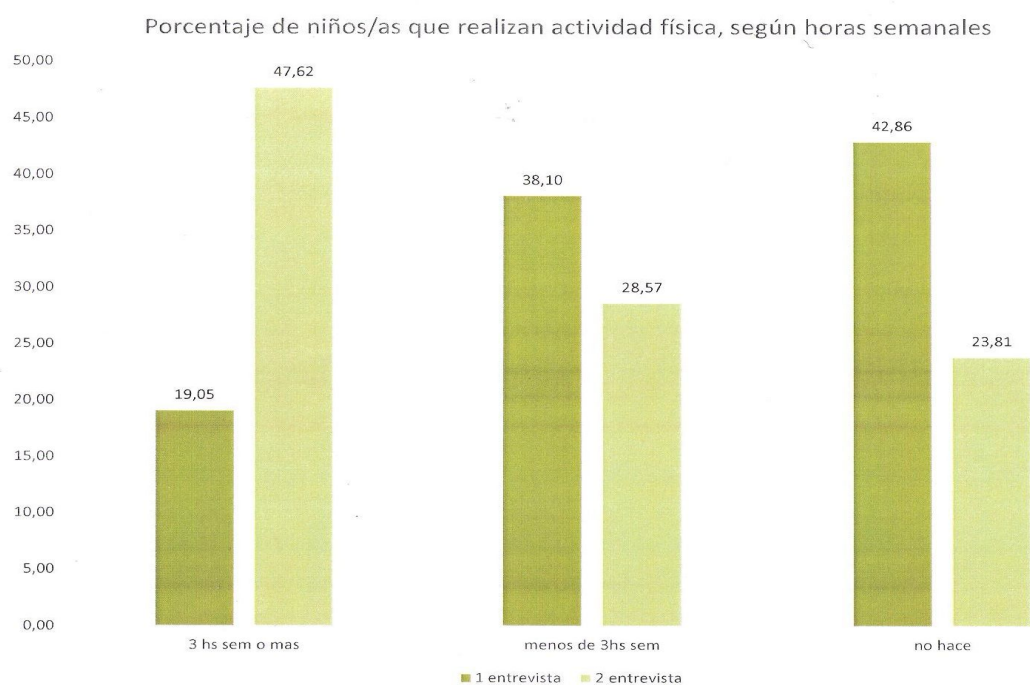
Porcentaje de porciones de calorías vacías/día



Fuente: registro de la historia clínica



Gráfico Nro.5



Fuente: registro de la historia clínica



Cervicalgias: Estudio descriptivo del perfil de usuarios en la terapia física.

Gastón Zúñiga, Viviana Muradas, Vanesa León*

Resumen

Las cervicalgias son dolores producidos sobre el cuello, en su cara posterior y caras laterales. Se asocian a una etiología multifactorial diversa - psicológica, social, laboral. Objetivo: Identificar y describir características socio demográficas, clínicas, de factores de riesgo y protectores de pacientes con cervicalgia, que asisten al sector de kinesiología del Hospital Cutral – Có y Plaza Huíncul durante el período mayo 2015 a marzo 2016. Material y método: Estudio descriptivo de corte transversal. La población son pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años que consultaron por cervicalgia. Resultados: Los datos recogidos de los 157 pacientes, se agruparon en 4 categorías, para organizar y optimizar su interpretación. Conclusiones: Los usuarios son principalmente mujeres (86%) entre 25 y 64 años. Alrededor del 60 % integra estructuras familiares vulnerables, monoparentales con 3 o más hijos. El nivel de instrucción es bajo y medio. Realizan tareas domésticas con elevada duración de la exposición (frecuencia por semana / horas por día) y trabajan fuera del hogar, por lo cual padecen la “doble presencia”. Refieren padecer situación de estrés emocional y descanso nocturno insuficiente. Presentan antecedentes de 3 o más episodios de cervicalgia en el último año, con dolor mayor a 7 días. Mientras que la práctica de actividad física y el conocimiento de ejercicios cervicales específicos son escasos o nulos.

PALABRAS CLAVE: cervicalgias – terapia física – características socio demográficas – manifestación clínica – factores de riesgo – factores protectores.



Introducción

Las cervicalgias (CX) son dolores producidos sobre el cuello, en su cara posterior y caras laterales, habitualmente se denomina también “dolor de cuello”. Esta es una zona de alta sensibilidad, con múltiples inserciones o coexistencias anatómicas (nerviosas, vasculares y musculares). Las CX se asocian a una etiología multifactorial diversa - psicológica, social, laboral, etc (Fejer & Hartvigsen 2008, Haldelman et al. 2008). Aumenta con la edad; mayormente entre los 35-49 años, asociado a mujeres, sedentarismo, y posturas mantenidas durante largos períodos (CHILDS, CLELAND, ELLIOT y col. 2008, HOY, PROTANI, DE R y col. 2010).

El presente estudio se desarrolló en el hospital zonal de las ciudades de Cutral Có y Plaza Huincul (Provincia del Neuquén). Según el censo 2010, tienen 49694 habitantes (Ministerio de salud de la provincia del Neuquén. 2014).

El sector de kinesiología (SK), posee una alta demanda local, y la frecuencia de consulta por CX, constituye un problema en la prestación de servicio por diversos factores. Cada kinesiólogo (5 profesionales) tiene un área de internación a cargo, se dedica 25% del tiempo para cubrir pacientes que tienen pedidos de interconsulta kinésica. La recepción de pacientes es por derivación médica, habitualmente 5-10 sesiones/paciente; estas son de 40 minutos según consenso. La cantidad de camillas disponibles, el tiempo de sesión y la cobertura de pacientes con afecciones crónicas implica un límite estimado de 31 sesiones diarias.

Los recursos descriptos y el espacio físico son limitados, situación que obliga a redistribuir los recursos, para así poder cubrir lo prioritario (internación, niños y pacientes que asisten por primera vez). Esto origina frecuentemente suspender turnos de pacientes ambulatorios programados, hecho que lleva implícita una demanda insatisfecha que debería resolverse, de lograrse una adecuación de recursos con estrategias, por lo que se requiere evaluar soluciones de mitigación.

En promedio estimado, se dedican 626 horas kinésicas a cx (uno de cada 10 pacientes/día), tiempo que se necesita para patologías más graves.

Por tal motivo, se plantea un estudio local sobre la etiología de la CX - una de las patologías que mayor posibilidad de prevención admite - y de los propios usuarios que



asisten por esta causa al SK del HCPH, para luego evaluar acciones de mitigación basada en el mayor conocimiento de este padecimiento en la comunidad atendida.

Objetivo general

Identificar y describir características socio demográficas, clínicas, de los factores de riesgo y protectores de pacientes con CX, que asisten al SK del HCPH durante el período mayo 2015 a marzo 2016.

Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 157 pacientes de ambos sexos – mayores de 18 años – que consultaron por CX en el SK del HCPH, durante el período mayo 2015 – marzo 2016. De los cuales 135 son mujeres y 22 son hombres, con un rango de edad de 18 a 76 años y una media de 47 años.

La población son los pacientes de ambos sexos que consultaron por CX en el SK del HCPH. No participaron personas que no querían o no podían dar por alguna razón su consentimiento para este estudio, analfabetos o quienes habían contestado la encuesta previamente.

Variables de estudio

Se trabajó con una fuente primaria – encuesta diseñada ad hoc – auto administrada que consta de 37 preguntas abiertas y cerradas. Se agruparon en 4 categorías para organizar y optimizar su interpretación. A – características sociodemográficas (tabla n° 1). B - Características de la manifestación clínica de la patología (antecedentes personales de patología cervical, magnitud del dolor y sus características). C – Factores de riesgo (tabla n° 2). D - Factores protectores (actividad física y ejercicios cervicales).

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el programa EPI INFO 3.5.1.

Se realizó un análisis univariado en el cual se valoró en forma absoluta y porcentual cada variable en estudio. Luego se procedió a un análisis bivariado en el cual se exploraron las posibles asociaciones de acuerdo a las hipótesis planteadas,



utilizando la distribución de Chi cuadrado, y tomando como estadísticamente significativo un valor de $P < 0,05$.

Resultados

Los datos recogidos de los 157 pacientes, se agruparon en 4 categorías, para organizar y optimizar su interpretación.

Características socio demográficas:

El mayor porcentaje de usuarios que asistieron al SK del HCPH presentan las siguientes características: adultos de 25 a 64 años (80 %), sexo femenino (86%), sin unión civil (soltero, divorciado y viudo) (59%), con 3 o más hijos (54%), jefas/es de hogar (74%), con nivel educativo primario (57%) en muchos casos incompleto y que además trabajaban fuera de su hogar (57%).

Planteamos varias hipótesis que relacionaban la intensidad del dolor con las variables edad, estado civil y jefe de hogar, las cuales no fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, del análisis bivariado surge una relación estadísticamente significativa entre intensidad del dolor y sexo, con mayor intensidad en el sexo femenino ($\chi^2=5.18$, $P=0,01$).

Características de la manifestación clínica de la patología:

En esta categoría se subdividieron las manifestaciones clínicas en antecedentes personales de patología cervical, magnitud del dolor y sus características, según refirió el paciente al ser encuestado en la primera sesión por CX.

Antecedentes del dolor cervical: El 76 % (119) refirió haber padecido 3 o más cx; el 52 % (82) manifestó haber tenido más de 7 días de dolor cervical, mientras que solo el 38% refirió haber consultado siempre al médico.

Magnitud del dolor y sus características: El 71 % (111) refirió dolor fuerte e intenso de 7 a 10 en la escala visual análoga del dolor – EVA (gráfico n° 1). El 57 % (89) refirió dolor en ambos lados del cuello (der-izq); el 51 % (80) manifestó que se propagaba a la cabeza; el 60 % (95) refirió que el dolor se mantenía todo el día.

A partir de los datos obtenidos de las características de la manifestación clínica de la CX, planteamos varias hipótesis relacionando la intensidad del dolor con las variables cantidad de CX en el último año, consulta médica, propagación, duración y



circunstancias del dolor, las cuales no fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, del análisis bivariado surgen otras relaciones estadísticamente significativas al cruzar la variable magnitud del dolor con la cantidad de días con CX - mayor intensidad de dolor a los 7 días ($\chi^2 = 5.03$, $P=0.02$); con la localización – mayor intensidad de dolor en ambos lados y lado izquierdo ($\chi^2=6.9$, $P=0.008$); finalmente la cruzamos con la variable mano hábil – mayor intensidad de dolor en la izquierda ($\chi^2=5.56$, $P=0.01$).

Factores de riesgo para desarrollar CX:

En la tabla n° 2 se observa que un 58 % (91) refirió haber sufrido una situación de estrés emocional al momento de consultar por CX, el 72% (113) refirió que no tenía un descanso nocturno óptimo al momento de ser encuestado, el 57% (89) respondió que trabajaba fuera de su hogar y el 99% (155) realizaba tareas domésticas.

En el Gráfico N° 2 se observan las tareas domésticas que realizaban dichos pacientes con una frecuencia mayor al 60%, en el Gráfico n° 3 se observa la cantidad de días por semana y en el Gráfico n° 4 se observa la cantidad de horas diarias que invertían en dichas tareas domésticas.

No se encontraron relaciones estadísticamente significativas al relacionar la intensidad del dolor con las variables de estrés, trabajo fuera del hogar y sexo. Sin embargo, del análisis bivariado surgen varias relaciones con significación estadística: Las personas en edad laboral activa refieren mayor estrés, las mujeres realizan más tareas que los hombres: Planchan, limpian el piso, los vidrios y el baño, lavan platos, cocinan, barren más días. También dedican mayor cantidad de horas al planchar y cocinar (valor $P<0.01$). Además, las personas que trabajan fuera del hogar tienen mayor estrés, las mujeres trabajan más horas por día que los hombres, las personas que realizan tareas domésticas tienen mayor estrés, las personas que planchan refieren mayor intensidad de dolor (valor $P<0.01$).

Factores protectores:

El 38% (60) realizaba actividad física; a su vez a estos pacientes encuestados que realizaban actividad física, se les preguntó, cuál era la frecuencia semanal en la



que realizaban dicha actividad, obteniendo los siguientes datos: El 23 % (37) realizaba ejercicios de 1 a 3 veces por semana, el 15 % (23) más de 3 veces por semana.

El 43% (67) de los 157 encuestados dijo que sabía de la existencia de ejercicios cervicales. Al consultar a estos mismos pacientes, si realizaban dichos ejercicios cervicales, solo el 23% (36) dijo que sí los practicaba.

No se encontró relación estadísticamente significativa entre hombres que practicaban actividad física y la magnitud del dolor. Sin embargo, del análisis bivariado surgen algunas relaciones estadísticamente significativas: Las mujeres realizan menos actividad física que los hombres ($\chi^2=4.7$, $P=0.02$); A menor actividad física mayor intensidad de dolor ($\chi^2=2.8$, $P=0.04$); Las mujeres que realizan actividad física se asocian con mayor intensidad de dolor ($\chi^2=6.6$, $P=0.009$).

Discusión

La encuesta diseñada para realizar el estudio descriptivo sobre CX, nos permitió cumplir los objetivos planteados, ya que logramos encuestar a 157 personas de ambos sexos, mayores de 18 años, en el período comprendido entre mayo 2015 – marzo 2016 y determinar el perfil de dichos usuarios en función de las características socio demográficas, clínicas, de los factores de riesgo y protectores para desarrollar CX. Cabe destacar que dicho trabajo de investigación, es el primer y único estudio sobre CX realizado por Licenciados en Kinesiología del sistema público de salud de la provincia del Neuquén.

En las características sociodemográficas se observan principalmente mujeres en período laboral activo (MANSILLA, 2000) de 25 a 64 años, que, en más de la mitad de los casos, se encontraban solas (sin unión civil formal), con la gran responsabilidad de criar al menos un hijo, con un nivel de instrucción bajo - medio y que además refirieron en un gran porcentaje ser jefes de hogar y trabajar fuera de su casa.

Nos llama la atención el elevado porcentaje de familias monoparentales (59%) y con 3 o más hijos (54%). Lo cual nos hace suponer que las posibilidades de llevar un estilo de vida adecuado para cumplir con las demandas instaladas en el imaginario social, se ven limitadas por escasos recursos de tiempo y en muchas ocasiones económicos.



Un estudio sobre Familia, pobreza y bienestar (HERRERA, SALINAS, VALENZUELA, 2011) plantea que: “Las estructuras familiares más vulnerables aparecen entre familias monoparentales con hijos, encabezadas principalmente por mujeres, y en familias numerosas, cualquiera sea la situación de conyugalidad.”

El nivel educativo formal de los pacientes encuestados se encuentra en el 90 % de los casos en un nivel bajo (sin estudios o estudios primarios) y medio (estudios secundarios y formación profesional de grado medio) según los criterios de la UNESCO (1976). Un estudio (DE LA CRUZ, SÁNCHEZ, FEU y col., 2013) en la población española menciona que: “Las personas que tienen un nivel educativo bajo tienden a valorar peor su salud, las personas con un nivel educativo alto perciben más apoyo social, generando mayor bienestar y calidad de vida.” Por tal motivo, podríamos suponer que nuestros pacientes tienden a valorar de peor manera su salud, presentan mayor riesgo de exclusión social, además perciben menos apoyo social, ya que este apoyo se relaciona principalmente con nivel educativo alto. Lo cual se traduciría en menor bienestar y calidad de vida.

Los datos obtenidos en relación a las características clínicas de la CX, muestran que existen antecedentes de dolor cervical de gran importancia. Lo cual nos permite suponer que la oferta del sistema de salud pública local no sería eficaz, ni eficiente en materia de prevención de la CX. Otra hipótesis, nos hace suponer que el ritmo de vida que impone la sociedad (obligaciones familiares y/o personales en materia de salud, educación y nivel socioeconómico) y la estructura familiar de los pacientes encuestados, incrementaría el riesgo de padecer dolor cervical, o al menos no le permitiría cumplir plenamente con las recomendaciones ofrecidas por salud pública.

Cabe destacar, que la mayor parte (71 %) de los pacientes encuestados manifestó que la intensidad del dolor oscilaba de fuerte a intenso - 7 a 10 - en la escala análoga del dolor (SERRANO ATERO, CABALLERO, CAÑAS y col., 2002). Suponemos que podría ser la manifestación subjetiva de toda la carga física y emocional que genera enfrentar la vida cotidiana, en situación de vulnerabilidad económica y social, sosteniendo un hogar con 1 o más hijos, en muchas ocasiones sin compañero, sin trabajo o cuando lo obtiene es informal.

Comparamos nuestro trabajo con un estudio sobre la incidencia de la CX (PRIOLETTTO, 2010) en el cual se encuestó a 150 docentes – con población y propósito diferente - observamos un porcentaje similar en la percepción de dolor, bajo



en la consulta con el médico en ambos casos y una gran diferencia en la cantidad de días con dolor por afección cervical – mayor en nuestros pacientes – que podría explicarse por el nivel educativo (DE LA CRUZ, SÁNCHEZ, FEU y col., 2013) y el contexto socioeconómico (HERRERA, SALINAS, VALENZUELA, 2011) de ambos grupos. El análisis bivariado demostró una relación estadísticamente significativa entre la intensidad del dolor y la cantidad de días con CX, con mayor intensidad a partir de los 7 días de dolor cervical ($\chi^2=5.03$, $P=0.02$).

En relación a los factores de riesgo, los datos que obtuvimos refuerzan nuestra hipótesis sobre el perfil de los pacientes que consultan por CX, ya que el 58 % refiere sufrir estrés y el 72 % manifiesta descanso nocturno insuficiente. Si bien son datos subjetivos que no permiten afirmar que la CX tiene relación directa con el estrés y el descanso nocturno insuficiente, deberían tenerse en cuenta en el contexto global del paciente, como factores de riesgo que podrían influir en la aparición de la CX, en la percepción del dolor, en la evolución y pronóstico de la misma. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la intensidad del dolor y las variables de estrés, descanso nocturno y sexo. Sin embargo del análisis bivariado surge una relación estadísticamente significativa entre la edad y el estrés, con mayor intensidad en el período laboral activo ($P<0.01$). Es un dato importante para nuestro estudio, ya que el 80 % de los pacientes encuestados, se encuentra en este período laboral activo. Hans Selye, fundador del campo de la investigación del estrés, estudió el estrés en el sentido biológico de lesiones físicas, infecciones y patologías, reconoció también la importancia del estrés psicológico (MELZACK, 2000).

En relación a las situaciones de estrés emocional planteadas en nuestro trabajo de investigación, consideramos pertinente mencionar un artículo sobre amas de casa (RODRÍGUEZ, TRILLOS, BAUTE 2014) en el cual demostraron que: “El 11,3 % padecía el síndrome de Burnout, ejercían labores domésticas desde hacía 1 a 30 años. La mayoría estaba casada o en unión libre y mostraron mayor nivel de cansancio emocional; lo que puede atribuirse a la doble presencia.” Esta información sobre el síndrome de Burnout en amas de casa nos permite suponer que un cierto porcentaje de nuestras pacientes encuestadas, podría padecer dicho síndrome, ya que se encuentran en un rango de edad similar, ejercen tareas domésticas a diario, el 45 % presenta doble presencia (BRUNEL, LÓPEZ, MORENO, 2012) y en muchos casos forman parte de una estructura familiar vulnerable (HERRERA, SALINAS, VALENZUELA, 2011). Por tal motivo, dicha problemática debería ser tomada en cuenta



en las amas de casa de nuestras localidades (Plaza Huincul y Cutral Có), para evaluar y analizar el contexto social y económico, a través de nuevos estudios de investigación, y plantear si tiene influencia en el desarrollo de trastornos músculo esqueléticos, entre ellos CX.

De todas las personas encuestadas, el 57 % manifestó trabajar fuera de su hogar, de las cuales el 45 % (70) son mujeres. Con estos datos se suma un nuevo factor de riesgo psicosocial, la “doble presencia”. La guía sindical mujeres, trabajo y salud (BRUNEL, LÓPEZ, MORENO, 2012) define a la doble presencia como: “La situación que se origina cuando recae sobre una misma persona la necesidad de responder a las demandas del trabajo doméstico-familiar y las demandas del trabajo asalariado.”

Otro factor de riesgo son las tareas domésticas, demandan esfuerzo físico y mental - subjetivo y variable – nunca finaliza, se realizan a diario, no son remuneradas y socialmente se atribuyen en su gran mayoría a la mujer. Planteamos la hipótesis que, si fueran reconocidas como un trabajo formal, se podría hacer mayor énfasis en la prevención de los riesgos para la salud. Obviamente, genera polémica plantear un salario para dicha actividad, sin embargo, existen antecedentes en Argentina, con el proyecto de jubilación de amas de casa (Sistema integrado de jubilaciones y pensiones. Decreto 1454/2005), que sería materia de análisis para estudios posteriores, con la intención de evaluar el efecto positivo y negativo en la salud biopsicosocial de la mujer.

Los datos indican que el 99 % (155) de los pacientes encuestados realizan tareas domésticas. Dentro de estas se mencionan con una frecuencia mayor al 60 %: planchar, limpiar el piso, lavar platos, cocinar, barrer, limpiar el baño y limpiar vidrios. Un trabajo de prevención de trastornos músculo esqueléticos (OMS, 2004), plantea que: “Los problemas de salud aparecen, cuando el esfuerzo mecánico es superior a la capacidad de carga de los componentes del aparato locomotor.” Dicho planteo, nos permite suponer que los datos obtenidos en nuestro trabajo, indican que el mayor factor de riesgo de las tareas domésticas sería la duración de la exposición (frecuencia por semana y cantidad de horas por día). Cabe destacar, que estas tareas son realizadas principalmente por las mujeres. Otro estudio (SERRANO, 2010) sobre la distribución de las tareas domésticas concluye que: “La mujer se ocupa siempre de



lavar ropa, cocinar, limpiar y comprar. Las tareas domésticas recaen en menor medida sobre la mujer cuando el nivel de estudios aumenta”.

En nuestro estudio, demostramos que la mujer sigue llevando el peso de los trabajos domésticos a pesar de la mayor concienciación social, a su vez coincide el nivel educativo bajo – medio de nuestros pacientes, lo cual incrementaría el rol principal de la mujer en el cuidado y mantenimiento del hogar.

Además, consideramos que todas las personas que trabajan (incluyendo las tareas domésticas) están expuestas en mayor o menor medida a una determinada carga física y mental, lo cual se refleja en una publicación sobre prevención de riesgos ergonómicos (CROEM, 2016), en la cual mencionan que: “La consecuencia más directa de la carga de trabajo tanto física como mental, es la fatiga”. Haciendo foco en las tareas domésticas principales (frecuencia mayor al 60 %) pudimos corroborar estableciendo relaciones estadísticamente significativas, que las personas que planchan refieren mayor intensidad de dolor que las que no lo hacen y que las mujeres invierten más días y horas que los hombres en planchar, limpiar el piso, cocinar. También, son las mujeres las que dedican mayor cantidad de días de la semana a lavar platos, barrer, limpiar el baño y los vidrios.

Finalmente observamos que los datos obtenidos de los factores protectores, indican que nuestros pacientes, en más de la mitad de los casos, no practicaban ningún tipo de actividad física y tampoco tenían conocimiento de la existencia de ejercicios cervicales específicos. La organización mundial de la salud (OMS, 2010) brinda recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. “Los adultos de 18 a 64 años deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada”. Cabe destacar, que en nuestro estudio no tuvimos en cuenta, cuál era el tipo de actividad física que realizaba, ni el tiempo que dedicaban a la misma. Sin embargo, podríamos suponer que la actividad física realizada no sería suficiente o no sería la indicada, ya que el 78 % de los pacientes encuestados que realizaban actividad física, refirieron dolor fuerte e intenso (SERRANO ATERO, CABALLERO, CAÑAS y col., 2002). Hipótesis que debería ser corroborada en estudios posteriores. De todas maneras podemos afirmar que el 62 % de nuestros pacientes, no realizaban actividad física, los cuales se alejan de las recomendaciones de la OMS.



Al comparar nuestro trabajo con el estudio sobre cx realizado en docentes (PRIOLETTTO, 2010), observamos que nuestros pacientes manifiestan un conocimiento de la existencia de ejercicios cervicales en menor porcentaje. Suponemos que podría existir una diferencia en el conocimiento por el nivel de instrucción (UNESCO, 1976), entre otros factores que serían motivo de futuras investigaciones. Otros factores que podrían influir en el conocimiento de los ejercicios preventivos, serían la escasa o nula difusión a través de la prensa en general, ausencia de programas preventivos específicos del ministerio de salud provincial y déficit en la unificación de criterios de los profesionales de nuestro sector de kinesiología, ya que pudimos corroborar la reincidencia de varios pacientes por el mismo motivo de consulta.

Un estudio sobre el Tiempo Libre y Trabajo Doméstico (MARTINEZ ALCANTARA, LOPEZ BARON, GARCIA CONTRERAS, 2013) recomienda: “una mayor organización de las actividades laborales y extra laborales que permitan un uso más activo del tiempo libre, privilegiando el ejercicio físico.” Suponemos que nuestros pacientes dependen en gran medida de la organización familiar, y de su propia voluntad para intentar realizar actividad física en su tiempo libre, el cual es limitado. Además, debemos tener en cuenta que las tareas domésticas en el hogar y fuera de él cuando lo hace por trabajo, tienen carga física y mental, por lo que disminuye las posibilidades de que pueda concretar dicha actividad, más difícil aún, pretender que sostenga la misma en el tiempo. Es de sentido común, comprender que una familia vulnerable, con 1 o más hijos, monoparental, de escasos recursos y apoyo insuficiente de su entorno, tendrá serios inconvenientes para disfrutar de su tiempo libre.

Conclusiones

El estudio realizado nos permitió construir el perfil de los usuarios que consultan por CX en el SK del HCPH, a partir de la identificación y descripción de las características sociodemográficas, clínicas, de los factores de riesgo y protectores para desarrollar CX que manifestaron dichos usuarios.

Aspectos principales del perfil de usuarios que consultan por CX:



Mujeres, en edad laboral activa (25 a 64 años), que en más del 50 % de los casos, se encuentran solteras – viudas – divorciadas, con uno o más hijos, en situación de jefe de hogar y con trabajo fuera de su casa.

Antecedentes de 3 o más episodios de CX en el último año, con dolor cervical mayor a 7 días y escasa consulta al médico por dichos episodios.

Percepción del dolor de fuerte a intenso, localizado en ambos lados del cuello, generalmente propagado hacia la cabeza y con duración de todo el día.

Padecimiento de situación de estrés emocional y descanso nocturno insuficiente.

Trabajo fuera del hogar con percepción de esfuerzo físico en las tareas, condiciones laborales desfavorables, escasa o nula capacitación laboral en riesgos para la salud.

Tareas domésticas a diario con carga horaria importante, como planchar, limpiar el piso, lavar platos, cocinar, barrer, limpiar el baño y los vidrios.

Escaso porcentaje de práctica de actividad física y de conocimiento de ejercicios cervicales.

Elevado porcentaje de mujeres que padecen “DOBLE PRESENCIA”.

Recomendaciones para los efectores de salud

Incluir en la anamnesis el contexto sociodemográfico, clínica, factores de riesgo y protectores de las cx.

Unificar criterios en relación a la patología cervical.

Asesorar al paciente sobre los factores de riesgo y protectores para el desarrollo de la CX.

Elaborar un plan de ejercicios cervicales para optimizar el manejo terapéutico en el hogar del paciente.

Recomendaciones para personas que padecen dolor cervical



Descentralizar el rol de la mujer en el hogar, consensuar y coordinar – con el núcleo familiar - las tareas domésticas para evitar la sobrecarga física y mental de la misma.

Optimizar el nivel educativo, ya que aumenta las probabilidades de obtener mayor bienestar.

Resolver situaciones personales y/o familiares que generan estrés.

Dedicar mayor tiempo al descanso nocturno y optimizar el ambiente físico del dormitorio.

Analizar las tareas habituales – domésticas y/o del trabajo fuera del hogar - ubicarse en posturas adecuadas, buscar asesoramiento sobre los riesgos para la salud.

Realizar actividad física acorde al estado de salud, edad, trabajo y/o actividades habituales. De ser posible, asesorarse con un profesional idóneo para diseñar un plan de ejercicios adecuado e intentar sostenerlo en el tiempo.

Consultar al médico de cabecera, cuando las recomendaciones sugeridas no generan cambios favorables en relación a su dolor cervical.

Financiación

Este trabajo se realizó con financiamiento de la Dirección de Bioética e Investigación, de la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén, mediante una Beca del Sistema de Investigación en Salud de Neuquén (SISNe), convocatoria 2014.

Agradecimientos

Al Dr. Martín Sapag por estimular y apoyar nuestro trabajo de investigación. A la Lic. Marcela Fontana que nos brindó su saber, calidez humana y paciencia. Al Dr. Ariel Toloza por su gran aporte científico. Finalmente, a nuestros queridos compañeros, Gabriela Garrido, Sergio Suarez y Luciano Garrido.

A Marcela Fontana. Farmacéutica. Magister en Gestión y Auditorías Ambientales.



Bibliografía

1. FEJER R, NECK HARTVIGSEN J. 2008. Pain and disability due to neck pain: what is the relation. *Eur Spine J.* 17: 80-88.
2. HADELMAN S, CARROL L, CASSIDY D and col. 2008. The Bone and joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders: executive summary. *Spine.* 33(4 Suppl):S5-7).
3. CHILDS JD, CLELAND JA, ELLIOT JM and col. 2008. Neck pain: Clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports PhysTher*
4. HOY DG, PROTANI M, DE R and col. 2010. The epidemiology of neck pain Best Pract Res ClinRheumatol. 24(6):783-92.
5. Gobierno de la Provincia del Neuquén. Ministerio de salud. 2014. Hospital Cutral – Có / Plaza Huincul. Datos sanitarios básicos. Periodo 2008 – 2012. Argentina. Dirección general de información sanitaria. Dr. Alejandro Ojeda. www.saludneuquen.gov.ar
6. MANSILLA M. 2000. Las etapas del desarrollo biopsicosocial. *Revista de investigación en psicología.* vol.3, n°2, 105-116.
7. HERRERA S; SALINAS V; VALENZUELA E. 2011. Familia, pobreza y bienestar en Chile: un análisis empírico de las relaciones entre estructura familiar y bienestar. Chile. Instituto de Sociología. Año 6 / N° 44.
8. DE LA CRUZ – SÁNCHEZ E, FEU S, VIZUETE – CARRIZOSA M. 2013. El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Universitas psychologica.* 12(1), 31-40.
9. SERRANO ATERO M, CABALLERO J, CAÑAS A and col. 2002. Pain assessment (I). *Rev Soc Esp Dolor.* 9: 94-108.
10. PRIOLETTTO M. 2010. Incidencia de la cervicalgia de origen no articular en las actividades de la vida diaria. Universidad FASTA. Mar del Plata. Argentina.
11. MELZACK R. 2000. Del umbral a la neuromatriz. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 7: 149-156.



12. RODRÍGUEZ U, TRILLOS L, BAUTE V. 2014. Caracterización del síndrome de Burnout en amas de casa residentes en el barrio Rodrigo de Bastidas de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Psicogente*. 17(32), 431-441.
13. BRUNEL S, LÓPEZ M, MORENO N. 2012. Guía sindical mujeres, trabajo y salud. España. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (Istas).
14. Ministerio de justicia y derechos humanos 2005. Argentina. Sistema integrado de jubilaciones y pensiones. Decreto 1454/2005. Modificase la Ley N° 24.476. http://biblioteca.afip.gob.ar/dcp/DEC_C_001454_2005_11_25.
15. OMS. Organización mundial de la salud. 2004. Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el lugar de trabajo. Serie de protección de la salud de los trabajadores n°5. www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh5sp.pdf
16. SERRANO G. 2010. Estudio sobre la distribución de tareas domésticas. Madrid. ELECTROLUX.
17. CROEM. Confederación de Organizaciones Empresariales de Murcia. 2016. Prevención de riesgos ergonómicos. <http://www.croem.es/prevergo/formativo/2.pdf>.
18. OMS. Organización mundial de la salud. 2010. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf
19. MARTINEZ ALCANTARA S; LOPEZ BARON F, GARCIA CONTRERAS O. 2013. Tiempo Libre y Trabajo Doméstico en Su Relación con Daños Psicosociales en Docentes de una Universidad Pública Mexicana. vol.15, n.48, 165-172.



Novedades

Seminario sobre Aspectos Bioéticos en la atención de niños, niñas y adolescentes,⁸⁵



El día 22 de abril se realizó, en el marco del curso De Actualización en Bioética y Salud Colectiva organizado desde la Dirección de Bioética e investigación, el primer seminario presencial denominado “Aspectos Bioéticos en la atención de la salud de niños, niñas y adolescentes”.

El mismo se desarrolló en la localidad de Tricao Malal, en el salón de usos múltiples de la escuela primaria de dicha localidad, en el horario de 9 a 13 horas. La organización estuvo a cargo de los integrantes del Comité de Bioética Asistencia de Zona Sanitaria III, conjuntamente con la red interinstitucional local y la Dirección de Bioética e Investigación. Asistieron a la jornada aproximadamente 60 personas, entre las cuales se encontraban: trabajadores de salud de distintos sectores y hospitales del Sistema Público de Salud, integrantes de la Red Provincial de Comités de Bioética

⁸⁵ Informe de la Dra. Marcela Olivero, Departamento de Bioética ,Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén.



Asistencial, docentes de la localidad, personal pertenecientes a la municipalidad e integrantes de la policía local.

La atención de la salud de niños, niñas y adolescentes se abordó desde una perspectiva de derechos, y los objetivos fueron los siguientes:

Promover el conocimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes que deben ser garantizados en la atención de salud.

Propiciar el debate y la reflexión acerca de las prácticas asistenciales que comprometen derechos de niños, niñas y adolescentes.

La actividad fue desarrollada mediante una modalidad de taller, se dividieron a los participantes en grupos para el análisis y discusión de situaciones de la práctica asistencial diaria, en las cuales se encontraban implicados derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes. Luego se desarrolló un plenario donde cada grupo compartió sus conclusiones, dando como resultado un rico debate sobre la temática.

A continuación retomando puntos de la discusión grupal se hizo una presentación teórica donde se abordaron los aspectos éticos, jurídicos y las normativas vigentes con respecto a los derechos en la atención sanitaria de niños, niñas y adolescentes en la atención sanitaria.







Seminario sobre Bioética y Derechos Sexuales y Reproductivos. Experiencias Territoriales

Marcela Olivero

El día 8 de junio se realizó, en el marco del curso de Actualización en Bioética y Salud Colectiva, organizado desde la Dirección de Bioética e investigación, el segundo seminario presencial denominado: “Bioética y Derechos Sexuales y Reproductivos. Experiencias Territoriales.”

El mismo se desarrolló en la localidad de Junín de los Andes, en el salón de usos múltiples del hospital de dicha localidad, en el horario de 9 a 13 horas. La organización estuvo a cargo de los integrantes del Comité de Bioética Asistencia de Zona Sanitaria IV, conjuntamente con la Dirección de Bioética e Investigación. Asistieron a la jornada aproximadamente 100 personas, entre las cuales se encontraban: trabajadores de salud de distintos sectores e instituciones del Sistema Público de Salud, integrantes de la Red Provincial de Comités de Bioética Asistencial e integrantes de otras instituciones y organizaciones sociales locales.

La actividad fue desarrollada en forma de seminario con los siguientes objetivos:

- Promover el conocimiento de las situaciones en las que las mujeres tienen derecho a solicitar la interrupción legal del embarazo.
- Promover acciones para facilitar el acceso a la interrupción legal del embarazo.
- Propiciar el análisis, reflexión y debate acerca de las prácticas asistenciales que obstaculizan el acceso a la interrupción legal de embarazo.

Se abrió la jornada con unas palabras de bienvenida y la presentación de lxs disertantes por parte de Andrea Macías, a cargo de la Dirección de Bioética e Investigación, Elsa Álvarez, coordinadora del Comité Asistencial de Zona Sanitaria IV, y Agustín Fagés, Director del Hospital de Junín de los Andes.

En primer lugar, Cecilia Maisler, presentó las acciones implementadas desde el Departamento de Salud Sexual y Reproductiva para garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo.



En segunda instancia, Alicia Diez, licenciada en trabajo social, y María Eugenia Baieli, médica general, presentaron la experiencia desde los centros de salud de la Zona Sanitaria Metropolitana, en la implementación de la interrupción legal del embarazo en el Sistema Provincial de Salud Público de Neuquén.

A continuación, el Dr. Daniel Teppaz, Coordinador de Salud Sexual y Reproductiva de la Municipalidad de Rosario, la *Experiencia en el Sistema de Salud Público de la ciudad de Rosario en la implementación de la interrupción legal del embarazo*.

Luego, representantes locales de la Red de Socorristas Los Lagos, presentaron su experiencia en el acompañamiento de las mujeres en situación de aborto desde las organizaciones feministas.

Por último, Marcela Olivero, a cargo del departamento de Bioética, presentó las acciones y estrategias llevadas adelante desde la Dirección de Bioética e Investigación para facilitar el acceso a la interrupción legal del embarazo.

Finalmente, se abrió un espacio para preguntas e intercambio.







Instrucciones para las/os autores/as

Especificaciones

- 1.- Los trabajos originales deberán tener una extensión entre 2000 y 5000 palabras (aproximadamente 5 a 12 páginas), con las fuentes bibliográficas a pie de página. Deberán ser enviados exclusivamente por correo electrónico en tamaño A4, Documento Word (.doc o .docx) u Open Office Writer (.odt), letra Verdana tamaño 11 con interlineado de 1,5.
2. Título del artículo centrado en letra normal utilizando mayúscula/minúsculas según corresponda, en negrita.
3. Autor/es: nombre y apellido en el margen izquierdo, con nota final (del tipo*) indicando título, cargo, lugar de trabajo y pertenencia institucional, dirección de correo electrónico, y fecha de envío del artículo.
4. Optativo: Resumen en inglés, de hasta 150 palabras, en letra Verdana tamaño 9 con interlineado 1,5. Incluir la traducción al inglés del título del artículo y cinco (5) palabras clave, en mayúscula/minúsculas y separadas con comas. Palabras Clave tipo: Vih/Sida, consentimiento informado, inducción indebida, pobreza, enfermedad crítica, etc.
5. Subtítulos en margen izquierdo, en mayúscula/minúsculas, sin subrayar ni negritas.
6. Los cuadros, gráficos, fotos e ilustraciones deben enviarse en archivo separado (formatos TIF, JPG o PNG) numerados según orden de aparición en el texto (el cual debe indicar claramente su ubicación e incluir el epígrafe correspondiente).
7. Las notas deben estar al final del texto, respetando igual letra y tamaño utilizados.
8. Las transcripciones textuales de autores al igual que las entrevistas y citas de cuadernos de campo, que no superen las tres líneas se mantendrán en el cuerpo principal del texto, entre comillas y sin itálicas ni negritas. En caso de referencias mayores a tres líneas, se presentará separada del cuerpo principal del texto con un espacio al comenzar y otro al terminar, entre comillas, sin utilizar itálicas ni negritas.



9. Las citas bibliográficas serán colocadas en el cuerpo principal del texto. Puede utilizarse el sistema automático incorporado a los procesadores de texto. En caso de tratarse de más de tres autores, se citará solo a los tres primeros y se agregará y col. o et al.

10.- Artículos de revistas deben seguir el formato: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas. (año). título del trabajo citado, nombre de la revista, volumen, número, paginación.

Ejemplos: SEN, A. (2002). ¿Por qué equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6).

- Los libros se citarán: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas, (año). Título, edición si la hubiere, editorial, lugar.

Ejemplos: NINO, C. (1989). Ética y derechos Humanos. Ed. Astrea,

Capítulo de libro Apellido del autor, inicial del nombre en mayúsculas. (año). Título del capítulo. En: autor(es) del libro con mayúscula (o Director o compilador si corresponde), *título*, editorial, ciudad, páginas.

Ejemplos: NUN, J. (2014). El sentido común y la construcción discursiva de lo social. En: GRIMSON, A. (Comp.), *Culturas políticas y políticas culturales*. Buenos Aires: Fundación de Altos Estudios Sociales, ed. Boll, Cono Sur, pp. 15 - 23.

- Citas de documentos y/o declaraciones institucionales. Las citas de documentos y/o declaraciones de instituciones nacionales o internacionales (OMS, UNESCO, CONICET, etc) se harán colocando la sigla o acrónimo de la institución en mayúsculas, seguido por el nombre institucional completo, el año, el título y la URL de la que puede ser recuperada, según el siguiente modelo:

CEPAL - Comisión Económica para América Latina. 2002. Globalización y desarrollo Social. Secretaría ejecutiva. [Versión electrónica]. Recuperada el 28 de agosto de 2003. Disponible en:
<http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/3/LCG2157SES293/Globa-c10.pdf>



Si la edición citada fuera impresa se deberá consignar el lugar de edición como en el caso de los libros.

Siempre que sea posible se agregará la URL de la página web en la que se pueda acceder al artículo.