

Una cuestión de derechos.
Implementación de la interrupción legal del embarazo en el
Área Programática del Hospital Parmenio Piñero

Autores:

Chiarelli Julieta – Médica generalista, epidemióloga, Área Programática Hospital P. Piñero

Pistani María Laura – Médica generalista, coordinadora local de salud sexual y reproductiva,
Área Programática Hospital P. Piñero

Ceccato Melina – Psicóloga, CeSAC Nº18

Cristófol Mercedes – Trabajadora social, CeSAC Nº18

Moisés Silvina – Socióloga, residente de epidemiología, rotante.

Knopoff Edgardo Gabriel – Médico psiquiatra, jefe del área programática, Área Programática
Hospital P. Piñero

Lugar de realización: Hospital General de Agudos Parmenio Piñero

Dirección: Varela 1301, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Código postal: 1406

Teléfono: 011- 1554968042

e-mail: julietachiarelli@yahoo.com.ar

Fecha de realización: septiembre 2018

Trabajo inédito

Tipo de trabajo: Trabajos de investigación con ENFOQUE CUANTITATIVO

Categoría temática: Gestión / Administración de servicios de salud

UNA CUESTIÓN DE DERECHOS. IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN EL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL PARMENIO PIÑERO
CHIARELLI, Julieta; PISTANI, M Laura; CECCATO, Melina CRISTÓFOL, Mercedes; MOISÉS, Silvina; KNOPOFF Edgardo G.
Hospital General de Agudos Parmenio Piñero Varela 1301, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, c/p: 1406 011- 1554968042 julietachiarelli@yahoo.com.ar
Trabajos de investigación con ENFOQUE CUANTITATIVO
Categoría temática : Gestión / Administración de servicios de salud
El Código Penal Argentino especifica las causales para las interrupciones legales del embarazo. En el Área Programática del Hospital Piñero se estableció un protocolo para realizarlas. Desde la implementación no se ha evaluado. El objetivo fue describir las características de dichas interrupciones en el Área Programática en el 2017. Se realizó un estudio descriptivo de las mismas. Como fuente de información se utilizó una planilla completada por los equipos luego de atender a las mujeres. Hubo 503 casos, la edad gestacional promedio de la primera consulta fue de 8,5 semanas. El 93,8% se resolvió en el primer nivel, el 94,5% de ellas en el primer trimestre de gestación. La causal violación fue la principal abordada en hospital, la causal salud integral lo fue en los centros de salud. El plazo de resolución de las interrupciones fue de 1,3 días en hospital y de 5,7 días en los centros de salud. La resolución fue con misoprostol en el 80,9% de los casos en los centros de salud. La tasa de complicaciones fue 8 cada 1.000 interrupciones. La cobertura de método anticonceptivo posterior fue 16,7 cada 100 interrupciones. El 56% optó por un método de larga duración. El acceso a las interrupciones legales del embarazo y la atención de las mujeres, implica un aumento en el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos y una disminución en el número que se verán expuestas a prácticas inseguras que aumentan su riesgo de morbimortalidad en situación de embarazo.
Interrupción legal del embarazo; Derechos; Salud sexual y reproductiva; Centros de salud; Hospital
Soporte técnico: proyector y pantalla

Índice

Introducción.....	4
Acerca de los autores.....	4
Identificación y justificación del problema.....	4
Objetivos.....	5
Marco teórico.....	6
Marco legal y jurídico del aborto en Argentina.....	8
Situación en la Ciudad de Buenos Aires.....	12
Materiales y métodos.....	15
Consideraciones éticas.....	15
Resultados.....	16
Discusión.....	25
Conclusiones.....	28
Prepuestas.....	29
Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud y Salud Colectiva.....	29
Bibliografía.....	30
Anexos.....	33

Introducción

La mortalidad materna en el año 2016 , según el Ministerio de Salud de la Nación, fue de 3,4 cada 10.000 nacidos vivos, representando el aborto, el 17,5% de las mismas (Anexo A) (1). En nuestro país, como en la mayoría de los países donde el aborto inducido es una práctica clandestina es dificultoso estimar su número real, lo que contribuye a invisibilizar la magnitud del mismo como problema de salud pública. Sin embargo, se estimó que en la Argentina se realizaron entre 480.000 y 520.000 abortos en los años 2004-2005 (2).

No obstante, no todos los abortos son ilegales. En el artículo 86 del Código Penal Argentino se especifican las causales por las cuales las instituciones públicas de salud deben garantizar el acceso a la práctica a las mujeres que la soliciten. Esto fue ratificado en el año 2012 por la Corte Suprema de la Nación e instaron a las jurisdicciones a implementar protocolos de aborto no punibles para garantizar el acceso a las mujeres que lo soliciten.

Acerca de los Autores

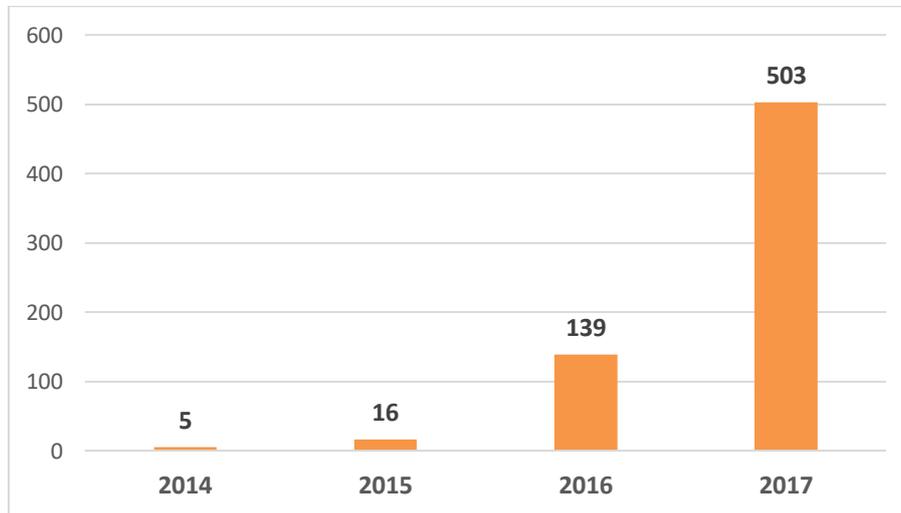
Las autoras del trabajo son 2 médicas generalistas, ex residentes del hospital (actualmente médicas de planta) en el cual se llevó a cabo la investigación, una psicóloga, una trabajadora social, una socióloga residente de epidemiología y un médico psiquiatra, quien se desempeña como jefe del Área Programática. El área programática es la zona geográfica y epidemiológico-social puesta bajo la responsabilidad de un hospital para que éste realice en ella acciones preventivas, curativas y de rehabilitación. La atención de la salud de la población que vive en esta zona es responsabilidad del efector (3,4).

Identificación y justificación del problema

En el Área Programática del Hospital Parmenio Piñero (Hospital y centros de salud), a partir del 2013 se estableció un protocolo de acción conjunto con diferentes profesionales del hospital y centros de salud provenientes de diversas especialidades para comenzar a realizar los abortos no punibles o interrupciones legales del embarazo (ILEs) según marco legal vigente protocolo de nación. El mismo se implementó en el año 2014. Desde la implementación del protocolo para interrupciones legales del embarazo en el Área Programática del Hospital Parmenio Piñero (APHPP) no se ha evaluado su funcionamiento y las características de las mujeres que solicitan la interrupción del embarazo. Si bien a partir del año 2015 se comenzó a sistematizar la información de los equipos que acompañaban a las usuarias que solicitaban una ILE, es a partir del año 2017 que el número de prácticas

realizadas creció exponencialmente (Gráfico 1), alcanzado más de 500 ILEs en el año 2017, por lo tanto se tomará este año para su análisis

Gráfico 1: Cantidad de interrupciones legales de embarazo 2014-2017. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017.



Fuente: elaboración propia en base a registros enviados por los centros de salud y hospital

Los resultados obtenidos en la investigación podrán aportar conocimiento para mejorar la calidad de la atención de los equipos de salud en relación a la temática, y para monitoreo y evaluación de la política de acceso a la ILE en el Área Programática, en post de continuar garantizando derechos a las mujeres.

Objetivo general

Describir las características de las interrupciones legales del embarazo en el Área Programática del Hospital Parmenio Piñero en el año 2017

Objetivos específicos

- Caracterizar epidemiológicamente a las mujeres que solicitaron una ILE
- Describir principales causales de solicitud de interrupción legal del embarazo
- Describir lugar y método de resolución de las ILEs
- Estimar el plazo promedio de resolución de las ILEs
- Calcular la tasa de complicaciones post ILE.
- Evaluar la presencia de controles posteriores a la ILE.
- Calcular la cobertura de métodos anticonceptivos post ILE

Marco teórico

Existen diferentes definiciones sobre el aborto. Para la Organización Mundial de la Salud (5) es “la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable, es decir, capaz de llevar una vida extrauterina en forma independiente. La viabilidad suele definirse en función de la duración del embarazo o del peso del feto, y en ocasiones, de la longitud de éste”. Según J. Gori (6) la definición gineco-obstétrica del aborto es “la interrupción y/o expulsión de la concepción antes de las veinte semanas de gestación o con un peso fetal inferior a 500 gramos.”, siendo esta, la única definición que establece un límite en la edad gestacional y en el peso. El concepto médico-legal difiere del obstétrico, en medicina legal J.A. Patitó (7) lo define como “la interrupción del embarazo en cualquier momento del mismo con muerte del producto de la concepción” sin hacer distinción entre edad gestacional o peso del producto de la gestación.

Los abortos se clasifican en dos tipos (4):

1. Espontáneos: Se pueden diferenciar entre ocasional y habitual, aun cuando en ellos intervengan causas externas tales como traumatismo o enfermedades transmisibles. Las causas que pueden llevar a una interrupción espontánea de un embarazo son múltiples:
2. Provocados: son el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo por parte de la propia embarazada o de otra persona. Se diferencian entre terapéuticos o eugenésicos (los contemplados por la ley) y los ilegales (ver marco legal y jurídico del aborto en Argentina). Los abortos provocados ilegales se clasifican en seguros e inseguros según las condiciones en los que se realizan. Para la Organización Mundial de la Salud (8) el aborto inseguro es definido como un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que lo realizan personas que no poseen el entrenamiento necesario o que es llevado a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos. Si bien la definición parece estar relacionado con la práctica en sí misma, las características de la inseguridad del aborto pueden presentarse antes, durante o después del mismo (9).

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en el año 1994 se definió a la salud sexual y reproductiva como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (10). En dicha conferencia se declaró que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son

derechos humanos y que toda persona tiene derecho a decidir libremente sobre su reproducción y a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También se destacó que el aborto es un problema de salud pública que exige servicios y políticas del Estado para reducir el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones. Un año después, en concordancia con la Conferencia de El Cairo, en la 4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995), se afirmó nuevamente que el tema del aborto es una problemática de salud pública. En la misma se reiteró la responsabilidad de los organismos estatales por las consecuencias que tienen para la salud de las mujeres los abortos inseguros (11;12) y que el Estado, como garante de derechos, debe proveer los recursos materiales, legales y humanos adecuados para el ejercicio y goce de estos derechos, lo que presupone la obligación de establecer los procedimientos legales y judiciales correspondientes.

A partir de los acuerdos internacionales logrados en ambas conferencias y debido a los fallos judiciales a favor de la mujer, que regulan el acceso al aborto legal, y a la introducción de ciertos cambios en las políticas públicas, la situación relacionada con el aborto en Argentina fue cambiando en los últimos años (13). En el año 2001, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción al proyecto de ley para la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable¹ en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. El proyecto fue aprobado por la Cámara de Senadores en el año 2002 (Ley Nº 25.673) y fue reglamentado al año siguiente (14). En el año 2005, el Ministerio de Salud de la Nación aprobó la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto e incorporó la misma al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. La guía tuvo dos ediciones posteriores en el año 2007 y en el año 2009. El modelo de atención que propuso esta publicación se sustenta en los principios de la integralidad y la perspectiva de derechos, y se encuentra enmarcado en las leyes y normativas que rigen en la República Argentina. En el año 2014, sobre la base de dicha guía, el Ministerio de Salud publicó la Guía para la atención

¹ El Programa Nacional tiene entre sus objetivos: alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable a fin de que la población pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia; disminuir la morbimortalidad materna e infantil; prevenir embarazos no deseados; garantizar el acceso universal a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a la salud sexual y procreación responsable (Ley 25.673/2003).

integral de las mujeres que cursan un aborto destinada a todos los integrantes del equipo de salud con el objetivo de acercar a los equipos algunas herramientas que les permitan ofrecer una mejor calidad de atención, llevada a cabo desde una perspectiva integral y centrada en la mujer.

Marco legal y jurídico del aborto en Argentina

El Código Penal Argentino (CPA) sufrió sucesivas reformas desde su primera codificación general penal en 1864. Actualmente está compuesto de dos libros.

El libro primero, la parte general del código, consta de 13 títulos y en ella se describen los principios legales que regirán. El libro segundo, de los delitos, es la parte especial del código, consta de 12 títulos y en ella se describen todos los delitos en sus distintas modalidades y la graduación penal correspondiente. El título I de dicho libro posee los artículos relacionados con la ilegalidad del aborto en Argentina.

La historia legislativa del aborto comenzó en 1890 donde se designó una comisión para trabajar este tema por primera vez. Varios cambios fueron hechos a los artículos desde entonces hasta llegar al texto definitivo en el año 1922 (con excepción del artículo 86 que tuvo 4 reformas posteriores en su redacción, la última en el año 1984).

El artículo 86 establece las excepciones a la realización del aborto, llamados abortos terapéuticos o no punibles. El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer embarazada, no es punible cuando:

1º. Se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios

La interpretación del primer inciso del artículo 86 supone una perspectiva del derecho a la salud. Esta perspectiva es consistente con una visión integral de la misma, según lo previsto por la OMS (15), definiendo a la salud como un “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” Por lo tanto, los abortos no punibles contemplados en este inciso incluyen tanto los practicados para evitar un peligro en la salud física de la mujer como los realizados para evitar un peligro en su salud psíquica y social (16).

El segundo inciso dice:

2º. El embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.

Estas circunstancias de no punibilidad fueron propuestas por la primera comisión del Senado encargada de revisar el proyecto del Código Penal. Una segunda comisión en 1921 elaboró la versión final del artículo 86. Desde su sanción, el artículo provocó diversas discusiones que continúan hasta el día de hoy. En 1968, con el objetivo de terminar con los desacuerdos sobre el alcance de los permisos establecidos en el artículo, el decreto Ley 17.567, siguiendo el proyecto de 1960 elaborado por Sebastián Soler, eliminó en el inciso 2 la frase “o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente” e incorporó el requerimiento de que la acción judicial por el delito de violación hubiera sido iniciada. La reforma, además, añadió el requisito de que “cuando la víctima fuere una menor o una mujer idiota o demente” sería necesario “el consentimiento de su representante legal”. Las reformas introducidas en esta última parte confirmaron que la norma establecía una permisión genérica del aborto en caso de violación y una especificación sobre la necesidad de autorización del representante legal en el caso de violación de la mujer “idiota o demente” o menor de edad.

Estas modificaciones fueron dejadas sin efecto en 1973 por la Ley 20.509. Así, la redacción original de 1921 volvió a tener vigencia, hasta que, en 1976, mediante el decreto Ley 21.338, se derogó la Ley 20.509 y reincorporó la versión del artículo 86 establecida por la Ley 17.567. Posteriormente, en 1984, el nuevo gobierno dictó la Ley 23.077, que dejó sin efecto, en forma general, las reformas introducidas al CPA. De esta manera, el artículo 86 volvió a su versión original, que se mantiene hasta nuestros días (17). Sin embargo, continuaron existiendo dos posturas: una amplia lectura que considera que se refiere a dos situaciones independientes (una violación a cualquier mujer y un atentado al pudor a una mujer con discapacidad mental) y una lectura restringida que toma en cuenta solo la segunda parte (18).

El 13 de marzo del 2012 la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) dictó un fallo histórico poniendo fin a la interpretación dudosa del inciso 2º. El máximo tribunal determinó que cualquier mujer, independientemente de su capacidad mental, tiene derecho a interrumpir un embarazo que es producto de un abuso sexual y los/as médicos/as que lo

practiquen quedan exentos de consecuencias penales (asimismo, de no realizar los abortos encuadrados en el artículo, eventualmente le cabrán sanciones administrativas y/o penales). El fallo de la Corte Suprema (19) deja sentado que el “...Código Penal no exige ni la denuncia ni la prueba de la violación como tampoco su determinación judicial para que una niña, adolescente o mujer pueda acceder a la interrupción de un embarazo producto de una violación. Esta situación de ausencia de reglas específicas para acceder al aborto permitido en caso de violación supone tan sólo como necesario que la víctima de este hecho ilícito, o su representante, manifiesten ante el profesional tratante, declaración jurada mediante, que aquel ilícito es la causa del embarazo, toda vez que cualquier imposición de otro tipo de trámite no resultará procedente pues significará incorporar requisitos adicionales a los estrictamente previstos por el legislador penal”². Por lo tanto, sólo se requiere la declaración jurada de la mujer sin intervención de agentes de justicia para que un hospital o centro de salud le realice un aborto si quedó embarazada como resultado de una violación.

Asimismo, la CSJN exhortó a las autoridades nacionales, provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), a implementar protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles con el fin de remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos por parte de las mujeres y a disponer un adecuado sistema que permita al personal de salud ejercer su derecho de objeción de conciencia sin que ello se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención de las mujeres.

El derecho a la objeción de conciencia es el derecho a no ser obligado a realizar acciones que contrarían convicciones éticas o religiosas de las personas. Este derecho procede de la protección que la Constitución Nacional garantiza a la libertad de culto y de conciencia (20). La objeción de conciencia debe ser siempre individual y no puede ser institucional, por lo tanto, toda institución a la que se recurra para la práctica de un aborto no punible deberá garantizar su realización contando con recursos humanos y materiales. Las maniobras dilatorias, el suministro de información falsa y la reticencia para llevar a cabo la práctica por parte de los profesionales de la salud y/o de las autoridades hospitalarias constituyen actos sujetos a la responsabilidad administrativa, civil y/o penal correspondiente. A pesar de esto, algunos integrantes de los equipos de salud (o algunos servicios) se amparan en la objeción

² CSJN, “F., A. L. s/ medida autosatisfactiva”. Sentencia del 13 de marzo de 2012, Fallos: 259: XLVI. Disponible en: <http://www.mpd.gov.ar/users/admin/FAL.pdf>

de conciencia afectando esto los intereses y derechos de las mujeres, ya sea imposibilitando la disponibilidad de información sobre aborto legal, o restringiendo el acceso a la práctica. Estas conductas provocan riesgos para la vida, la salud, la integridad física, o la autonomía de las mujeres afectando sus derechos básicos garantizados por ley.

Desde el año 2005 la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito, una alianza federal que nuclea a un colectivo de organizaciones sociales, intentó llevar el debate de la interrupción voluntaria al Congreso. Luego de 13 años y siete intentos consecutivos, en el año 2018 el Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) se presentó en la Cámara de Diputados de la Nación, avanzando finalmente en su tratamiento legislativo. La iniciativa contemplaba que toda mujer tiene derecho a acceder a una interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud en las primeras 14 semanas de gestación en un plazo máximo de 5 días desde su requerimiento También avala que la interrupción pueda realizarse más allá de las 14 semanas en casos de violación, si estuviera en riesgo la vida o la salud de la mujer o existieran malformaciones graves en el feto. La propuesta fue presentada en las comisiones de Salud, de Justicia y Asuntos Penales y de Asuntos Constitucionales y luego de 2 meses de debate y 700 oradores obtuvo un dictamen favorable. Luego de una jornada histórica y en una sesión de 24 horas obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados de la Nación contando con la aprobación de 129 de ellos. Luego de la media sanción en la Cámara de Diputados de la Nación el proyecto fue tratado en las comisiones de Salud, Justicia y Asuntos Penales y Asuntos Constitucionales del Honorable Senado de la Nación Argentina para su debate, para evaluar si el proyecto debía sufrir modificaciones para su tratamiento en el senado. El proyecto no obtuvo un dictamen favorable en las comisiones y pasó al Honorable Senado de la Nación Argentina sin modificaciones. Un dictamen con modificaciones hubiese permitido obtener el respaldo de mayor número de senadores quienes habían anticipado que solo acompañarían el proyecto si había cambios con respecto al original. El proyecto fue rechazado con 38 votos en contra y 31 votos a favor. Más allá del resultado, este debate constituyó un paso adelante en la conquista de los derechos de las mujeres e instaló el debate en la sociedad.

Situación en la Ciudad de Buenos Aires

En el año 2012, a partir de la resolución de la Corte Suprema de Justicia de la Nación y de la posterior resolución N° 1252 del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires con un fallo modificatorio posterior, se desarrolló una política pública que permitió a lo largo de los años mejorar el cumplimiento del derecho y el cuidado de la salud de las mujeres en los servicios de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A partir del año 2014, y con el objetivo de aumentar el acceso a las interrupciones legales del embarazo, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires comenzó a comprar y distribuir misoprostol para la realización de las ILE en los centros de salud que así lo soliciten, hasta las 12 semanas de gestación, sin necesidad de derivar a la mujer al hospital.

En el año 2016 se conforma la Coordinación de Salud Sexual, Sida e Infecciones de transmisión sexual, que integra las acciones preventivas y asistenciales de dos programas preexistentes y se comenzaron a realizar diferentes acciones para fortalecer el acceso a las ILE: acciones de sensibilización y capacitación en servicio a los equipos, aumento en la compra de misoprostol para garantizar las prácticas desde los centros de salud y utilización de un sistema de registro a través del cual los hospitales y centros de salud informan de modo semestral las prácticas de ILE que realizan.

En el primer nivel de atención, el procedimiento se realiza de manera ambulatoria y hasta las 12 semanas de gestación, tal como lo recomiendan las guías de procedimiento producidas en nuestro país (21) y la OMS (22). La OMS, así como las diversas guías internacionales y nacionales, acuerda en que el aborto con medicamentos es la forma más segura de interrupción de un embarazo. En nuestro país el único fármaco disponible para este fin es el misoprostol (análogo de la Prostaglandina E1), que inicialmente se utilizó como tratamiento de la úlcera péptica. Su evidente capacidad de provocar contracciones uterinas estimuló su uso en muchos países (aún sin estar aprobado para tal fin) para la inducción del parto, para realizar un aborto con huevo muerto y retenido (HMR), para el tratamiento del aborto incompleto y la hemorragia post-parto (23) Desde el año 2003, la OMS reconoce el uso del misoprostol para reducir el aborto inseguro como un método seguro y efectivo y en el año 2005 lo incluyó dentro de la lista modelo de medicamentos esenciales. En esta lista se enumeran los medicamentos mínimos necesarios para un sistema básico de atención de salud, e incluye a los más eficaces, seguros y eficientes para las enfermedades prioritarias.

Estas enfermedades se seleccionan en función de su importancia actual o futura desde el punto de vista de la salud pública y de las posibilidades de aplicar un tratamiento seguro y eficiente. En general, se estima que la tasa de éxito para obtener un aborto completo que no requiere de otra intervención, es cercana al 90%, ya sea que se emplee en gestaciones del primer o segundo trimestre del embarazo (24), esto varía de acuerdo a la vía de administración, el esquema de la dosis y la edad gestacional.

En el segundo nivel de atención (hospitales generales y especializados) se abordan en general las gestas mayores a las 12 semanas, se brinda también, en menor medida, respuesta a gestas de menos de 12 semanas. Estos casos, en general, tienen contraindicado el uso de misoprostol y/o imposibilidad de realizar la práctica de manera ambulatoria. Las situaciones que reciben son en general derivadas desde el primer nivel de atención y la interrupción se realiza durante la internación. Se utiliza como tratamiento tanto el médico (con misoprostol) como métodos quirúrgicos, incluyendo el aspirado manual endouterino (AMEU) o el raspado uterino evacuador (RUE) según la situación de la mujer, y la capacitación y experiencia de los equipos intervinientes. La AMEU es un método por el cual el contenido uterino es evacuado a través de una cánula y, dependiendo de la duración del embarazo, la práctica mediante aspiración al vacío puede llevar entre 3 y 10 minutos y puede realizarse de manera ambulatoria, utilizando analgésicos y/o anestesia local. Es un procedimiento con baja tasa de complicación y produce estadías hospitalarias menos prolongadas que los métodos más tradicionales, como el legrado.

El Área Programática del Hospital Parmenio Piñero es una de las más extensas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires abarcando más 26 km². Incluye parte de las comunas 4, 6, 7, 8, 9 y 10 y cuenta una población estimada de casi 310.000 personas que viven en su área. Tiene once centros de salud y acción comunitaria y un centro de día de atención de consumo problemático de sustancias. El funcionamiento y la implementación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) en los Centros de Salud del área Programática del Hospital P. Piñero, hasta hace unos años tenía características heterogéneas, ya que no había un consenso de abordajes, ni de circuitos para el acceso a la atención y a los recursos de la población; como por ejemplo los métodos anticonceptivos (MAC). Esta situación, promovía la posibilidad de que las personas accedan de manera desigual a la atención en salud sexual y reproductiva, ampliando la brecha existente y vulnerando los derechos sexuales y reproductivos.

A partir de esta realidad, es que a mediados del año 2012, algunos equipos pertenecientes a los centros de salud del Área Programática, comienzan a reunirse –primero más informalmente, luego con mayor formalidad- conformando una red zonal. La misma tenía los siguientes objetivos/temas: conformación de una red de apoyo y articulación; intercambio de información científica y construcción de un saber y de una práctica; armado de guía de recursos del área programática; unificación de un instrumento de registro para las situaciones de embarazo no planificado, en un principio, en la actualidad situaciones para la interrupción legal del embarazo y ateneos sobre el abordaje de situaciones dilemáticas en SSyR.

A mediados de 2013 se propuso desde la red visibilizar por un lado la problemática del acceso al aborto no punible (ANP) en el hospital de referencia, y por otro comenzar a socializar la experiencia de trabajo en red. A partir de ese momento se acuerda entre los equipos la estrategia de acompañar personalmente a las mujeres en situación de ANP, articulando con el área programática del hospital y el Programa de Salud Sexual de CABA a fin de garantizar la atención de las mujeres. Es así que, desde noviembre de ese año, se comienzan a realizar los ANP, actualmente denominadas ILEs con algunas dificultades, pero con notorios cambios de mejora en el acceso, hasta la actualidad.

A principios del año 2014 se formaliza esta red de equipos del primer nivel de atención, dando un encuadre institucional. Se crea un equipo desde el área programática, para supervisar, monitorear y fortalecer el funcionamiento y la implementación del programa de SSyR en cada centro de salud, en conjunto con el Programa de Salud Sexual de la Ciudad de Buenos Aires existente en ese momento. Desde ese año en adelante, la red comienza a funcionar de manera organizada, una vez al mes, con la participación de todos los equipos de los centros de salud. Instalándose un espacio de formación para la sensibilización, capacitación y actualización en diferentes temáticas relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva, poniendo especial interés en el acceso a la interrupción legal del embarazo.

Se diseñaron colectivamente estrategias para mejorar los circuitos de comunicación y articulación entre el primer y el segundo nivel, y fundamentalmente, para fortalecer los abordajes en Salud Sexual y Reproductiva de los equipos de los centros de salud del área programática. Se acompañó con un diagnóstico de situación para conocer e identificar los recursos, la organización y el funcionamiento de los servicios de salud sexual en cada Centro de Salud.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de las interrupciones legales del embarazo realizadas durante el año 2017 en el Área Programática de Hospital P. Piñero. La elección del año de estudio estuvo relacionada con la cantidad de interrupciones llevadas a cabo en ese año y el crecimiento exponencial de las mismas en comparación con los años previos. Como fuente de información secundaria se utilizó una planilla Excel que es completada por los equipos de salud sexual de los centros de salud y del hospital luego de atender a las mujeres y es enviada semestralmente.

Las variables analizadas fueron: edad, causas, edad gestacional en la primera consulta, abordaje interdisciplinario pre intervención, plazo de resolución, lugar de terminación, modalidad de resolución y control posterior.

Los indicadores calculados y analizados fueron: tasa de derivación al segundo nivel, tasa de complicaciones y cobertura de método anticonceptivo post ILE³

Las variables e indicadores se encuentran detallados en los anexos B y C

Se realizaron análisis univariados y bivariados de las variables y los indicadores construidos. Posteriormente fueron presentados en tablas y gráficos de elaboración propia.

Consideraciones éticas

Los datos contenidos en el presente trabajo constituyen sólo una descripción estadística de servicios de salud obtenidos de fuentes secundarias. Se respetó la Ley Nacional de Secreto Estadístico N° 17.622/68 y Decreto reglamentario 3110/70 que establece la confidencialidad de los datos y de la identidad de las personas cuyos datos aparecen en dichas fuentes de información. Para respetar la identidad de las usuarias se trabajó con una base de datos anonimizada

³ La variables método anticonceptivo comenzó a registrarse manera sistemática en el segundo semestre del año 2017

Resultados

Se analizaron 503 ILEs realizadas en el Área Programática del Hospital Parmenio Piñero (APHPP) durante el año 2017. El 38,2 % (n=192) de las mismas se llevaron a cabo durante primer semestre del año.

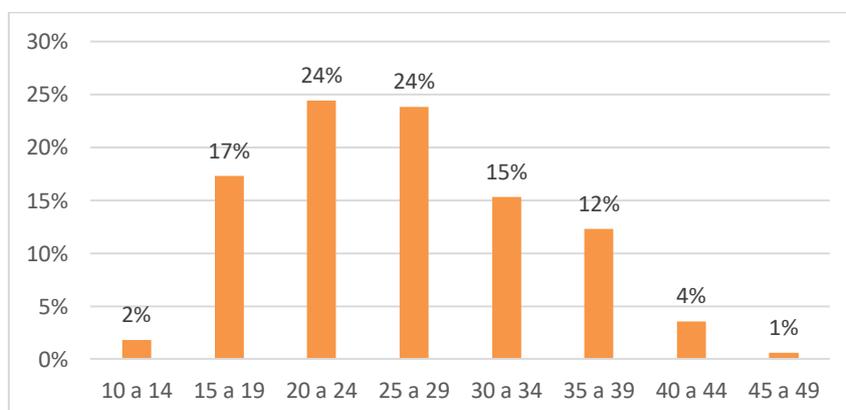
Los grupos de edad prevalente de las mujeres que solicitaron una interrupción fueron de 20 a 24 años y de 25 a 29 años. Entre ambos grupos representan casi el 50% de las ILEs (Tabla 1 y Gráfico 2). El 2% (n=9) de los casos fueron de niñas entre 10 y 14 año y en el 1% de los casos no hay datos de la edad.

Tabla 1: Número de interrupciones legales del embarazo según grupos etarios. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017.

Grupo edad	n	%
10 a 14	9	2%
15 a 19	87	17%
20 a 24	123	24%
25 a 29	120	24%
30 a 34	77	15%
35 a 39	62	12%
40 a 44	18	4%
45 a 49	3	1%
Sin especificar	4	1%
Total	503	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos enviados por centros de salud y hospital

Gráfico 2: Número de interrupciones legales del embarazo según grupos etarios. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a datos enviados por centros de salud y hospital

El promedio de edad de las mujeres fue de 26 años, prácticamente igual a la media (26,3). La moda de edad de 23 años. El rango de edad fue de 12-46 (Tabla 2).

Tabla 2: Descripción de las edades de interrupciones legales del embarazo según grupos etarios. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017.

	Edad
Mediana	26
Moda	23
Media	26,3
Rango	12-46

Fuente: Elaboración propia en base a datos enviados por centros de salud y hospital

La edad gestacional (EG) promedio de la primera consulta⁴ fue de 8,5 semanas de edad gestacional, la moda fue de 8 semanas, la media de 9,3 semanas y el rango 4 - 23,3 semanas. Cuando se analizan las edades gestacionales de la primera consulta podemos ver que la mayoría de la mujeres, un 67,6% consultó antes de la 10 semanas de EG y el 22,5% (n=113) entre las 10 y las 12 semanas de gestación (Tabla 3).

Tabla 3: Edad gestacional al momento de la primer consulta. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017.

Edad gestacional	n	%	% acumulado
Menor a 10 semanas	340	67,6	67,6
10-12 semanas	113	22,5	90,1
Mayor a 12 semanas	46	9,1	99,2
Sin especificar	4	0,8	100
Total	503	100	

Fuente: Elaboración propia en base a datos enviados por centros de salud y hospital

Con respecto al efector en que se realizó la práctica el 93,8% (n=472) se resolvió en el primer nivel de atención (Tabla 4). Todas las ILEs que fueron resueltas en el segundo nivel fueron evaluadas previamente por los equipos de los centros de salud y por algún motivo (edad gestacional mayor a 12 semanas, falla del misoprostol, deseo de la mujer de internarse para la práctica o problema de salud preexistente que desaconsejaba la práctica ambulatoria) la

⁴ La edad gestacional de la primera consulta se refiere a la edad gestacional de la primera consulta en el efector que realiza la ILE.

misma no fue resuelta en el centro de salud. La tasa de derivación del primer al segundo nivel en el año 2017 en la APHHP fue de 6,2 cada 100 interrupciones legales del embarazo.

Tabla 4: Cantidad de interrupciones legales del embarazo según efector de resolución. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017.

Tipo de efector	n	%
Centros de salud	472	93,8
Hospital	31	6,2
Total	503	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos enviados por centros de salud y hospital

Si analizamos la edad gestacional en relación al efector se puede ver que el mayor porcentaje de usuarias, un 66,9%, que consultaron a los centros de salud tenían menos de 10 semanas de EG⁵, mientras que el 71% de las que se resolvió en el hospital ya se encontraban en el segundo trimestre de embarazo (Tabla 5 y Gráfico 3).

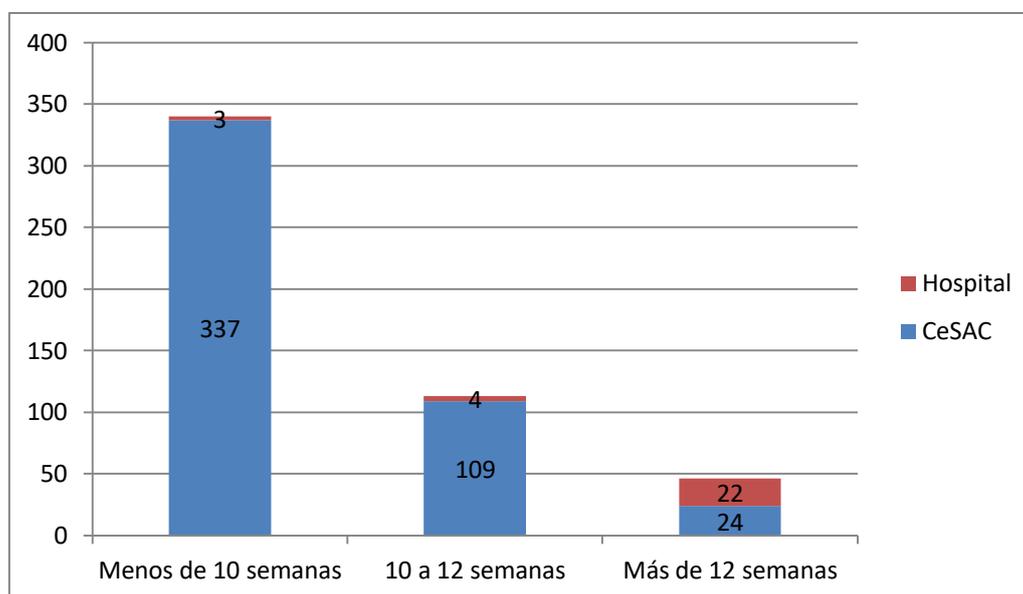
Tabla 5: Edad gestacional al momento de la primer consulta según efector. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017.

	Centros de salud		Hospital	
	n	%	n	%
Menor a 10 semanas	337	71,4	3	9,7
10-12 semanas	109	23,1	4	12,9
Mayor a 12 semanas	24	5,1	22	71
Sin especificar	2	0,4	2	6,4
Total	472	100	31	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos enviados por centros de salud y hospital

⁵Todas las interrupciones del segundo trimestre realizadas en centros de salud fueron menores a 14 semanas. Las mayores a 14 semanas fueron realizadas con métodos quirúrgicos en hospitales diferentes al hospital de referencia o por ONGs

Gráfico 3: Edad gestacional al momento de la primer consulta según efector. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a datos enviados por centros de salud y hospital

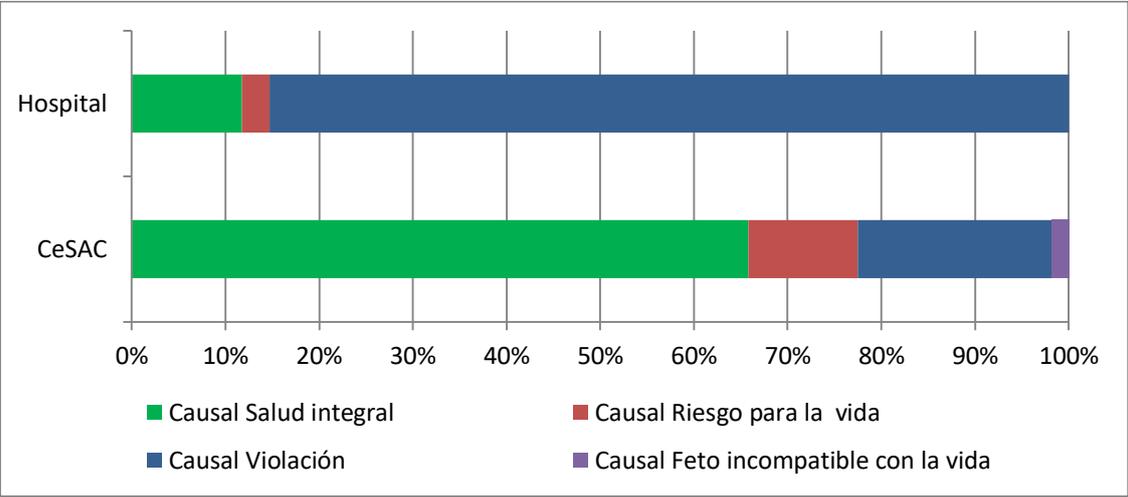
Las causales de interrupción se analizaron según como fueron consignadas por el equipo de salud que acompañó la situación, las posibles causales no son excluyentes, pudiendo la mujer presentar más de una, por esa razón las sumatorias de las causales excede a los casos abordados por los efectores. En la tabla 6 y el gráfico 4 se puede ver como la causal violación fue la principal causal abordada en hospital, un 85,3% (n=29) mientras que la causal salud integral fue la más frecuente en el primer nivel de atención en un 65,8% (n=389).

Tabla 6: Causales de las interrupciones legales del embarazo. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017.

	Centro de salud		Hospital	
	n	%	n	%
Causal Salud integral	389	65,8	4	11,8
Causal Riesgo para la vida	69	11,7	1	2,9
Causal violación	122	20,6	29	85,3
Causal feto incompatible con la vida	11	1,9	0	0
Total	591	100	34	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos enviados por centros de salud y hospital

Gráfico 4: Causales de las interrupciones legales del embarazo. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a datos enviados por centros de salud y hospital

En referencia al abordaje interdisciplinario pre ILE, todos los informes presentados por los equipos de salud en los cuales se solicita el pedido de medicación o la derivación de las mujeres al segundo nivel se encuentran firmado por un/a profesional médico/a y un/a psicólogo/a o trabajador/a social.

El plazo de resolución promedio en la realización de la ILE fue de 1,3 días en el hospital, mientras que en los centros de salud fue de 5,7 días. En 223 casos (44,3%) no hay registro de la edad gestacional al momento de la práctica, por lo que no se cuenta con información suficiente para determinar el tiempo transcurrido para la resolución.

La modalidad de resolución de la ILE varía según el efector. En el hospital, al 87,1% de las mujeres (n=27) se les realizó un RUE. En el 77,8% (n=21) de los casos fue la segunda opción luego de la falla de 12 comprimidos de misoprostol. Al porcentaje restante, un 22,2% (n=6) se les practicó un RUE como primer opción. En ningún caso se practicó una AMEU (Tabla). En los centros de salud la resolución se caracterizó por la utilización de tratamiento médico con misoprostol, el mismo fue utilizado en el 80,9 % (n=382) de las usuarias (Tabla 7). En los casos en los que se consignó RUE o AMEU en un centro de salud fueron mujeres que comenzaron la interrupción en el centro de salud y luego se les realizó un RUE o una AMEU por un aborto incompleto en otro hospital que no es el de referencia o en una ONG.

Tabla 7: Modalidad de resolución según efector. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017.

	Hospital		Centro de salud	
	n	%	n	%
Misoprostol	3	9,7	382	80,9
RUE	27	87,1	12	2,5
AMEU	0	0	5	1,1
Sin especificar	1	3,2	73	15,5
Total	31	100	472	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos enviados por centros de salud y hospital

En las mujeres en las cuales se realizó la interrupción con misoprostol en el primer nivel el 86,4% (n=330) de los casos utilizaron 12 comprimidos, siendo 13,3 el promedio de comprimidos utilizados (Tabla 8)

Tabla 8: Cantidad de comprimidos de misoprostol utilizados. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017.

Cantidad de comprimidos utilizados	n	%
Menos de 12	5	1,3
12 comprimidos	330	86,4
Más de 12	47	12,3
Total	382	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos enviados por centros de salud y hospital

La tasa de complicaciones hallada fue baja, siendo de 8 cada 1.000 ILE realizadas: Solo en 4 mujeres (0,8%) se registraron complicaciones, 2 abortos infectados y 2 metrorragias abundantes que requirieron transfusión. No se registraron fallecimientos.

En los casos abordados en el hospital no se registró ninguna consulta de control luego ILE (Tabla 9), esto puede deberse tanto a que no se realizaron controles previos como a una falta de registro de los profesionales actuantes. En el caso de los centros de salud la ausencia de control se registró en el 81,2% (n=386) de los casos.

Tabla 9: Presencia de control luego de la realización de la interrupción legal el embarazo. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017.

	Hospital		Centro de salud	
	n	%	n	%
Regreso a control post ILE	0	0	86	18,2
No regreso a control post ILE	31	100	386	81,8
Total	31	100	472	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos enviados por centros de salud y hospital

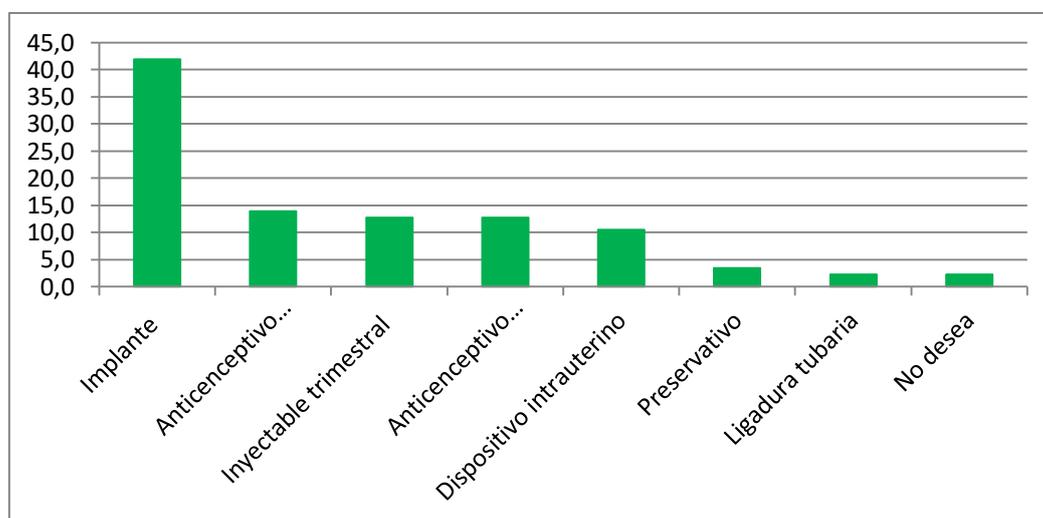
Con respecto a la cobertura de método anticonceptivo post ILE fue de 16,7 cada 100 ILEs. De las 86 mujeres que regresaron a control luego de la ILE, 84 (n=97,7%) de ellas optaron por un MAC. El implante fue el más elegido por el 41,9% (n=36) de las mismas (Tabla 10 y Gráfico 5).

Tabla 10: Tipo de métodos anticonceptivos provistos a las mujeres en la consulta de control luego de la interrupción del embarazo. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017.

Método anticonceptivo	n	%
Implante	36	41,9
Anticonceptivo inyectable mensual	12	14,0
Inyectable trimestral	11	12,8
Anticonceptivo hormonal oral	11	12,8
Dispositivo intrauterino	9	10,5
Preservativo	3	3,5
Ligadura tubaria	2	2,3
No desea	2	2,3
Total	86	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos enviados por centros de salud y hospital

Gráfico 5: Porcentaje de tipo de métodos anticonceptivos provistos a las mujeres en la consulta de control luego de la interrupción del embarazo. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a datos enviados por centros de salud y hospital

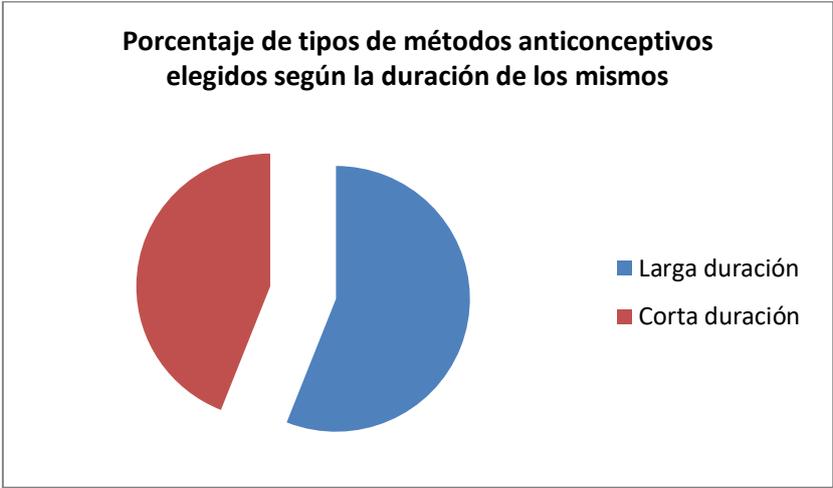
Si hacemos un análisis de los tipos de MAC elegidos se puede apreciar que el solo el 56% de las mujeres (n=47) que optaron por un método lo hicieron por uno de larga duración (implante, dispositivo intrauterino o ligadura tubaria) (Tabla 11 y Gráfico 6).

Tabla 11: Tipos de métodos anticonceptivos elegidos según la duración de los mismos. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017.

Tipo de métodos anticonceptivos	n	%
Larga duración	47	56
Corta duración	37	44
Total	84	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos enviados por centros de salud y hospital

Gráfico 6: Tipos de métodos anticonceptivos elegidos según la duración de los mismos. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a datos enviados por centros de salud y hospital

Discusión

Se analizaron 503 interrupciones de embarazos llevadas a cabo en el APHPP durante el año 2017, que representaron el 27,6% de todas las ILEs realizadas en CABA, en donde hubo 1.893 ILEs en el mismo periodo, de las cuales 1563 se realizaron en el primer nivel de atención.

La disparidad en la cantidad de ILEs entre los semestres, 38% en el primero y 62% en el segundo y el hecho de que durante el primer semestre del año 2018 hubo 424 ILEs en el APHPP, casi el doble que en los primeros 6 meses del 2017 nos hace reflexionar sobre el crecimiento exponencial de esta práctica y como los equipos de los centros de salud se han apropiado de esta temática para fortalecerse como garantes de derechos. Aunque aún estemos lejos de garantizar la cobertura a la cantidad de mujeres que sabemos que transitan por estos procesos a través de las consejerías de reducción de riesgos y daños, o en el peor de los escenarios, a situaciones de aborto inseguro sin el acompañamiento del sistema de salud, el aumento del acceso a las ILEs marca esa tendencia de franca mejora.

Otra manera de medir el impacto de la práctica es compararlos con la cantidad de partos realizados en el hospital en el mismo periodo. En el hospital hubo 1.856 partos en el año 2017, siendo la razón parto/ILE de 3,7. Si bien no podemos compararlos con años anteriores, creemos que la cifra es significativa por su magnitud ya que se realizaron casi 1 ILE cada 4 partos en el hospital en el 2017.

Con respecto a la edad de las mujeres que solicitaron una ILE la mayoría, 97%, se encuentra en el rango de lo que se denomina “mujeres en edad fértil”⁶, casi el 50% de los mismos, se concentró entre las mujeres de 20 a 29 años. Estos datos coinciden con varias investigaciones nacionales e internacionales (25;26;27) que encontraron una igual distribución de los egresos hospitalarios por aborto según grupo etario, observando que la mayoría de los mismos se concentra en las mujeres adultas jóvenes, entre 20 y 29 años, presentando una estructura similar a la fecundidad. Cabe destacar que el grupo de niñas de 10 a 14 años que no pertenecen al grupo de “mujeres en edad fértil” representaron 9 casos en el periodo estudiado, siendo un grupo etario de gran vulnerabilidad.

El 90% de las mujeres consultó en el primer trimestre de gestación, representando esto embarazos de bajo riesgo y apoyados por la bibliografía para ser realizados de manera

⁶ Se considera edad fértil el período en que una mujer es capaz de procrear. Para los fines estadísticos, es la edad comprendida entre los 15 y los 49 años de edad.

ambulatoria. De acuerdo a la evidencia disponible el riesgo de interrupción del embarazo en el primer trimestre es mucho menor que en el segundo, evidenciándose esto en la baja tasa de complicaciones observadas, siendo la misma de 8 cada 1.000 ILEs realizadas (28).

En el primer nivel de atención se dio respuesta a más del 90% de las ILEs solicitadas, dando esto una tasa de derivación al segundo nivel muy baja, de 6,2 cada 100 ILEs. Todas las ILEs que fueron resueltas en el hospital fueron evaluadas previamente por equipos de los centros de salud. Ninguna mujer consultó por una ILE al hospital en el periodo analizado. Esta característica de las mujeres, las de haber sido evaluados en el primer nivel previamente, probablemente es el motivo por el cual al tiempo de resolución promedio en el hospital (1,3 días) es menor que el tiempo en los centros de salud (5,7 días), entendiendo plazo de resolución al plazo transcurrido entre el momento que la mujer hizo la primera consulta al sistema y el momento en el que se realizó la interrupción. En más del 44% de los casos no se pudo calcular el tiempo de resolución por ausencia del dato, haciendo esto que los promedios calculados podrían no ser representativos.

La causal predominante informada por el segundo nivel fue la violación, mientras que la causal salud integral fue la más abordada por el primer nivel. Esta situación refleja la mirada de los equipos sobre la concepción de la salud integral, muchas veces determinada por la variedad de disciplinas que conforman los mismos. El trabajo interdisciplinario es mucho más frecuente en los centros de salud que en los hospitales, donde los equipos se agrupan por Servicios (conformados por profesionales de la misma profesión), siendo más dificultoso o excepcional el trabajo interdisciplinario. El carácter interdisciplinario de los equipos de los centros de salud favorece una mirada integral y amplia del concepto de salud y no como la mera ausencia de enfermedad. Esta gran diferencia de miradas en relación a la argumentación de la causal, se ve muchas veces reflejada en las derivaciones que suceden desde el primer al segundo nivel, significando un obstáculo para el acceso de las mujeres.

Con respecto a la forma de resolución en el hospital al 87,1% de las mujeres se les practicó una RUE, la mayoría de ellas debido a la falla del misoprostol. No se han realizado AMEU en el hospital. Esta situación podría relacionarse con la falta de capacitación y poca experiencia de los equipos con el uso de la AMEU, prácticas instaladas sin evidencia y/o falta de recursos materiales adecuados para realizar el procedimiento. En los centros de salud las interrupciones fueron principalmente medicamentosas. Este uso de misoprostol coincide con las recomendaciones que figuran en los protocolos y se difunden a través de las

capacitaciones en base a la evidencia disponible en la actualidad, estas situaciones que se resolvieron en el primer nivel de atención de manera ambulatoria, podrían considerarse como indicadores de accesibilidad y de buena calidad en el proceso de atención

El control posterior a la ILE fue muy bajo, si sumamos a las mujeres que se realizaron la práctica en el hospital y en el centro de salud observamos que solo el 17,1% regresaron para un control, haciendo esto que la tasa de cobertura de MAC post ILE fuera muy baja, de 16,7 cada 100 ILEs. La anticoncepción postaborto es una estrategia reconocida para prevenir nuevos eventos obstétricos. La atención luego de la ILE consiste, entre otras cosas, en el acceso a servicios de anticoncepción y de planificación familiar para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados (29). Suministrar información científicamente precisa a todas las mujeres post ILE, es un elemento fundamental para evaluar la calidad de las ILEs. La atención durante y después de la ILE debe integrar de forma sistemática una información exhaustiva sobre los MAC (30). Debido a la baja tasa de cobertura continúa siendo de gran importancia proseguir con la implementación de las guías y recomendaciones para el mejoramiento de la atención post ILE, como así también la capacitación de los equipos, con el fin de garantizar una atención de calidad a todas las usuarias. El acompañamiento por parte de los equipos de salud, durante un evento obstétrico, como una interrupción del embarazo, puede ser una instancia fundamental para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, y una posibilidad de ejercicio de soberanía sobre el cuerpo y reafirmación subjetiva de autonomía para las mujeres. El asesoramiento y la provisión MAC postaborto deben ser una parte integral de la atención postaborto, ya que evita otro embarazo no planificado y repetir el aborto. La anticoncepción postaborto es significativamente más efectiva cuando se brinda antes de que las mujeres salgan del centro de salud donde recibieron la atención, y cuando el método elegido es un método anticonceptivo reversible de acción prolongada (LARC)³¹. Solo 56% de las mujeres que se realizaron una ILE optaron por un MAC de larga duración (Dispositivo intrauterino, Ligadura tubaria o implante).

Una de las limitaciones encontradas para el análisis fue la ausencia de datos en algunas variables, como modalidad de resolución, en donde faltaba el dato en el 15,5% de los casos y plazo de resolución con una falta de datos en el 44,3% de los casos, haciendo esto que los promedios calculados podrían no ser representativos ya que pudieron ser solo analizadas parcialmente. La variable MAC post ILE comenzó a registrarse de manera sistemática a partir del segundo semestre, perdiéndose información valiosa de los primeros seis meses.

Conclusiones

La atención primaria surgió como una estrategia para disminuir inequidades en salud, y entre cuyos objetivos está abordar las necesidades de la población de manera eficiente y con calidad, contribuyendo con la mejora de la salud y el bienestar, desde una perspectiva de género, salud integral y derechos humanos, respetando las elecciones y la autonomía de las personas.

A pesar de los avances con respecto a esta temática, para garantizar el acceso a servicios integrales de salud sexual, es indispensable la sensibilización y capacitación de los equipos, para permitir revisar posturas ideológicas, prácticas y poder transformarlas. En esta misma línea, es fundamental continuar avanzando con las capacitaciones y el fortalecimiento de los equipos que están comenzando o que todavía no den acceso a las ILEs.

Detrás de interrupción del embarazo hay una historia, hay una mujer transitando una circunstancia en la vida reproductiva, y la interrupción del mismo es una decisión personal, de acuerdo a cuan autónoma sea su decisión y cuan apoyadas, acompañadas y asesoradas se encuentren, dependerá que la experiencia se viva como un drama que conmociona y desestabiliza o como una oportunidad, a partir de un hecho adverso, de reafirmar su autonomía (32).

El trabajo realizado muestra que nos encontramos mejorando el acceso a las interrupciones legales del embarazo y la atención de las mujeres, lo que implica un aumento el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos y una disminución en el número que se vean expuestas a prácticas inseguras que aumentan su riesgo de morbimortalidad en situación de embarazo.

Para poder avanzar en la implementación de la política de acceso a la ILE, es indispensable la mejora en las prácticas y destrezas de los equipos en cuanto a tecnologías blandas y duras se refiere: consejerías con la información apropiada, transparencia activa, acceso a la medicación (misoprostol) y a la realización de AMEU entre otras. También, el monitoreo continuo del trabajo de los equipos que dan respuesta a las ILEs, y la construcción conjunta con los distintos sectores del subsistema público, del mapa de actores que inciden y articulan localmente en la temática. Con la conformación de redes que faciliten el acceso a la interrupción legal y segura, contribuyendo de esta manera a disminuir la morbimortalidad por aborto inseguro, causa principal de morbimortalidad materna en nuestro país.

Propuestas

- ✓ Continuar con las capacitaciones y el acompañamiento a los equipos de salud del primer nivel.
- ✓ Comenzar con capacitaciones a los equipos de salud del segundo nivel sobre prácticas y nuevas tecnologías como AMEU, sobre el concepto de salud integral.
- ✓ Continuar fortaleciendo el vínculo entre los diferentes niveles del sistema de salud
- ✓ Fomentar la implementación de dispositivos de control y seguimiento que garanticen una anticoncepción inmediata post ILE
- ✓ Analizar el uso y la efectividad del misoprostol asociado con diclofenac, que es la presentación disponible en nuestro país, ya que la bibliografía internacional siempre es sobre misoprostol solo o asociado a mifepristona.
- ✓ Realizar estudios de investigación con metodología cualitativa que indaguen otras dimensiones de las ILEs como percepciones y representaciones de los integrantes de los equipos de salud a la hora de abordar esta temática, percepciones y representaciones de las mujeres durante el proceso de la interrupción, identificación de barreras y facilitadores en la atención de las mujeres que consultan en el segundo trimestre por una ILE y padecimiento de violencia obstétrica durante la práctica.

Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud y Salud Colectiva:

Los resultados de la investigación permitieron mostrar características de las mujeres que solicitaron la interrupción de su embarazo y características de dicha práctica en el primer y segundo nivel de atención. Consideramos que los resultados mostraron que las capacitaciones de sensibilización, marcos legales y métodos seguros de interrupción fueron efectivas, mostrándose esto en la cantidad de mujeres a las cuales se les garantizó un derecho (explicitado en el código penal y ratificado por la Corte Suprema) y en la baja tasa de complicaciones presentadas. El hecho de que en todos los equipos de salud hay un/a medico/a generalista demuestra el constante compromiso de la especialidad con el acceso a prácticas que garanticen derechos de nuestros pacientes.

La producción de conocimiento en relación a esta temática será crucial para diseñar protocolos y orientar políticas y programas de capacitación destinados a los equipos interdisciplinarios de salud y a facilitar una labor conjunta entre los diferentes efectores del sistema de salud.

Bibliografía

- 1 Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e información en salud. Estadísticas vitales. Información básica – 2016 [internet]. Serie 5 N°60. Buenos Aires; 2017. citado 3 de septiembre 2018]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro60.pdf>
- 2 Mario S, Pantelides EA. Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. Notas de Población 87 [internet]. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2009: 95-120 [citado 10 de agosto de 2018]: 95-120. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12842/np87095120_es.pdf?sequence=1
- 3 Ministerio de Salud de la Nación. Programa médicos comunitarios. Curso en salud social y comunitaria. Buenos Aires; 2010.
- 4 Savoy F, Curto SI. Delimitación de las áreas programáticas de los centros de atención primaria de la salud en Concepción del Uruguay. Contribuciones Científicas GÆA, 2013; Vol. 25:175-184.
- 5 Organización Mundial de la Salud. Aborto espontáneo y provocado. Ginebra: OMS; 1970. Serie de Informes Técnicos N° 461.
- 6 Gori J. Ginecología de Gori. 2a ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2003.
- 7 Patitó JA. Medicina legal. 2a ed. Buenos Aires: Dentro norte; 2001.
- 8 Organización Mundial de la Salud. The Prevention and Management of Unsafe Abortion: Report of a Technical Working Group. Ginebra: OMS; 1992.
- 9 Organización Mundial de la Salud. Unsafe abortion, Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008 [internet]. 6ta ed. Ginebra: OMS; 2011. [citado 22 de julio 2018]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf?ua=1
- 10 Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Nueva York: ONU; 1995.
- 11 Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing [internet]. Nueva York: ONU; 1996. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

-
- 12 Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto [internet]. Buenos Aires; 2010 [citado 12 julio 2018]. Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2005_Guia_Mejoram_Post_Aborto.pdf
- 13 Ramos S, Romero N, Aizenberg L. Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina [internet]. Reproductive Health Matters. 2014; Supplement (43):1–12 [citado 22 de julio 2018]. Disponible en: <http://www.rhm-elsevier.com/pb/assets/raw/Health%20Advance/journals/rhm/RHM43S-786-Ramos.pdf>
- 14 Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles [internet]. Buenos Aires; 2010 [citado 6 de agosto 2018]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf>
- 15 Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York: OMS; 1946.
- 16 Luna F. *et al.* Aborto por motivos terapéuticos: artículo 86 inciso 1 del Código Penal Argentino. Buenos Aires: FLACSO; 2006.
- 17 Bergallo P, Ramón Michel A. El aborto no punible en el derecho argentino [internet]. Hojas informativas N°9; 2009 [citado 4 de agosto 2018]. Disponible en: http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Hojas_Informativas/09_Bergallo_Michel.pdf
- 18 Carbajal M. El aborto en debate: aportes para una discusión pendiente. Argentina: Paidós; 2009.
- 19 CSJN, "F., A. L. s/ medida autosatisfactiva". Sentencia del 13 de marzo de 2012, Fallos: 259: XLVI.
- 20 Alegre M. Objeción de conciencia y salud sexual y reproductiva [internet]. Hojas informativas N°10; 2009 [citado 18 de agosto 2018]. Disponible en: http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Hojas_Informativas/10_Alegre.pdf
- 21 Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Buenos Aires; 2015.
- 22 Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Montevideo:OMS; 2014.
- 23 Faúndes A, Barzelatto J. El drama del aborto: en busca de un consenso. Buenos Aires: Paidós; 2011.

-
- 24 Federación Latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología. Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología. 3ra edición. Ciudad de Panamá: FLASOG; 2013
- 25 Checa S, Rosemberg M. Aborto hospitalizado. Buenos Aires: El cielo por asalto; 1996.
- 26 Erviti Erice J. Aborto y redes sociales en México. Significados, vivencias y apoyo social a mujeres. Centro regional de investigaciones multidisciplinarias. Barcelona: Universitat de Barcelona. Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions; 2000.
- 27 Insúa I, Romero M. Mortalidad materna severa en la Argentina. Egresos hospitalarios por aborto de establecimientos oficiales. Buenos Aires: Centro de Estudios de Población. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Argentina; 2006.
- 28 Harris LH, Grossman D. Haciendo frente al desafío del aborto en el segundo trimestre. Oakland, USA. s.n., 2011, Vol. 115.
- 29 Ipas. La atención postaborto centrada en la mujer. Manual de referencia. 2da ed. Carolina del Norte: Ipas; 2014.
- 30 Organización Mundial de la Salud. Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto. Uruguay: OMS; 2105.
- 31 Gemzell-Danielsson K, Kopp Kallner H, Faúndes A. Contraception following abortion and the treatment of incomplete abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;126 Suppl 1:S52-5.
- 32 Pistani ML, Ceccato MB. Practica voluntaria del aborto e impacto subjetivo en mujeres. Representaciones, sentidos e imaginario en escenario de clandestinidad. *Vertex – Revista Argentina de Psiquiatría.* 2014; 25 (117): 363-369.

Anexos

Anexo A

Muertes maternas y tasa de mortalidad materna según grupo de causas de muerte y edad de las fallecidas por 10.000 nacidos vivos. República Argentina. Año 2016

GRUPO DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN	TOTAL MUERTES MATERNAS	RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA	GRUPO DE EDAD							
			MEJOR DE 15	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 Y MAS
TODAS LAS CAUSAS	245	3,4	1	30	55	46	48	51	12	2
EMBARAZO TERMINADO EN ABORTO	43	0,6	0	5	12	8	10	6	2	0
CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS	135	1,9	0	18	18	30	29	30	9	1
*Trastornos hipertensivos, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio	34	0,5	0	5	6	7	5	8	2	1
*Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia anteparto	11	0,2	0	0	0	5	3	2	1	0
*Hemorragia postparto	17	0,2	0	2	4	3	4	4	0	0
*Sepsis, otras infecciones y complicaciones relacionadas con el puerperio	41	0,6	0	8	3	9	11	6	4	0
*Muerte obstétrica de causa no especificada	7	0,1	0	0	2	1	2	2	0	0
*Otras causas directas	25	0,3	0	3	3	5	4	8	2	0
CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS	67	0,9	1	7	25	8	9	15	1	1
*Enferm. por Virus de la Inmunodef. Humana	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
*Enf. del Sist. Circulatorio que complican el embarazo, parto o puerperio	13	0,2	0	2	7	1	2	1	0	0
*Enf. del Sist. Respiratorio que complican el embarazo, parto o puerperio	19	0,3	0	0	6	6	3	3	1	0
*Enf. del Sist. Digestivo que complican el embarazo, parto o puerperio	8	0,1	0	2	2	1	1	2	0	0
*Otras causas indirectas	26	0,4	1	3	10	0	2	9	0	1

Fuente: Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación

Anexo B

Matriz de variables utilizada para las interrupciones legales del embarazo. 2017

Variables	Definición operativa	Tipo de variable	Valores de la variable
Edad	Edad de la mujer al momento de la primera consulta	Cuantitativa discreta	Edad en años (entero) Sin especificar
Causal	Causa en que se enmarca la solicitud para la interrupción legal del embarazo, que define el Código Penal Argentino, y contempladas por el equipo tratante luego de la evaluación de la mujer.	Cualitativa nominal	Causal violación Causal riesgo para la vida Causal salud integral que incluyen: salud mental y/o social y causal física Causal fetal (malformaciones fetales que son incompatibles con la vida extrauterina)
Edad gestacional en primera consulta	Edad gestacional del embarazo en la primera consulta, calculada por la fecha de la última menstruación o si ésta es incierta, por la primera ecografía realizada.	Cuantitativa continua	
Abordaje interdisciplinario pre ILE	La mujer fue atendida por al menos un/a profesional médico/a y un/a no médico/a previo a la ILE	Cualitativa nominal	Si No No especifica
Plazo para la resolución	Cantidad de días (traducido en semanas) que transcurrieron entre la primera consulta de la mujer y	Cuantitativa discreta	

	la realización del procedimiento.		
Modalidad de resolución	Procedimiento utilizado para interrumpir el embarazo	Cualitativa nominal	Misoprostol Raspado uterino evacuador Aspiración manual endouterina
Lugar de realización	Lugar donde se realizó es procedimiento	Cualitativa nominal	Centro de salud Hospital Sin especificar
Control post intervención	Concurrencia a control luego de la ILE	Cualitativa nominal	Si No Sin especificar

Anexo C

Matriz de indicadores utilizada para las interrupciones legales del embarazo. 2017

Indicador			Fórmula
Tasa de derivación al segundo nivel	La tasa relaciona las ILEs que necesitaron ser derivadas al hospital con el total de las ILES realizadas	Número de ILEs derivados al segundo nivel cada 100 ILEs realizadas	$\frac{\text{Número de ILEs derivados al segundo nivel de atención}}{\text{Total de ILEs realizadas}} \times 100$
Tasa de complicaciones	La tasa relaciona la presencia de complicaciones (Sangrado abundante que requiera transfusión Aborto infectado o Fallecimiento) en las ILEs con el total de las ILES realizadas	Número de complicaciones cada 1.000 ILEs realizadas	$\frac{\text{Número de ILEs con complicaciones}}{\text{Total de ILEs realizadas}} \times 1.000$
Cobertura de método anticonceptivo post ILE	Relaciona la cantidad de mujeres a quienes se les proveyó un método anticonceptivo inmediatamente luego de la ILE con el total de mujeres a quienes se les realizó una ILE	Número de mujeres a quienes se les proveyó un método anticonceptivo post ILE cada 100 mujeres a quienes se les realizó una ILE	$\frac{\text{Número de mujeres a quienes se les proveyó un método anticonceptivo post ILE}}{\text{Total de ILEs}} \times 100$