

CONVERSAS

**“Es importante que lxs profesionales de la salud
demos información y opciones”. Entrevista con Camila
Blanco. Médica residente del Servicio de Medicina
Familiar del Hospital Nacional de Clínicas.**

Dra. María Lucía Tamagnini / lucia.tamagnini@gmail.com

Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Filosofía y Humanidades/Facultad de Artes
Córdoba - Argentina

Camila Pilatti / pilatticamila@gmail.com

Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Filosofía y Humanidades
Córdoba - Argentina

Lic. Santiago Manuel Romero / santiagom.romero@gmail.com

Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Filosofía y Humanidades
Córdoba - Argentina

DESGRABACIÓN
Lic. Camila Aimar



Etcétera. Revista del Área de Ciencias Sociales del CIFFyH está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.



“Es importante que lxs profesionales de la salud demos información y opciones”. Entrevista con Camila Blanco. Médica residente del Servicio de Medicina Familiar del Hospital Nacional de Clínicas.

En mayo del corriente año se presentó en el Congreso de la Nación, una vez más, el Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Conversamos con Camila Blanco, Médica residente del Servicio de Medicina Familiar del Hospital Nacional de Clínicas, militante en la agrupación “Artemisa” que participa en la “Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito” e integrante de la “Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir”, sobre sus experiencias como egresada de la Universidad Pública, como militante feminista y como profesional de la salud en instituciones públicas de Córdoba.

2

...

Etcétera: Para comenzar, te queríamos preguntar cómo elegiste la especialidad en la que te estás formando, Medicina familiar.

Camila: Bueno. Yo la elegí... en realidad la conocí a partir de la militancia universitaria, porque es una especialidad que se plantea como contra hegemónica dentro de la práctica médica, tanto desde la formación como de la praxis, del trabajo cotidiano. La formación plantea todo un modelo distinto al resto. Entonces bueno, a partir de ahí la conocí. Mi espacio de formación hoy es el Hospital Nacional de Clínicas, hay varias residencias de [medicina] familiar. Bueno, no tantas, la del Hospital Misericordia y la del Domingo Funes, que está en Punilla.

Este año la única que tuvo cargos para nuevxs residentes fue la nuestra, porque Provincia convocó desde el Programa de Radicación en el interior.

Etcétera: ¿Cómo te formas en esa especialidad? ¿Cómo trabajan?

La formación lo que tiene es que se posiciona desde la atención primaria de la salud como estrategia, entonces tenemos formación en los distintos niveles de atención. Intenta enseñar un método para utilizar en cualquier escenario de estos niveles, ya sea en los centros de salud de primer nivel o en los hospitales de segundo y tercero, de mayor complejidad, como así también en la guardia, que es la urgencia y emergencia. Además, tenemos trabajo comunitario territorial, en los distintos lugares donde nos insertamos. Lxs residentes nos ubicamos en distintos lugares de la ciudad, en zona Sur y zona Norte. Bueno, tenemos esa parte asistencial y también formación teórica. Atención a la mañana y clases a la tarde, o los talleres de los Centros de Salud.

Etcétera: ¿Cuándo decís 'primer nivel' y 'segundo nivel', a qué refiere?

3

Camila: En relación a los distintos niveles de complejidad. Nosotrxs trabajamos en centros de salud, que no nos gusta llamar dispensarios porque no sólo deberían dispensar medicación, que son el primer nivel. Y después, los hospitales, que son de segundo o tercer nivel según su complejidad. Se supone, en un sistema de referencia y contra referencia, que el primer nivel debería dar respuesta efectiva a la mayor cantidad de demandas en salud. Las que no pueda resolver las pasaría al siguiente nivel, y así. No funciona en la vida real, pero por eso la atención primaria de la salud, no es el primer nivel solamente.

Etcétera: Claro, porque esta atención primaria está presente en cualquiera de los niveles.

Camila: Claro. Uno también suele llamar atención primaria al primer nivel, pero en realidad atención primaria es una estrategia de salud.

Etcétera: Respecto a la Red Nacional de Profesionales por el Derecho a Decidir. ¿Hace cuánto participas ahí, cómo fue el comienzo?

Camila: Bueno, la red. Yo como que me recibí y salí de la militancia universitaria y después estaba ahí, medio que boyando, en términos de militancia política y el aborto vino a convocarnos a muchas de las médicas recién recibidas. Algunas egresadas que militábamos en la facu, de recibidas nos organizamos en relación a la salud de las mujeres. Nos llamamos Artemisa y somos todas profesionales de la salud.

La Red funciona ya desde hace varios años. En este último tiempo se ha motorizado más, ha tenido reuniones más estructuradas, más periódicas. Se han hecho plenarias, formaciones, mucha difusión. Se logró la visibilización del aborto, desde el año pasado. Que se pierda el miedo a hablar, que salga a la luz. Difundir que en el sistema público se hace, porque es legal garantizarlo. Y hoy, hay un montón de personas en la red participando de los espacios de discusión y de formación, ha tenido un crecimiento abismal.

Etcétera: ¿En el último año?

Camila: Sí, sí, sí, muchísimo.

Etcétera: ¿También tiene que ver con el Recurso de Amparo del Portal de Belén en Córdoba?

Camila: Yo creo que ha sido más por la discusión en diputados. El año pasado, la media sanción fue clave y, por supuesto, la movilización masiva en las calles. Para mí, también la elaboración y publicación del recurso por parte de la Red de Profesionales por el derecho a decidir a nivel nacional, fue lo que permitió visibilizar, salir del clóset de la práctica médica, y decir, esto es una práctica en salud, no es ilegal.

Etcétera: Y, ¿qué profesionales forman parte de la red?

Camila: En la red participamos profesionales de la salud insertas en distintos espacios y grupos de mujeres que acompañamos interrupciones. En cuanto a profesiones hay trabajadoras sociales, psicólogas y médicas, entre otras.

Etcétera: ¿De qué se trata el recursero?

Camila: El recursero surgió como estrategia de la Red Nacional de Profesionales para visibilizar los espacios públicos en los que se practica ILE (Interrupción Legal del embarazo), desde una perspectiva de derecho donde el Estado tiene que garantizar.

Y se hizo, por regiones, una sistematización de todos los espacios que hacían asesorías y consejerías en Salud Sexual y Reproductiva e ILE. Hoy, en la provincia de Córdoba, hay más de 100 espacios amigables, que cuentan con profesionales que garantizan derechos y brindan opciones e información.

El problema es también que en la Facultad [de Medicina de la UNC] no vemos el aborto como un derecho de la mujer, entonces no sabemos ni cómo indicar el Misoprostol. De hecho, en la carrera, Medicina Familiar es un cursado de la práctica final obligatoria, de un par de semana nada más. Este es el primer y único momento en que un estudiante de Medicina tiene contacto con el Protocolo de atención en ILE. O sea, en Medicina familiar, al final de su práctica final.

Etcétera: O sea, en el final del cursado.

Camila: Sí. Tenemos cinco años de cursado y la Práctica Final Obligatoria. Los tres primeros meses son teóricos y después una rotación práctica. En esos primeros tres meses se cursa Medicina Familiar en la cátedra que está en el Departamento de Medicina Familiar, en el Hospital de Clínicas. Ahí se propone en poco tiempo deconstruir algunas cosas vistas en el resto de la carrera, porque es una perspectiva teórica distinta. O sea, desde cómo vos le preguntas a una persona por qué consulta, hasta pensar lo que pedís e indicás. Incluso cómo registramos en la historia clínica, es distinto. Es todo distinto. Y ese es el único momento en que un estudiante sabe que la ILE no sólo es legal, sino que es tu responsabilidad dar información y garantizarla.

Entonces, volviendo al recursero, tal vez muchxs profesionales no sepan cómo garantizar una ILE, pero dan información. Eso, a nosotrxs, nos servía: “Bueno, vos das información, sabés dónde derivar, sos un recurso para alguien que está cerca y, por lo menos, vas a hacer que esa persona llegue a alguien que la acompañe”. El recursero tiene esa amplitud, y no sólo sirve para que las mujeres busquen dónde conseguir información, sino también para que otrxs profesionales deriven. Ha permitido perder el miedo a realizar la práctica y, por lo menos, saber a dónde derivar.

Etcétera: ¿Vos participaste en la confección del recursero? ¿Cómo fue ese proceso?

Camila: Fue difícil. El recursero tiene algunas limitaciones, como muchas veces no saber a quién contactar en los distintos espacios de salud. Hay una gran diversidad de profesionales, condiciones, posibilidades, etc. De todas formas, en el último año, ha crecido mucho el número de lugares públicos con profesionales amigables y se visibilizó a la ILE como derecho.

Etcétera: Y, ¿cómo está organizado el recursero? Hay espacios particulares, estatales...

Camila: Si, es diverso. Está dividido en los que están en la Ciudad de Córdoba y los que son del resto de la Provincia. Esto incluye espacios variados: comunales, municipales, provinciales, nacionales y otros.

Etcétera: ¿Qué es lo que establece hoy el Protocolo vigente, emitido por el Ministerio de Salud de la Nación, respecto de la Interrupción Legal del Embarazo?

Camila: El Protocolo establece que toda mujer o persona con capacidad de gestar, tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo si pone en riesgo su salud, su vida o es producto de una violación. Y salud entendida de la forma más integral posible, en todas sus dimensiones. Entiende que nadie puede forzar a una

mujer o persona gestante a continuar un embarazo no deseado, porque esto pone en riesgo su salud.¹

Etcétera: Esta es la primera información que se le ofrece, digamos, a alguien cuando va a consultar.

Camila: Si. Si el embarazo afecta tu salud, porque no es deseado, no forma parte de tu proyecto de vida en este momento, nadie puede forzarte a continuar y enfrentar los riesgos de un embarazo a término y un parto, que son mucho más que interrumpir un embarazo.

Etcétera: El Protocolo tiene algunos 'principios rectores' que le llama, del procedimiento, como: autonomía, accesibilidad, no judicialización, celeridad. En ese día a día, ¿cómo se van dando estos principios?

Camila: La autonomía es lo principal que deberíamos considerar lxs profesionales de la salud en toda atención. En la práctica, los obstáculos principales son en relación a la celeridad y poder garantizar atención rápida, tener métodos complementarios accesibles. Otro punto importante donde hay confusión, es la no judicialización y sobre todo en caso de violación, donde no es requisito que la mujer realice una denuncia. Lo único que se precisa es el consentimiento informado leído y firmado por ella y, en caso de violación, también la declaración jurada. El sistema de salud es heterogéneo y complicado, hay obstáculos.

Etcétera: ¿Cómo es el proceso, entonces, de implementación del Protocolo? De la realización de interrupción legal del embarazo, desde tu experiencia, hoy en la ciudad de Córdoba.

Camila: Bueno, hoy en la ciudad de Córdoba hay muchas profesionales insertas en el Sistema de Salud, sobre todo en el primer nivel. Las limitaciones más grandes

¹ "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo". Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. 2010. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

son el acceso al segundo nivel y los métodos complementarios. Digamos, son como los dos obstáculos para una implementación plena. Hoy, se garantizan interrupciones ambulatorias como establece el protocolo, durante las primeras 12 semanas de gestación, de manera segura. Se garantiza en el primer nivel en la gran mayoría de los casos. Ahora, aquellos que precisan una guardia, en los que falla el tratamiento o en los que requieren mayor complejidad, es en donde tenemos las mayores trabas, porque depende que una conozca a algún profesional piola en tal lugar, tal día. Termina siendo una cuestión muy artesanal, a dónde mandas a las mujeres, para no exponerlas a una situación de violencia innecesaria. De todas maneras, esto no impide que se garantice, pero es todavía un obstáculo importante.

Etcétera: ¿Qué pasa con las personas que solicitan ILE? ¿Cómo son esos pasos o qué es lo que pueden hacer?

Camila: Yo creo que, en realidad, depende mucho del lugar al cual uno asiste. La principal dificultad me parece que está en la recepción en los espacios de salud o la posibilidad de llegar a unx profesional amigable. Hoy una mujer que pide un turno, por ejemplo, en mi caso o en nuestro espacio de salud, es porque nos conoce, porque la referenciaron, porque la mandaron desde la Red y sabe que puede solicitar información, sin ningún problema. Hay algunos centros de salud que cuentan con cartelera, que una sabe que vas ahí y pedís un turno sin ningún problema. Y si es para una ILE, una lo acomoda para que sea una respuesta pronta o, por lo menos, intentar calmar las ansiedades que estas consultas generan. Pero sí, sigue siendo una cuestión de ir al lugar que conozco, donde me mandaron por el recursero o por la visibilización que cada espacio logra. Hay una necesidad de difundir los espacios amigables, para que circule y también para evitar violencias. El sistema de salud sigue siendo heterogéneo y termina siendo variable cómo una persona que consulta tiene o no una respuesta. Lo que sí es un recurso muy importante y que es poco conocido es el 0-800 de Nación, del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, que se encarga de derivar territorialmente y dar respuesta a las personas que consultan. Entonces, si una mujer va a un Centro de salud u hospital y no le garantizan cualquier cosa en torno a salud sexual y reproductiva,

ya sea solicitando una ILE o denunciando, por ejemplo, que no le facilitan un método anticonceptivo o le ponen trabas para la ligadura tubaria, llama al 0-800 y desde ahí la derivan a algún lugar que le den respuesta. Es un recurso importantísimo, que hay que difundir.²

Etcétera: Esa era otra de las preguntas, ¿cuál es la relación que tienen con el Ministerio de Salud de la Nación?

Camila: Que ya no existe. El vínculo es con el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del actual Ministerio de Salud y Desarrollo Social. De hecho, tuvo un vaciamiento en este último tiempo, la entrega de métodos anticonceptivos ha disminuido. Y es allí donde una también debería denunciar al 0800, como profesional. Aún hoy, el programa tiene un gran equipo que busca la garantía de derechos.

Etcétera: Respecto a los casos de violaciones, el Protocolo ¿qué prevé? No hace falta que sea judicializado.

9

Camila: Solamente hace falta la declaración jurada, que la firma la mujer al frente tuyo, junto al consentimiento informado.

Etcétera: Y, ¿sigue algún proceso después de eso? ¿Cómo afrontan todas esas violencias que llegan con esas personas hacia ustedes?

Camila: Bueno, en sumamente importante tener la posibilidad de un acompañamiento interdisciplinario, aquellos centros de salud que cuentan con médicas, psicólogas y trabajadoras sociales. No sólo para brindar una mayor atención, sino también para evitar la sobrecarga en las profesionales de salud, ¿no?

² “El servicio de atención 0800 Salud Sexual es un espacio de consulta tanto para la población como para los equipos de salud sobre salud sexual y salud reproductiva. Es gratuito y tiene el objetivo de brindar atención personalizada y oportuna para facilitar el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva en todo el país”. Línea 0800 Salud Sexual: 0800-222-34444. En todo el país. La llamada es gratis. Horario de atención: de lunes a viernes de 9 a 21hs. Sábados, domingos y feriados: 9 a 18hs. Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/saludsexual/lineasaludsexual> [Última consulta: 11 de julio de 2019].

Puntualmente, en las situaciones de violación, lo importante es el registro en la historia clínica y transmitir que la denuncia es una decisión de la mujer. Denunciar o no denunciar es decisión de la mujer. Los requisitos de registro siguen siendo la declaración jurada y el consentimiento informado. Sí, muchas veces, precisa un acompañamiento más cercano y si es posible interdisciplinario.

Etcétera: Entre los procedimientos con los que ustedes garantizan ILE, ¿cuáles son los que están vigentes? Vos decías que principalmente es el Misoprostol.

Camila: Sí, hoy en los espacios públicos de primer nivel, el tratamiento es con Misoprostol, ambulatorio. El protocolo también establece que el tratamiento con Mifepristona es más efectivo, pero es una medicación que aún no se comercializa en el país. Yo creo que unas de las cuestiones claves que ha cambiado y cambiará aún más cuando se cambie la ley, es el acceso a la medicación y la provisión estatal. También, que haya más acceso en espacios públicos al AMEU, que es el aspirado instrumental que debería reemplazar al legrado según la Organización Mundial de la Salud.

Etcétera: Claro, ¿tiene que ver con las semanas del embarazo el método?

Camila: El tratamiento farmacológico es ambulatorio durante las primeras 12 semanas de gestación. El instrumental, el AMEU, se usa durante las primeras 14 semanas. Para los casos de segundo trimestre resulta más difícil el acceso, porque debe ser en el segundo nivel de atención, con otras dosis y mayor observación. El segundo nivel aún tiene muchas barreras para el acceso.

Etcétera: Luego del aborto, ¿Cómo es el seguimiento?

Camila: A los 7-10 días, idealmente ecográfico. Como explica bien el protocolo, ninguna de las dos ecografías es un requisito. O sea, que la mujer no se haga la ecografía no significa que uno no pueda garantizarle la interrupción. Hay mujeres que no consiguen turno o no quieren realizarla porque significa, a veces, la

exposición a situaciones de violencia innecesarias. Eso no puede interferir en el acceso. Como decía, idealmente ecográfico y si no es clínico, con pautas de alarma. Solamente si hay pautas de alarma se consulta en una guardia, sino no. Se ven las características del sangrado, la presencia de síntomas y pautas de alarma. El Misoprostol es muy seguro. Las complicaciones son muy bajas y la tasa de falla es más o menos 1 en 10. Cuando falla, se vuelve a intentar con nuevas dosis de medicamento.

Etcétera: La medicación, ¿cómo se consigue?

Camila: Bueno, siempre fue la máxima limitación de los espacios públicos. Las mujeres que podían las compraban, nosotras juntábamos comprimidos que sobraban y armábamos como reservas de tratamientos para las que no lo podían comprar. Eso era con Oxaprost que venían 4 comprimidos de más. Desde el año pasado está el Misop 200, que es la nueva presentación del Misoprostol para uso vaginal, que sale la mitad. Vienen los 12 comprimidos juntos que se necesitan. Desde hace poquito tiempo, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva empezó a distribuir medicación en los centros de salud, un gran avance para la accesibilidad. Antes, dependía de la mujer.

Etcétera: Ya sea con la receta, pero tenías que conseguirla.

Camila: Sí, y hacíamos un trabajo muy artesanal para conseguirle medicación a mujeres que no podían comprarla. Pero ahora, por suerte, ya nos vamos encaminando a mayor acceso.

Etcétera: Claro. Y esas marcas que decías son las marcas comerciales.

Camila: Claro. Son las dos marcas que comercializan Misoprostol. Es la misma eficacia, solamente que el Oxaprost siempre fue el único del mercado y fijaba el costo. El Oxaprost salía, por decirte, hace dos años, \$2000, ahora está casi \$6000. O sea, comprarte una caja de Oxaprost sale \$5600. Y ahora entro en el mercado el

Misop 200, que sale la mitad. Pero, claro, sigue saliendo un montón de plata. \$3000. Ninguna mujer debería tener que pagar por interrumpir un embarazo.

Etcétera: En el espacio de salud donde trabajás, y en lo que respecta a salud sexual y reproductiva, ¿hay otras cuestiones que aparezcan como temas que preocupan a las personas, además del aborto?

Camila: En relación a consultas, lo que más ocupa es la anticoncepción. En relación a las interrupciones, en el centro de salud donde estoy yo es más una demanda de gente que va referenciada de otro barrio. Hay una difusión ahora mayor. A veces sí pasa que vienen con un test de embarazo positivo y le preguntas: bueno, y ¿qué querés hacer? y se descolocan, porque ellas vienen al primer control de embarazo. Es importante que los profesionales de la salud demos información y opciones.

Etcétera: ¿Tienen distinguidas instancias de consejerías de salud sexual y reproductiva de los consultorios?

Camila: No, el nuestro es un lugar muy chiquitito, que en realidad era un espacio de la iglesia y después se fue refaccionando. Hoy lo sostenemos residentes. O sea, somos todxs de la residencia de Medicina General y de Familia. Antes teníamos compañerxs del programa de equipos comunitarios, ex médicos comunitarios, que se vació. Teníamos nutricionista, fonoaudióloga, psicóloga, trabajadora social y agentes sanitarios. Hoy somos lxs residentes como únicxs profesionales y sí, transitan estudiantes de psicología, psicopedagogía, trabajo social, arquitectura. Las consultas son totalmente variadas, porque tenemos formación en adulto varón, niño y mujer. Todesk hacemos todo, incluyendo las tareas administrativas.

Etcétera: ¿Dónde están ubicados?

Camila: En Alto Alberdi. Recibimos personas de Villa Urquiza, Siburu y otros barrios también. No tenemos área programática estricta.

Etcétera: Respecto de tu experiencia durante estos acompañamientos, durante el proceso de intervención, desde que la persona viene y vas dándole información y demás, ¿cómo vas vos experimentando ese proceso?

Camila: Bueno, yo he perdido mucho el miedo en este tiempo. Antes me asustaba, les estaba muy encima, les estaba preguntando todo el tiempo. Demanda mucha energía, o por lo menos la forma en la que nosotrxs trabajamos el acompañamiento. Demanda energía, en general les damos nuestros teléfonos por cualquier cosa. Hacemos lo posible para que la mujer no consulte al pedo a una guardia, o si tiene que ir a una guardia decirle a dónde ir. Entonces, les puedo decir que en este último tiempo le he perdido mucho el miedo, y hoy sí la considero como una práctica más, como una consulta más en salud. Pero dado el contexto, los recursos y sobre todo lxs profesionales de la salud insertos en otros lados, el acompañamiento que hacemos es muy cercano. Que no sea un padecimiento abortar, que no sea vivido con miedo y angustia es parte también de cómo son recibidas [las personas] en las instituciones. Además, también para saber cómo evolucionó y si tuvo complicaciones o no; entonces a veces, después, agarro las historias y las que no volvieron a control, les escribo para ver cómo anduvieron. Hay un acompañamiento distinto. Porque todavía se vive con miedo y todavía se violentan a las mujeres en las instituciones de salud. Hay una asociación al peligro, que con un aborto te puede pasar algo malo. Entonces, si bien está visibilizado y una sabe que es una decisión más, todavía se vive con miedo de transitar, de tener que ir a una guardia, de '¿qué digo? ¿lo puedo decir? ¿no lo digo? ¿me van a violentar? ¿me van a denunciar?' Entonces nosotrxs ponemos energía en que no signifique eso, en que no se viva de esa manera y, en caso de que tenga que ir a una guardia, que no vaya a un lugar donde la violenten. Entonces sí, es un acompañamiento distinto, pero a la vez es una práctica más de salud. Creo que esto será así hasta que sepamos que cualquier mujer puede consultar en una guardia sin miedo a que la violenten, que frente a cualquier circunstancia va a recibir una buena atención en cualquier institución.

Etcétera: Y tu relación con la militancia, que es algo con lo que empezamos y que lo mencionaste ahora. Vos dijiste que empezaste cuando estudiabas

Medicina, ¿cómo fueron esos inicios?, ¿qué cuestiones te llevaron a ese mundo y cómo lo seguís practicando hoy?

Camila: Bueno, empecé a militar en tercer año de la facu, en un momento de crisis. No era tanto con la carrera, porque siempre me gustó, sino con la formación y con el resto de los estudiantes. Me pasaba de no encajar en las clases, en los comentarios y los chistes, en cómo se trata a las personas. Y en esa búsqueda encontré un espacio de militancia, que fue Ketzal, La Bisagra. Y ahí me transformé en muchos sentidos. Empecé a mirar de otra manera la formación, pensando en la necesidad de profesionales que piensen la salud como proceso, que construyen las personas y las comunidades, en determinado lugar, con ciertos recursos y posibilidades, corriéndose de la hegemonía y superioridad médica. No tenemos todo el saber, no somos los únicos que podemos hablar de salud. Nosotrxs en la carrera no transitamos el trabajo en equipo y mucho menos con otras disciplinas, por ejemplo. Eso también me dio militar en una organización universitaria, ser compañera de estudiantes de otras carreras. Fue muy transformador y, además, mi puerta al feminismo. Para mí la militancia universitaria y feminista fue transformadora en todos los aspectos de mi vida. Cuando me recibí, no me encontré en la militancia como egresada de la Universidad y nos pasó a varias, entonces nos organizamos como feministas, que discutimos política y militamos los derechos de las mujeres. No todas éramos militantes en la facu, vale la aclaración.

Etcétera: Lo de 'Artemisa' que vos lo nombraste al comienzo, ¿es una agrupación que ustedes tienen con otras compañeras?

Camila: Claro...nos encontramos, egresadas y amigas y cercanas de la facu. En principio éramos todas médicas, ahora vamos ampliando, en esto de no caer en que somos las médicas las que garantizamos los abortos, ni las que garantizamos la salud. Queremos no ser más sólo médicas. Pensamos en la salud de las mujeres y estamos insertas en distintos lados, siempre con la perspectiva de fortalecer los ámbitos públicos de atención y el rol estatal en la garantía de derechos.

Etcétera: Para la ILE era importante la auto-percepción de qué era lo que podía ser considerado “perjudicial para la salud” ¿cómo interactúa esa concepción, ese modelo de salud de la Medicina familiar, con esos otros modelos de salud que capaz siguen estando en tu formación? Dijiste que en Medicina familiar les enseñan otra forma de hacer, el diagnóstico, la historia clínica y todo ¿Cuáles son algunas diferencias respecto a la medicina más tradicional?

Camila: Bueno, la normativa del Protocolo tiene la interpretación de salud biopsicosocial de la OMS, que está piola para los fines del protocolo, alcanza. Lo que tiene nuestra base teórica, que va un poquito más allá de los enunciados de la OMS, es la perspectiva de la determinación social de la salud y la epidemiología crítica. Desde ahí entendemos a la salud realmente como proceso y nosotrxs hablamos de proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, porque también implica un vínculo con el sistema de salud y los mecanismos de cuidado de las personas, familias y comunidades. Por ejemplo, nosotrxs ni siquiera hablamos de determinantes sociales, que es como la “parte progre” de la OMS, sino que hablamos de determinación social, porque una persona está en un momento histórico determinado, en un contexto cultural y social particular, en un barrio y en una familia, con modos y estilos de vida particulares. Todo eso hace que una persona viva de una manera o de otra en distintos momentos y hablar de proceso incluye ese movimiento. Entonces, nos corremos mucho, no hablamos de factores de riesgo, ni de categorías estancas, sino que hablamos de procesos críticos, que pueden ser protectores y deteriorantes. Entonces, en función de eso, planeamos las intervenciones y líneas de acción. Nosotrxs también manejamos otra entrevista clínica donde, por ejemplo, indagamos la enfermedad y la dolencia, que es no solamente el síntoma que trae la persona, sino qué es lo que piensa que puede ser, a qué lo asocia, qué le preocupa, qué lo trajo acá a consultar. No es como: un síntoma, una indicación. En lo teórico se llama proceso clínico centrado en la persona. Son distintos componentes, no los voy a aburrir, pero, por ejemplo uno es, establecer un campo común. Es esta negociación de decir: bueno, a mi me parece esto, ¿qué te parece que podemos hacer y qué es lo que no estás de acuerdo? O, ¿qué piensas de hacer esto, te parece posible? Hay un ida y vuelta. Y no es una

cuestión hippie, porque somos piolas, sino porque es un modelo teórico. Y está demostrado que, por ejemplo, hay mayor satisfacción, porque hay mejor respuesta. Las personas giran menos por el sistema de salud y también hay menos recursos desperdiciados, porque uno no pide cosas automáticamente o que no tienen un sentido razonado. Entonces, no es una cuestión de buena onda, tiene un sustento teórico y científico.

Y también tenemos una formación comunitaria y territorial, en la que la salud no solamente está en el consultorio. Son muchas cosas a deconstruir y resulta difícil a veces estar insertos en otros espacios, por ejemplo, en la guardia, donde no comprenden mucho nuestro rol o nuestra formación. Ponele, que se yo, viene alguien con ataques de pánico o con una situación de violencia y dicen 'esto es para vos', como una cuestión muy peyorativa. Para nosotrxs es un halago, porque son situaciones difíciles de manejar y nosotrxs desarrollamos esas habilidades, pero hay un desprestigio muy fuerte. Hoy, la tendencia, el prestigio, está en la súper especialización. En el que hace metabolismo hepático de no sé qué...mientras más especializado estás, más prestigio tenes dentro del ámbito médico, incluso también de la gente. Y nosotrxs tampoco somos "derivólogos", digamos, no es que venís para que yo te haga las derivaciones, manejamos lo que podemos manejar y lo que no, lo derivamos. Pero es difícil, es como una disputa de sentido...del rol del profesional, del rol de las personas en su cuidado, en su salud y, por supuesto, de las instituciones; de los roles de las instituciones. Es una especialidad hermosa.

Etcétera: ¿Cómo se vinculan con la Educación Sexual Integral?

Camila: Bueno, nosotrxs tenemos vínculo con una escuela particular, que es técnica, ahí en Alto Alberdi, que es la que hace unos años en una práctica de último año nos construyeron el consultorio que tenemos al fondo. Eh... y tenemos distintas estrategias. Siempre fueron tres talleres al año, uno en cada espacio. Y desde el año pasado tenemos un espacio de escucha, que es como un consultorio ahí en la escuela, para que consulten por cualquier cosa. Y sí... qué sé yo, hacemos juegos de género o talleres puntuales sobre género y derechos sexuales. Pero es con esa escuela, que hay un vínculo institucional.

Etcétera: ¿cómo es el trato con niñas y/o adolescentes?

Camila: Mira, muchos de esos casos se resuelven en espacios institucionales de segundo nivel. Nosotrxs, por lo menos, no recibimos tantos casos de niñas. Desde el espacio de salud, hacemos talleres de sexualidad y género en la escuela técnica del barrio. Hay una necesidad de vincularse con las escuelas, que quizás no está dado en todos los centros de salud como para permitir ese ida y vuelta. Sí sé de algunas compañeras que reciben muchas chicas con embarazos no deseados, pero tiene que ver también con ese vínculo con las instituciones educativas. Yo, puntualmente, no he acompañado nunca a una niña. Si hay algunas recomendaciones extra, por ejemplo, en esos casos, que es, otro tipo de analgesia, otros cuidados. Pero las indicaciones en realidad son las mismas, y estamos sumamente preparados para recibir niñas, pero no hemos tenido casos en nuestra experiencia.

Y sí, en esto de los cuidados, el acompañamiento de un mayor no es un requisito. Cualquier niña mayor de 13 puede pedir, o un aborto o un método anticonceptivo, sin necesidad de que esté una madre, padre, o adulto. Desde los 13 hasta los 16 puede acceder y solicitar cualquier práctica que no sea invasiva, ni ponga en riesgo su vida. El Misoprostol no es considerado un tratamiento invasivo, así que puede solicitarlo. Una siempre va a intentar que esté acompañada, de un adulto, pero no es un requisito. Y desde los 16 años se considera mayor de edad, cualquier persona puede solicitar lo que quiera.

Etcétera: ¿Qué tensiones hay o pueden existir entre los profesionales? Ya sea médico, u otros que puedan intervenir, como psicólogos, trabajadores sociales, administrativxs.

Camila: En nuestro lugar no hay tensiones, porque somos quienes hacemos todo, tareas asistenciales y administrativas. En otros Centros de salud si hay otras lógicas, bastante más hostiles y creo que la principal tensión es con los colegas, por falta de información y conocimiento de los marcos legales. También tensiona el registro de la historia clínica (HC), muchas veces por miedo. Es importante saber que el registro en la historia clínica es una obligación nuestra en toda práctica

médica y es un resguardo para la mujer y para el profesional. Y, por ejemplo, en la Medicina Familiar en muchos lugares nos manejamos con historias clínicas familiares, y a veces, el aborto no es algo que esté socializado en la familia. Además, suele generar incomodidad, porque esa HC circula y sabes que si va a parar a manos de la ginecóloga ponele, puede significar una exposición innecesaria para la mujer. Por eso una estrategia que nos damos hoy es mantener registros aparte de los acompañamientos en interrupciones. Por ejemplo, la experiencia de una compañera, el ambiente en el centro de salud donde trabaja al principio fue muy hostil, muy hostil, muy hostil. Se posicionaron, se posicionaron, se posicionaron, y hoy no lograron que los otros profesionales den información sobre esto, pero saben a qué consultorios mandarlas y las mandan... dicen 'no, vos tenes que ir con Medicina Familiar'. Y han logrado que, por lo menos, las deriven. Entonces, existen esas tensiones, sí, y sobre todo con los médicos y médicas de los espacios de atención. Pero se van desandando también. Nosotrxs claro que tenemos todavía algunos recaudos... pero bueno, con la seguridad de que es legal y que los resguardos legales los tenemos todos. Siempre que se haga un buen registro de la historia clínica.

Etcétera: Esa tensión en relación con el registro, ¿es porque el médico o médica no quisiera que eso quede registrado, por este miedo asociado a la supuesta ilegalidad, o también hay una inquietud de parte de la persona que lo solicita?

Camila: Yo creo que es más de nosotrxs lxs médicxs, el miedo dentro de los espacios, de la hostilidad de los colegas, principalmente. Yo creo que ese es como el miedo más fuerte, pero también está el miedo a que después la mujer se vea expuesta a la violencia del otro médico... Capaz a vos que se lo indicaste no te dice nada, pero en esa consulta la basurea. Pero es más como nuestro miedo, de cómo los otros profesionales manejan esa información.

Etcétera: Claro, porque ese registro queda, circula por otros lados. No va a quedar sólo en control del médico o la médica que lo produjo. En el espacio en el que ustedes están, ¿cuántas personas son?

Camila: Y, nosotrxs somos hoy un tutor y 5 residentes: dos residentes de tercero, una de segundo y dos de primero. Después, tenemos una tutora que es del Servicio, que va a las reuniones de equipo, y la jefa de residentes, que también participa de algunos espacios. Quienes atendemos somos esos 5 residentes y el tutor. El tutor es el Médico de Familia, que nos coordina.

Etcétera: Medicina de familia, ¿es el nombre del Servicio?

Camila: Servicio de Medicina Familiar del HNC. Y nuestro espacio de salud, es un proyecto de extensión, del servicio con la universidad.

Etcétera: O sea, está el servicio, y el servicio tiene a su vez un proyecto de extensión, y ahí están ustedes en esa sala que construyó la escuela...

Camila: Esto es así, está al frente de la iglesia. Antes era una parroquia, que luego cedieron... al principio era ahí, los consultorios, después se construyó la enfermería, después se construyó el otro consultorio, que fue el que hicieron los estudiantes de la escuela técnica. Y está... o sea, el Servicio de Medicina Familiar está en el Clínicas, y esto está un poquitito más para Alto Alberdi y más adentro, para Villa Siburu. Es extensión del Servicio de Medicina Familiar.

Etcétera: ¿Es la única extensión o hay otras?

Camila: No, es esa. Tiene un carácter autogestivo, en realidad se reciben donaciones de los vecinos. Además hacemos actividades para juntar plata, como feria de ropa, bingo o locro en las fechas patrias, que en general va para pagar los servicios. De todas formas, recibimos medicamentos vía Nación por REMEDIAR y por el programa de Salud Sexual y Reproductiva recibimos métodos anticonceptivos. En realidad, hoy el programa de medicamentos se llama CUS (Cobertura Universal de Salud), luego del ajuste y la modificación de programas de la gestión nacional actual.³

³ REMEDIAR + Redes es un programa nacional de provisión estatal gratuita de medicamentos que comenzó en el año 2002. También, se encargó de dar cursos de formación y actualización para

Etcétera: Claro. Pero después... agua, o luz, gas.

Camila: Se paga.

Etcétera: Y todos los insumos ¿guantes, todas esas cosas?

Camila: Y los compramos, en realidad, con este fondo... y sino, a veces ponemos nosotrxs plata. Hay algunas cosas, por ejemplo, materiales de librería para los talleres o fotocopias, que a través del Servicio, se pide a Graduados de la Universidad.

Etcétera: 'Nosotrxs', digamos, ustedes mismos.

Camila: Residentes y tutores, sí. En Mayo hicimos un locro y juntamos plata y tiramos bastante con eso. Después hacemos un bingo y recibimos donaciones de los vecinos. Y que se yo, las tareas se van dividiendo, ponele al pasto lo corta algún vecino que le pidamos.

20

Etcétera: El médico tutor, ¿es como personal del Hospital de Clínicas? Y ustedes, como residentes ¿rinden y también reciben salario?

Camila: El tutor tiene cargo docente. Él es nuestro tutor docente de la residencia. Nosotrxs recibimos un salario, acá se complica más, que es doble. Lo nuestro, en realidad, es una beca, no es un salario. Somos becarios. Y tenemos una beca de la Municipalidad. Los otros 3 Centros de Salud donde están los otros residentes son de la Muni. Están en Villa Libertador, en Comercial y en Marqués Anexo. Y hacemos guardias en el Hospital Príncipe de Asturias, que es municipal. El nuestro es una excepción, porque no depende solo de la Muni. Cobramos un complemento, que es menos de la mitad de los sueldos de la Muni, que es de Nación. Tenemos obra social, pero no recibo de sueldo ponele. Tenemos contrato de dedicación exclusiva, pero es una beca.

medicxs y profesionales de la salud en Atención Primaria de la Salud. Desde 2017, fue reemplazado por la Cobertura Universal en Salud (CUS).

Etcétera: Claro, o sea, que ustedes si quisieran hacer algún consultorio privado o eso, no pueden porque tienen esa dedicación exclusiva.

Camila: La realidad es que muchas veces se hace, sobre todo en estos momentos, porque la plata no alcanza, pero no se puede.

Etcétera: ¿Cuáles son las condiciones efectivas con las que cuentan los Centros de salud para aplicar el protocolo?

Camila: Lo que comenté es nuestra situación puntual. Pero hoy muchos centros de salud tienen posibilidad de acceder al Misoprostol, por el envío del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Si hablábamos hace un año, menos de un año, en los Centros de salud no tenían DIU, no tenían anticonceptivos inyectables, no había nada. De hecho, hoy, no tenemos medicamentos anti-hipertensivo, no tenemos medicamentos para la diabetes, cuestiones muy básicas. Nos mandan...por ejemplo, ahora nos llegó una caja de REMEDIAR, con 3 Salbutamol para este invierno.⁴ 3 Salbutamol no nos alcanzan, y eso que tenemos un área programática pequeña, porque estamos en el medio del Centro de salud de Alto Alberdi, de Villa Siburu y Villa Urquiza. Nosotrxs como que recibimos una pequeña población, y no nos alcanza.

Etcétera: ¿Cómo es la relación del barrio con este espacio?

Camila: Bueno ahí hay muchísima cooperación de los vecinos y las vecinas. No sólo económicamente. Hoy no hay nadie del barrio que esté haciendo tareas, pero por ejemplo, en otro momento, las tareas administrativas las hacía una vecina. Hoy somos nosotrxs quienes atendemos, quienes cortamos papeles para hacer RP y les ponemos el membrete, quienes damos los turnos, quienes lavamos los materiales. Tenemos una vecina que hace limpieza por un pago mínimo. Antes también, por

⁴ Salbutamol es un broncodilatador de acción corta que se usa para cuadros bronquiales (infecciosos como la bronquitis o la bronquiolitis y también para las exacerbaciones de asma). En invierno, crece su demanda.

ejemplo, había una vecina que estudiaba Enfermería, entonces ella colocaba los inyectables, daba los turnos. Hoy somos nosotrxs nomás, pero siempre está como ese... ese ida y vuelta. Cuando hacemos estas actividades, tipo el bingo, participan un montón, o hay un vecino que hace folklore, entonces presta los equipos de música para todos los eventos. Hay mucha cooperación, porque además, tenemos una respuesta mucho más rápida que el sistema de salud a las demandas, tanto en términos de turnos, de medicación, de respuesta...que saben que somos un recurso en ese sentido. No tenemos tanta participación de los talleres puntualmente, porque son horarios más difíciles de acomodar, pero en otros eventos sí, se da más la participación y el encuentro. Y otras cosas también, hemos recibido pintura de un local del barrio, la farmacia nos hace descuento para los insumos, entre otras cosas. Entonces, hay mucha cooperación dentro del barrio.

Etcétera: ¿cuánto tiempo dura la residencia? ¿Una vez que terminas, podés seguir ahí?

Camila: Dura 3 años, yo ya estoy en el último. Es sólo espacio de formación, no hay otros cargos, así que transitás esos 3 años y te vas. Obvio que ahí una ya ha construido un vínculo con los vecinos y las vecinas y bueno, nos vamos. Nos vamos yendo rápido, se pasa rápido. Por suerte en donde estoy yo, transitan un montón de estudiantes haciendo las últimas prácticas de su carrera. Hay practicantes de la Práctica Final de Medicina, practicantes de Psicología, de Psicopedagogía, de Trabajo Social y de Arquitectura que nos acompañan en las consultas y los talleres. Vos decís 'uy, tenés una psicóloga con vos en la consulta, un arquitecto...' y es increíble lo que enriquece, porque además tiene que ver con cómo pensamos la salud. Transitar con esas otras profesiones y otros conocimientos técnicos, es enriquecedor y también novedoso para los médicos y las médicas. Por ejemplo, lxs practicantes de Arquitectura vienen y nos hablan de hábitat y nos enseñan a mirar cosas que nada que ver para nosotrxs, y que tienen una relación tan directa con la salud de las personas y de la familia, que vos decís, '¿cómo puede ser que pensemos que la Arquitectura es otra cosa que no tiene nada que ver con la salud?' Es una locura. Y nos pasa a nosotrxs con la suerte de estar en ese espacio, pero no



es algo que pase tan seguido. Tiene que ver con esto, con cómo vemos la salud y la vida, y todo.