

La sociedad civil responde al Ministerio de Salud

<http://www.comunicarigualdad.com.ar/la-sociedad-civil-responde-al-ministerio-de-salud/>

February 14, 2013

Sandra Chaher

Tres representantes de la sociedad civil analizan la evolución del *Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y la Adolescente* que implementa desde el 2010 el Ministerio de Salud de la Nación para reducir, entre otros índices, el de mortalidad de mujeres gestantes (mortalidad materna). Falta de información, limitaciones en el monitoreo y evaluación, no abordaje de la problemática del aborto inseguro y negación a brindar información sobre el mismo son algunos de los reclamos hacia la cartera de salud.

COMUNICAR IGUALDAD-

“El Ministerio de Salud de la Nación no tiene voluntad política de enfrentar la disminución de la mortalidad materna”

*** Por Mabel Bianco, médica y presidenta de FEIM (Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer).**

Ante las respuestas del subsecretario de Salud Comunitaria y el equipo sobre las acciones para bajar los índices de mortalidad materna y embarazo adolescente se nota claramente que el Ministerio de Salud de la Nación no tiene voluntad política de enfrentar la disminución de la mortalidad materna y los otros temas, porque evade enfrentar los verdaderos problemas. **Si la principal causa de mortalidad materna desde hace décadas son las complicaciones del aborto inseguro, el subsecretario no puede contestar que atender el aborto permitido por la ley “no sería significativo” para disminuir esta mortalidad.**



Reconoce que no se sabe qué impacto tendría, debería también reconocer que esto se debe estudiar, y hacerlo. Además, demuestra que ignora –o quiere ignorar- que las dos causales del aborto permitido por el código penal son: 1) los riesgos para la salud y la vida de la madre, y 2) las violaciones y atentados al pudor. Esto permite estimar ese impacto, ¿por qué no lo hace el Ministerio?

La obligación del Gobierno es definir la política nacional, entonces si cree que hay que cerrar servicios de maternidad porque no son efectivos, el Ministerio debe establecer esa política fundamentándola y actuar en consonancia con los gobiernos provinciales y locales para explicarlo a la población. No puede reclamarnos esta abogacía a las organizaciones no gubernamentales para que difundamos esto a las mujeres ya que no tenemos los fundamentos ni los recursos para hacerlo a través de los medios, como plantea.

“Si el Ministerio cree que hay que cerrar servicios de maternidad porque no son efectivos, debe establecer esa política fundamentándola y actuar en consonancia con los gobiernos provinciales y locales para explicarlo a la población.”

Lamentablemente, el subsecretario, al decir que hace 20-30 años los índices de mortalidad materna se debían a que los partos se hacían en la casa, **ignora que desde los ´60 en Argentina el parto institucional predomina ampliamente.** Y agrega que por eso “muchos municipios quisieron tener sus propias maternidades”. En realidad, **en los últimos 30 años crecieron más los pequeños servicios de maternidad privados, que son los que presentan los mayores riesgos por no tener la experiencia y práctica suficiente.** Así no lograremos evitar estas muertes innecesarias.

“No contamos con información suficiente para evaluar cómo llegamos a estos resultados”

Por Mariana Romero, médica e investigadora del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), y co-coordinadora del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR).

La razón por la cual no hemos conseguido reducir las muertes maternas radica en que se debe adoptar un marco que encuadre las acciones, donde cada programa y sus actividades se inserten y contribuyan a objetivos específicos, donde las actividades sean monitoreadas, evaluadas, y reforzadas o reemplazadas si no se llega al resultado esperado, y se sostengan con voluntad política y calidad técnica en el tiempo. Asimismo es clave tener en cuenta los diagnósticos regionales para ajustar los planes e intervenciones a necesidades específicas de cada realidad. **La reducción de las muertes maternas será posible en la medida que se genere un círculo virtuoso de metas claras, recursos e intervenciones específicas, monitoreo y evaluación, rendición de cuentas y resultados para ajustar nuevamente.**



Las muertes maternas son un indicador “muy duro” para tenerlas como único resultado para indicar si un plan arroja los resultados esperados. Por eso, hay que pensar en indicadores de proceso de corto y mediano plazo acordes a las prioridades, las intervenciones propuestas y los recursos invertidos. La Estrategia Mundial por la Salud de las Mujeres y los Niños -propuesta por el Secretario General de las Naciones Unidas en 2010- y el Plan de Acción para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna -propuesto por Organización Panamericana de la Salud en 2011- son dos marcos complementarios que brindan un menú de acciones con indicadores de monitoreo que deberían ayudarnos a identificar donde están los nudos críticos.

El Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y la Adolescente ha sido adoptado sólo por algunas provincias, es decir que su alcance como política pública está limitado en ese sentido. El Plan plantea la integración a nivel de cada provincia de distintos programas y niveles que atienden la salud de la mujer y de las/os niñas/os y propone pasos que parten de un acuerdo con las autoridades. Son las provincias las que deciden cuáles son sus prioridades, cuáles las acciones que llevarán adelante, los objetivos y metas y la asignación presupuestaria. **Este proceso participativo es interesante. El gran desafío es como se integra la indelegable rectoría del Ministerio con el diseño, monitoreo y auditoría de cada plan provincial.**

Hoy no contamos con información que permita ver la trayectoria del Plan implementado por el Ministerio de Salud y por eso es difícil aventurar cuáles son las potenciales falencias que llevan a estos resultados. ¿Son las intervenciones seleccionadas no adecuadas? ¿Es que su implementación enfrenta obstáculos? ¿Se asignaron los recursos necesarios? ¿Existe la capacidad técnica y la infraestructura necesaria? ¿Llegan las mujeres a los servicios de salud? ¿Fueron tratadas oportuna y adecuadamente? Si la mujer enfrentó un problema que puso en riesgo su vida o su salud, ¿se analizó el caso para entender si se actuó conforme a la mejor evidencia disponible? ¿Se modificaron las acciones a partir de los casos? ¿Hubo seguimiento y respuestas a partir del análisis? Estas son las preguntas que nos ayudarían a entender el resultado.

Hay algunas intervenciones que deberían ser componente clave de los programas: un programa de salud sexual y reproductiva fuerte,

“Hay intervenciones clave: un programa de salud sexual y reproductiva fuerte; la utilización apropiada de la tecnología; la atención del parto de bajo riesgo por obstétricas; el acompañamiento durante el parto; el análisis de la morbilidad y mortalidad; y el

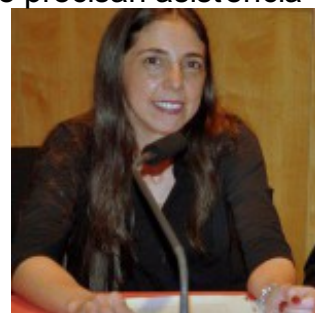
que promueva y garantice las decisiones en sexualidad de mujeres y varones; la utilización apropiada de la tecnología disponible, por ejemplo la aspiración manual o el misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto con la consecuente remoción de un método deletéreo y obsoleto como es el curetaje; la atención del parto de bajo riesgo por obstétricas; la participación de personas significativas para las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio; el análisis oportuno y sistemático de la morbilidad y mortalidad materna; y el seguimiento de las respuestas propuestas. Son acciones en distintos niveles y de complejidades diferentes, que tienen que tener un lugar de acuerdo al diagnóstico de la situación y de las que se debe rendir cuentas.

seguimiento de las respuestas.”

“Recibir información sanitaria es un derecho de pacientes soberanas”

Por Soledad Deza, abogada de Tucumán.

Las pacientes que están en condiciones de acceder a un aborto no punible precisan asistencia médica, trato respetuoso y digno, confidencialidad e información sanitaria clara, veraz y completa sobre todas las opciones disponibles en materia de salud. Luego, precisan ser dejadas a solas para tomar decisiones libres y autónomas, en condiciones seguras y sin interferencias que menoscaben el derecho a decidir sobre su propio cuerpo.



El derecho a la “información sanitaria” está reconocido en el art. 2 inc. f) y art. 3 la ley N° 26.529 que rige los derechos de los/as pacientes y garantiza la obtención de parte de los miembros del equipo de salud, de toda la información necesaria y suficiente para la toma de cualquier decisión que tenga que ver con el propio cuerpo, la propia salud y el diseño de la propia biografía.

Velar entonces para que cada paciente cuente con información detallada, fidedigna y comprensible sobre su estado de salud, sobre las opciones disponibles en términos legales, sobre las prácticas médicas disponibles como tratamiento (incluida la descripción de cada una de ellas y sus efectos, riesgos y consecuencias probables o improbables) no configuran una liberalidad para el equipo de salud. Tampoco es una liberalidad que todas aquellas exigencias destinadas a proteger a la paciente queden asentadas en la Historia clínica.

Médicos y médicas son interpelados por la ley, la ética y la bioética en su accionar frente a sus pacientes. Y la información sanitaria sesgada, en el marco de una relación que se presume doblemente asimétrica en términos de poder (médico/a-paciente y medico/a-mujer vulnerable), se traduce en un incumplimiento profesional con signos de violencia respecto de la paciente y por lo mismo, eficaz para generar responsabilidades por los daños que se sigan de la afectación de la voluntad libre y autónoma o del maltrato que ello conlleve.

Evitar informar sobre el aborto medicamentoso como alternativa terapéutica efectiva que es dentro del límite gestacional propicio, o bien, eludir el seguimiento médico de un embarazo interrumpido con medicamentos, no son opciones disponibles para el equipo de salud, y conforman por ello una falta médica legal y ética por la que deberán responder en diferentes ámbitos.

“Llama la atención, que el Ministerio ‘no acuerde’ con informar sobre esta opción terapéutica y convalide así la violación lisa y llana de derechos reconocidos por leyes nacionales e internacionales a pacientes definidas como ‘soberanas’ por la normativa legal imperante.”

Llama por eso poderosamente la atención, que el Ministerio de Salud Pública de la Nación “no

acuerde" (declaraciones del Dr. Gonzalez Prieto sic) con informar sobre esta opción terapéutica y convalide así por parte de los recursos humanos a su cargo, la violación lisa y llana de derechos reconocidos por leyes nacionales e internacionales a pacientes definidas como "soberanas" por la normativa legal imperante (Art. 2 e) del Dec. N° 1089/12 que reglamenta ley 26.529)

La interrupción de un embarazo en casos permitidos por ley no merece el contrabando de creencias propias de médicos/as hacia una esfera de autonomía vulnerable como es la de una mujer que requiere este procedimiento. Acotar las opciones de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva y privarlas de procedimientos técnicos menos dolorosos e invasivos equivale a inducirlas a tratamientos mas cruentos y, ésto, puede rápidamente ser interpretado como violencia obstétrica y como revictimización que se impone desde el área de la salud (pública o privada) a modo de castigo para una decisión de abortar que se censura.

El derecho a la salud es un derecho humano. Recibir, como paciente, trato digno es un derecho universal. La información sanitaria como derecho que es, no debe mendigarse sino exigirse.

Notas relacionadas:

¿Qué hace el Estado para reducir los índices de mortalidad materna?

Menos maternidades, pero eficientes

¿Cuántas mujeres efectivamente mueren por causas evitables?

Los abortos no punibles no serían significativos dentro del alto índice de abortos inseguros

La voz de las organizaciones Internacionales