

## **Gestión municipal en el abordaje de la ILE**

Trabajo Inédito

Año 2019

Trabajo de Investigación

Enfoque mixto

Categoría temática: Gestión / Administración de servicios de salud

Secretaría de Salud, municipalidad Gral. San Martín

Belgrano 3747, San Martín, Buenos Aires

CP 1650

4830-0540

jbrisnikoff@gmail.com

Autores/as:

Brisnikoff Johanna Soledad, DNI 31208390, médica generalista.

D'Andrea Natalia, DNI ,29419380 médica epidemióloga.

Weisman Clarisa, DNI 2419545, médica generalista.

<b>GESTION MUNICIPAL EN EL ABORDAJE DE LA ILE</b>
<u>BRISNIKOFF Johanna S.; D'ANDREA Natalia; WEISMAN Clarisa</u>
Secretaría de Salud, municipalidad Gral. San Martín Belgrano 3747, San Martín, Buenos Aires. CP 1650 4830-0540 jbrisnikoff@gmail.com
<b>Trabajo de Investigación con enfoque Mixto</b>
<b>Gestión/Administración de servicios de salud</b>
<p><b>Introducción:</b> Cuando el aborto es practicado por un efector capacitado y habilitado, es un procedimiento médico de bajo riesgo.</p> <p><b>Objetivos:</b> Describir el proceso de gestión para la atención de personas con capacidad de gestar que solicitan Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en el municipio de Gral. San Martín durante el período enero 2016-junio 2019.</p> <p><b>Materiales y método:</b> Investigación Acción Participativa. Observación participante para la recolección de datos cualitativos. Fuentes primarias de información: el Sistema de Información de Salud de San Martín y base de datos de elaboración propia.</p> <p><b>Resultados:</b> Sensibilización y capacitación de todos los efectores municipales, con excepción de dos. Elaboración de un protocolo de ILE municipal. Armado de recursero para ecografías con amplia disponibilidad horaria. Conformación de redes para la resolución de ILE en segundo nivel de atención. Los indicadores muestran un aumento sostenido en la cobertura de ILE y provisión de tratamientos. El 90% se resolvió en el Primer Nivel de Atención.</p> <p><b>Discusión:</b> El aumento de la cantidad de dispositivos de atención se tradujo también en mayor accesibilidad de las personas para dicha práctica, tanto del municipio como de otras localidades.</p> <p><b>Propuestas:</b> Ampliar los dispositivos a los efectores faltantes. Generar indicadores que midan calidad de atención en las ILE.</p>
<b>Palabras clave:</b> ILE, gestión, programa salud sexual.
<b>Soporte técnico:</b> computadora, proyector y pantalla

## **INDICE**

Introducción.....	4
Metodología.....	10
Resultados.....	11
Discusión.....	21
Propuestas.....	23
Bibliografía.....	25
Anexos.....	26

## **INTRODUCCIÓN**

### **Problema**

¿En qué consistió el proceso de gestión llevado a cabo para la atención de personas con capacidad de gestar que solicitan la interrupción legal del embarazo en el municipio de Gral. San Martín?

### **Objetivos**

#### General

Describir el proceso de gestión para la atención de personas con capacidad de gestar que solicitan la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en el municipio de Gral. San Martín durante el período enero 2016-junio 2019.

#### Específicos

- Describir la implementación de dispositivos de ILE en todos los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).
- Describir las redes con las diferentes unidades de gestión para las situaciones de mayor complejidad.
- Presentar los indicadores de resultado de las ILE.

### **Propósito**

Comprender el proceso de gestión para la atención de las personas con capacidad de gestar en situación de ILE municipio de Gral. San Martín, para optimizar y potenciar recursos y redes e identificar oportunidades de mejora en la accesibilidad y en la calidad de la atención. Asimismo, aportar conocimiento que sirva a otros municipios para repensar la meso gestión de esta problemática.

### **Marco contextual y acerca de los autores**

El municipio de Gral. San Martín se encuentra ubicado en el primer cordón del conurbano bonaerense, correspondiendo a la Región Sanitaria V de la Provincia de Buenos Aires, presenta una superficie territorial de 56 km<sup>2</sup> y cuenta con 27 localidades de características socio demográficas diversas y muy dispares entre sí. Ver Anexo 1.

El municipio cuenta con una población de 414.196 habitantes, y según datos del Censo Nacional 2010 (INDEC<sup>1</sup>), en el área Metropolitana el 33.5% de las personas tiene cobertura pública exclusiva, por lo que se estima que 141.648 se atienden en este subsector.

La Secretaría de Salud de la municipalidad de Gral. San Martín cuenta con diferentes efectores: un hospital municipal, dos hospitales locales, 19 CAPS y 1 centro de rehabilitación psicofísica y salud mental. Tanto a los hospitales locales como los CAPS les pertenece un área programática. Ver Anexo 1.

Dentro del organigrama de la Secretaría de Salud se encuentra la Dirección de Atención Primaria de la Salud (APS) y Programas Especiales y dentro de la misma la Dirección de Promoción y Protección de la Salud. A esta última pertenecen el Programa Salud de la Mujer y el Programa de Epidemiología.

El presente trabajo lo realizamos médicas generalistas y una médica epidemióloga, integrantes del Programa de Salud Sexual (incluido en el Programa Salud de la Mujer) y el Programa de Epidemiología, respectivamente.

## **Marco teórico**

### La planificación, los programas y la evaluación

Un programa en salud es una herramienta que consiste en una serie de actividades destinadas a alcanzar objetivos concretos, definidos previamente, y que suponen la mejor manera posible y viable de dar solución a un problema de salud de una población. Los programas públicos de salud, son por tanto una modalidad de respuesta del Estado a un problema de salud de la población a cargo.

La programación se enmarca en un proceso más amplio denominado planificación. La planificación, es un proceso de toma de decisiones para alcanzar un futuro deseado, teniendo en cuenta la situación actual y los factores internos y externos que pueden influir en el logro de los objetivos (Jiménez, 1982) (Romero; Salazar, 2006). La planificación consiste en:

Identificar problemas y prioridades de intervención para implementar soluciones; determinar si están dentro de la capacidad de acción del que planifica; identificar los factores que determinan el estado de cosas considerado insatisfactorio; establecer los cursos de acción que pueden ser seguidos; determinar quiénes son los responsables de la

---

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Estadística y Censo

ejecución de dichas acciones y definir los procedimientos de evaluación ex ante y ex post que monitorea que el curso de acción seguido sea el adecuado para los fines perseguidos y si los resultados obtenidos están dentro de lo esperado (Chorny, 1998).

A través de la historia, la planificación ha sido abordada con distintos enfoques, dentro de los cuales se pueden identificar dos vertientes bien diferenciadas, la de la planificación normativa y la de la planificación estratégica.

Según Testa,

*La planificación normativa es un procedimiento que tiende a fijar normas de contenido racional y consistentes entre sí que se refieren a un momento futuro, con metas cuantificadas y ubicadas temporal y espacialmente y que no son confrontadas con ninguna opinión de peso en su contra, por lo cual el plan en su conjunto no tiene oponentes y el planificador es un técnico al servicio del político, y para lo cual el objeto de la planificación es el sistema social y económico. El procedimiento estratégico en cambio, no intenta establecer normas sino desencadenar procesos permanentes de discusión y análisis de los problemas sociales que lleva a proponer metas necesariamente conflictivas puesto que se refiere a intereses de grupos en pugna, cada uno con planes propios, de modo que el planificador es parte de alguna fuerza social. De este modo, el objetivo de la planificación se inscribe en el marco de la lucha por el poder (Testa, 2009).*

Dentro de la denominada planificación estratégica se identifican distintos momentos de la planificación: el momento explicativo, el normativo, el estratégico y el táctico y el operacional. La programación, dentro de esta conceptualización, forma parte del momento táctico y operacional (planificación a corto plazo). En este momento se determinan las acciones que concretarán los objetivos fijados en el momento estratégico. Esta planificación operativa o programática posee objetivos concretos, establece las responsabilidades de cada actor involucrado, establece tareas específicas, un cronograma detallado y un presupuesto delimitado orientado a acciones precisas (Fernández Arroyo y Schejtman, 2012). Además contiene dentro de su diseño un plan de monitoreo y evaluación destinado a mantener bajo control la marcha en dirección a los objetivos propuestos.

Desde la Dirección de Promoción y Protección de la Salud, de la Secretaría de Salud de San Martín, adherimos a este segundo modelo pues nos aporta la pluralidad, flexibilidad y

protagonismo de los y las diferentes actores involucrados necesarios para abordar esta realidad cada vez más dinámica y compleja.

El momento de monitoreo y evaluación se realiza en cada momento del proceso y en su totalidad, sirve para detectar obstáculos y alternativas para el cumplimiento de los objetivos, permitiendo determinar la validez de las normas confrontándolas con las prácticas (Chorny, 1998). En relación con estos componentes de monitoreo y evaluación, se suelen diferenciar lo referido a su finalidad y al momento de realización. El primero, realizado en forma permanente y periódica y con el propósito de controlar la ejecución y seguimiento de la gestión operativa y estratégica; la evaluación, en cambio, se realiza en forma puntual y transversal para valorar el diseño, la ejecución, los resultados y los impactos del programa (Di Virgilio y Solano, 2012).

La forma de realizar una evaluación de un programa puede adoptar múltiples diseños en relación con el momento de realizarla (ex ante, concurrente, ex post), al propósito de la misma, a los actores intervinientes (externo, interno, mixto, participativa), a la metodología utilizada (enfoque cuantitativo, cualitativo, mixto), entre otras.

En este sentido, el programa Salud de la Mujer sostiene un proceso de monitoreo y evaluación permanente mediante indicadores cuanti y cualitativos, que permite reformular y mejorar constantemente las intervenciones.

#### El Aborto como problema de salud

Se considera que en la Argentina se realizan entre 370 y 522 mil interrupciones de embarazos por año (Mario S., 2009). Estas cifras son estimativas ya que, por tratarse de una práctica clandestina, no se dispone de datos precisos.

En base a diferentes indicadores, se estima que en Argentina se produce un aborto cada 1,5 o 2 nacimientos, es decir que entre el 40 y 50% de los embarazos culminan con abortos, en su mayoría inducidos, y muchos de ellos en forma insegura.

Durante el período 2014-2016 en Argentina, las muertes por abortos inseguros fueron el 17% del total de las muertes maternas. Se sabe que la despenalización del aborto reduce la mortalidad y la morbilidad materna; un ejemplo de ello es Uruguay, donde desde la

legalización del aborto, el porcentaje de muertes por esta causa descendió de 37% a 8% (CEDES, ELA, REDAAS<sup>2</sup>).

De acuerdo con el Instituto Guttmacher, la tasa de abortos es de 34 por 1.000 personas en los países que permiten el aborto. Cuando lo practica un proveedor de servicios de la salud capacitado y con las debidas condiciones de salubridad, el aborto es uno de los procedimientos médicos que menos riesgos entraña, menos aún que el parto.

La utilización del misoprostol por parte de profesionales de la salud y las mujeres ha disminuido las complicaciones de procesos de aborto y de esa manera menos mujeres recurren a los hospitales por complicaciones.

En un contexto que muestra una elevada proporción de partos ocurridos en instituciones de salud (99%) y de partos atendidos por profesionales capacitados (98%) (DEIS, 2013), la Argentina tiene el potencial necesario para disminuir considerablemente la tasa de mortalidad materna y las amplias brechas que existen en la materia. Sin embargo, las inequidades en el acceso a servicios, en la disponibilidad de recursos humanos y físicos adecuados y en la calidad de la atención sanitaria, impactan de diferente forma sobre las razones de la mortalidad materna y generan un riesgo desproporcionado para las mujeres que viven en las jurisdicciones más pobres del país (MSAL, 2015).

Las restricciones a los derechos sexuales y reproductivos tienen un impacto negativo y desproporcionado sobre diversos derechos humanos de las mujeres.

La falta de acceso -en condiciones de igualdad, dignidad y seguridad para todas las mujeres- a los servicios de salud en situaciones de embarazo no deseado, constituyen una práctica discriminatoria en los términos del artículo 1 de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, que vulnera derechos únicamente de las mujeres, en tanto se trata de procedimientos médicos que solo ellas necesitan y solo ellas viven las consecuencias físicas y emocionales de su privación. En situaciones de embarazo no deseado, se ven expuestas a riesgos en la salud que no experimentan los varones. Mientras que ellos acceden rápidamente a los servicios médicos esenciales y no enfrentan el temor a investigaciones o procesos penales, las mujeres no acceden en las mismas condiciones a dichos servicios: esto viola su derecho a la igualdad. Se trata de una situación de

---

<sup>2</sup> Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Equipo Latinoamericano de Justicia y Género y Red de Acceso al Aborto Seguro.

discriminación que se genera por la omisión estatal de brindar a las mujeres la posibilidad de ejercer sus derechos en forma plena. Pero además, este trato diferenciado afecta especialmente a mujeres pobres y adolescentes que no tienen la posibilidad de acceder al sistema de salud privado. Ello configura un supuesto de discriminación múltiple en razón del género, la condición socio-económica y la edad de la mujer.

En este sentido la CEDAW<sup>3</sup> dice que cuando los sistemas de salud niegan o fallan en proveer un servicio de salud que solo las mujeres necesitan, tal como servicios de aborto seguros, ello constituye una forma de discriminación que los Estados están obligados a remediar (CELS<sup>4</sup>, 2014).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifestó en su declaración en 2017 que el derecho a la salud para todas las personas significa que todo el mundo debe tener acceso a los servicios de salud que necesita, cuando y donde los necesite, sin tener que hacer frente a dificultades financieras. El derecho a la salud también hace referencia al derecho que debe tener toda persona a ser dueña de su salud y su cuerpo, y a tener acceso a información y a servicios de salud sexual y reproductiva, sin ser objeto de violencia y discriminación.

Para brindar una respuesta desde la salud pública, teniendo en cuenta el marco legal vigente, desde hace quince años se están desarrollando en diferentes lugares del país experiencias de consejerías pre y post aborto destinadas a mujeres que se plantean interrumpir su embarazo. Basado en la estrategia de reducción de riesgos y daños, este modelo intenta generar cambios al interior de las instituciones de salud dando una respuesta solidaria y oportuna a las mujeres frente al problema del embarazo no deseado (Brisnikoff J. y col., 2018).

Entendemos que como gestores de políticas públicas y siendo un eslabón más en la toma de decisiones y puesta en agenda de temas de importancia en materia de salud, no podemos dejar de dimensionar esta problemática. La misma que afecta solamente a personas con capacidad de gestar, especialmente a la de bajos ingresos socio económico, con la particularidad del carácter prevenible de la morbimortalidad que conlleva la realización de

---

<sup>3</sup> Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación hacia la Mujer.

<sup>4</sup> Centro de Estudios Legales y Sociales

un aborto inseguro. Vemos como una necesidad, responsabilidad y compromiso, desde nuestro rol en el sistema de salud público, generar acciones para poder garantizar el derecho a la interrupción del embarazo de todas las personas que así lo deseen. Respetando los estándares de calidad, accesibilidad, confidencialidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.

Asimismo, reconocemos la necesidad de aportar estadística en el tema, dada la escasez de información con la que contamos y conocer a través de datos locales nuestra realidad acerca del aborto, para continuar garantizando y mejorando los servicios de salud.

## **MÉTODO**

La metodología del presente trabajo es la Investigación Acción Participativa (IAP). Supone la simultaneidad del proceso de conocer y de intervenir, cuya finalidad última es la transformación de la situación-problema que afecta a las personas involucradas. Esta intervención social puede ser cierta forma de satisfacer una necesidad, resolver un problema o atender una demanda. La IAP siempre tiene una finalidad de acción: es un conocer para actuar transformadoramente (Ander-Egg E., 2003).

Utilizamos la observación participante para la recolección de datos cualitativos de todo el proceso de la investigación, a través de un registro de acontecimientos y acciones, impresiones, vivencias e interpretaciones que fuimos conformando en el transcurso de la observación. Generamos notas y documentos que también fueron insumos de informes de gestión semestrales que producimos desde el Programa de Salud Sexual en conjunto con el Programa de Epidemiología para compartir con el resto de los programas de la secretaría de salud y la Dirección de Atención Primaria y Programas Especiales.

Para la elaboración de los indicadores de resultados utilizamos como fuentes primarias de información el Sistema de Información de Salud de San Martín (SISSaM)<sup>5</sup> y base de datos de elaboración propia del Programa de Salud Sexual<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> SISSaM funciona desde el año 2015 para la dación de turnos. Permite el registro y estadística de prácticas y diagnósticos de todas las consultas.

<sup>6</sup> La base de datos de ILE del Programa Salud Sexual fue creada en el año 2017. Es una base de datos dinámica y con actualización permanentemente.

Del SISSaM recolectamos datos de la práctica “ILE” de los años 2016, 2017, 2018 y 2019, de todos los efectores municipales. Ver anexo 2.

A partir de la base de datos obtuvimos la información de las ILE derivadas a segundo nivel de atención, número de tratamientos entregados y resoluciones de derivaciones al programa desde el Sistema Único de Atención Telefónica en Salud (S.U.A.T.S.) de los años 2017, 2018 y 2019. Ver anexo 3.

## **RESULTADOS**

Con el inicio de la nueva gestión municipal en el año 2016, desde el programa de Salud Sexual, se propuso como una de las líneas priorizadas de trabajo la ILE.

Al comienzo, realizamos un diagnóstico de situación del abordaje de las personas con capacidad de gestar en situación de embarazo no deseado en el municipio para así poder elaborar acciones que den respuesta a esta problemática.

El mismo dio como resultado que los efectores que realizaban las ILE eran 6 CAPS, aunque la mayoría de ellos habían sido capacitados y sensibilizados en el tema por parte del programa de Salud Sexual municipal en el año 2015. Existían redes informales que permitían la circulación de las mujeres entre los distintos niveles de complejidad. El Hospital Municipal D. Thompson excepcionalmente realizaba ILE causal violación y no había un circuito armado respecto a la derivación a segundo nivel desde el programa. No se proveía del tratamiento para realizar la ILE ambulatoria. Los y las profesionales acudían, también por medio de redes informales, a organizaciones no gubernamentales, que ofrecían la medicación para el tratamiento. Se contaba con algunos turnos reservados para la realización de ecografías para la atención de la interrupción del embarazo en los dos hospitales locales y en el hospital municipal.

Con este primer diagnóstico nos propusimos trabajar en tres ejes:

- 1) Sensibilización y capacitación de equipos de salud y normatización de la práctica.
- 2) Redes para resolución de ILE tanto en primer como segundo nivel.
- 3) Provisión de insumo.

### **Sensibilización y capacitación de equipos de salud**

Luego de realizar el diagnóstico situacional en el que nos encontrábamos lo primero que hicimos fue volver a sensibilizar a todos los equipos de salud de los efectores que no realizaban ILE, con visitas programadas. Los contenidos de las mismas eran:

- Contexto epidemiológico e ILE como problema de salud pública
- Autonomía y derechos de las personas
- Accesibilidad
- Marco legal vigente en Argentina

La dinámica en todos los casos era una parte expositiva y luego debate y discusión. En ninguno de los casos trabajamos con un formato totalmente estructurado, por el contrario fuimos adaptando la modalidad de los encuentros a las necesidades, demandas y características de cada uno de los equipos.

Promovimos la participación de la mayor parte de los integrantes de cada equipo de salud: administrativos/as, profesionales, promotoras/es de salud, directores/as.

Una vez sensibilizado el equipo y con acuerdos para comenzar a realizar las ILE iniciamos las capacitaciones dirigidas, principalmente, a profesionales. Se priorizaron los contenidos correspondientes a la práctica clínica de la ILE, utilizando como bibliografía protocolos del Ministerio de Salud de la Nación y O.M.S.

Además, durante el año 2018 se promovió la participación de los profesionales en un curso sobre ILE dictado por el Programa de Salud Sexual de la Provincia de Buenos Aires.

Como resultado, todos los CAPS y hospitales locales fueron sensibilizados, mientras que la siguiente etapa, de capacitación en realización de ILE, se llevó a cabo en la totalidad de los CAPS y hospital Thompson y aún restan sin capacitar los hospitales locales.

### **Normatización de la práctica**

Paralelamente a la sensibilización y capacitación, elaboramos en conjunto con el Secretario de Salud, Subsecretario, Director de APS y Programas Especiales y Directora de APS un documento municipal que diera un marco teórico, lineamientos prácticos y respaldo político a las ILE que se realizaran en el municipio.

El mismo se redactó de acuerdo a lo normatizado por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y lo denominamos “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”. Fue presentado ante el equipo de directores/as de todos los efectores y luego dentro de todos los equipos de salud de los CAPS y hospitales locales y del Servicio de Obstetricia del Hospital Municipal D. Thompson.

### **Redes para resolución de ILE tanto en primer como segundo nivel**

La particularidad de esta problemática conlleva la necesidad de que las mujeres accedan a su resolución en forma temprana, rápida, y con una perspectiva de derechos y género. Por lo tanto fue fundamental el armado de redes para poder dar la mejor respuesta posible, considerando un contexto nacional y provincial adverso sumado a una realidad socioeconómica en progresivo deterioro.

Pactamos reuniones con los servicios de diagnósticos por imágenes del hospital municipal, los dos hospitales locales y uno de los hospitales provinciales que se encuentran en el municipio, para poder obtener o ampliar (según el caso) la oferta de turnos reservados o de atención de demanda espontánea para realización de ecografía, no sólo en forma precoz sino también con la empatía y cuidado que esta problemática amerita. Es así que conformamos un recusero municipal para realización de ecografías de urgencia tocoginecológicas en estos 4 efectores con disponibilidad en diferentes horarios y días de la semana, con la asignación de turnos programados desde los CAPS o en forma telefónica y también opciones de ecografía de demanda espontánea. Para una mayor accesibilidad se gestionó distintas franjas horarias de atención: mañana, tarde y tarde-noche, teniendo actualmente demoras máximas en turnos de 5 días.

Para realizar una consulta “amigable” donde la/el ecografista supiera que es una embarazo no deseado acordamos consignar el diagnóstico de la orden médica como “consejería pre” o “consejería post”. Asimismo, supervisamos periódicamente su correcto funcionamiento de las ecografías, actuando ante eventuales “reclamos” que pudieran surgir.

Una herramienta que facilitó la comunicación fue el armado de una página online de información para los equipos de salud, que contenga la última versión sobre recuseros, documentos, protocolos, bibliografía recomendada. Anteriormente, enviábamos por correo electrónico o vía grupo de whatsapp de Directores de CAPS y hospitales locales esta misma

información, pero en muchas oportunidades se perdía o confundía. Contar con un formato online permite sostener la actualización y poder encontrarla rápidamente, aunque también se sostengan las otras vías de contacto. En particular, las ofertas de estudios complementarios, como las ecografías para la ILE, van variando en función de recambio de profesionales, vacaciones, reestructuración de servicios, y requieren permanente chequeo. Asimismo, para esta temática como para los demás problemas abordados por la Dirección de Programas, hicimos énfasis en un apoyo matricial de ida y vuelta con las y los profesionales, remarcando que la identificación y notificación inmediata de problemas en los circuitos propuestos desde el programa es el único modo de mejora y superación. Poco a poco se fue construyendo la confianza necesaria por parte de los equipos para instalar una comunicación fluida y la solución de los problemas, cuando fuera posible, en los tiempos adecuados. En el caso de la ILE, a diferencia de otros problemas de salud, los días cuentan ya que las demoras van muchas veces en detrimento directo de un mejor resultado.

Se acordó, también, con el laboratorio de uno de los hospitales locales la posibilidad de realización de grupo y factor sanguíneo de demanda espontánea los cinco días de la semana, con entrega de resultado en 24 hs. en persona o por mail al efector.

Por otro lado, comenzamos reuniones periódicas con el servicio de obstetricia del Hospital Municipal D. Thompson para sensibilización y capacitación en ILE. En el año 2017 se conforma el Comité de Aborto en el hospital para poder evaluar desde allí las solicitudes de ILE que llegasen. Fue una fortaleza la conformación interdisciplinaria del comité, con la participación de la Jefa del Servicio de Trabajo Social, Jefe y Subjefe del Servicio de Obstetricia, Jefa del Departamento Materno infantil y una profesional del Servicio de Salud Mental. Como primera medida se redactó un acuerdo entre la Dirección de Atención Primaria y Programas Especiales y el Comité de Aborto del Hospital D. Thompson donde se explicitaba la modalidad de intervención y los causales que aceptaba dicho comité. Las causales aceptadas en ese momento fueron violación hasta las 14 semanas de edad gestacional (E.G.) y riesgo de vida para la mujer gestante o el feto. En los sucesivos encuentros mostramos la capacidad de resolución de ILE del primer nivel de atención, fortaleciendo la confianza técnica entre los CAPS y el Hospital, y la necesidad de un segundo nivel que responda ante casos que así lo requieran, y trabajamos profundamente sobre el marco legal vigente.

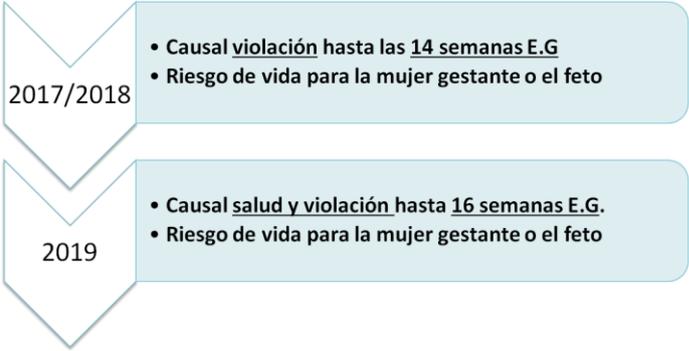
Se confeccionó un informe de solicitud de resolución de ILE en segundo nivel de atención, por lo que todos los casos que requirieran esta complejidad deberían ser remitidos a través de este informe al programa de Salud Sexual.

Asimismo, se estableció un circuito interno de derivación que se fue modificando según la coyuntura política del momento; durante 2017 y primer semestre del 2018, todos los casos de ILE causal violación hasta las 14 semanas E.G. los resolvía el hospital municipal y los ILE causal salud o violación mayor a 14 semanas se derivaban a la Región Sanitaria V, con respuesta aleatoria según el caso.

Desde el segundo semestre del 2018, la Región Sanitaria V disminuyó notoriamente la respuesta para derivaciones ILE.

Luego de varias reuniones, a principio de 2019 el comité de aborto del hospital municipal amplió los casos de resolución de ILE a causal salud y violación hasta 16 semanas E.G. en personas con domicilio de San Martín, con excepciones puntuales donde el Secretario o Subsecretario de Salud y el Director del Hospital autorizaron la atención de personas con domicilio por fuera del municipio.

*Resolución de las ILE en el Hospital Municipal D. Thompson durante los años 2017, 2018 y primer semestre 2019.*



De esta forma queda establecido el circuito de derivación a segundo nivel desde el primer nivel de atención, a través de un informe que llega al Programa Salud Sexual y de allí según la causal y la E.G. la derivación al hospital municipal, a uno de los hospitales provinciales, o al Programa Salud Sexual de la Provincia de Buenos Aires.

Asimismo, desde el Programa realizamos acompañamiento presencial y telefónico a todos los equipos de salud que así lo soliciten; tanto para dudas técnicas, derivaciones, interconsultas o refuerzo de capacitación en los CAPS.

Otra de las actividades que realizamos desde el año 2017 es la atención de mujeres que llaman al Servicio Único de Atención Telefónica en Salud (S.U.A.T.S.) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación solicitando ILE. Las mismas son derivadas desde la Secretaría de Salud de Nación a través de la Región Sanitaria V al municipio, y desde el programa nos contactamos telefónicamente con las personas para dar respuesta en forma rápida y oportuna. Posteriormente se notifica la resolución de cada caso.

### **Provisión de insumo**

A mitad del año 2017 iniciamos la adquisición de misoprostol por parte de la Secretaría de Salud del municipio. El requisito para la dación de este insumo fue, al inicio, la rendición del caso puntual mediante un informe por parte de los CAPS, con posibilidad de respuesta a un número pequeño de casos. Progresivamente durante 2018 y 2019 fuimos aumentando la cantidad de misoprostol disponible (siempre mediante financiamiento municipal) por lo que se proveyó de un pequeño stock a cada CAPS. El requisito para la entrega del tratamiento es que la persona manifieste no contar con los medios económicos para la compra de la medicación.

### **Indicadores de resultados**

1-Establecimientos de salud que realizan ILE ambulatoria

Tabla 1. Establecimientos de salud que realizan ILE ambulatoria, municipio Gral. San Martín, 2016, 2017, 2018 y primer semestre 2019.

Establecimientos de salud	Año			
	2016	2017	2018	2019
CAPS	10	12	17	15
Htal locales	No	No	No	No

Fuente: Elaboración propia a partir de datos provenientes del SISSaM y base de datos del Programa de salud Sexual.

Como mencionamos anteriormente, los dos hospitales locales no realizan ILE. Los CAPS que realizaban ILE fueron aumentando progresivamente hasta el año 2018, siendo 10, 12 y 17, en los años 2016, 2017 y 2018 respectivamente. El primer semestre del 2019 hubo 2 CAPS

que no registraron ILE. Ver tabla 1. Inferimos que esto se asocia a que uno de los CAPS estuvo cerrado por reformas y la atención la realizaron en otra institución provisoria, y en otro de los CAPS renunció una médica que era la única que garantizaba las ILE.

## 2- Cobertura de ILE

Para calcular la Cobertura de ILE definimos la población objetivo y la población bajo programa.

Población Objetivo: Mujeres en situación de ILE con cobertura pública exclusiva (CPE) residentes del partido de Gral. San Martín. Este número se calculó estimando el 40% de los nacidos vivos con CPE del partido de Gral. San Martín.

Población Bajo Programa: mujeres que consultaron por ILE con CPE residentes del municipio de Gral. San Martín.

Tabla 2. Cobertura personas en situación de ILE., municipio Gral. San Martín, 2016, 2017, 2018 y primer semestre 2019.

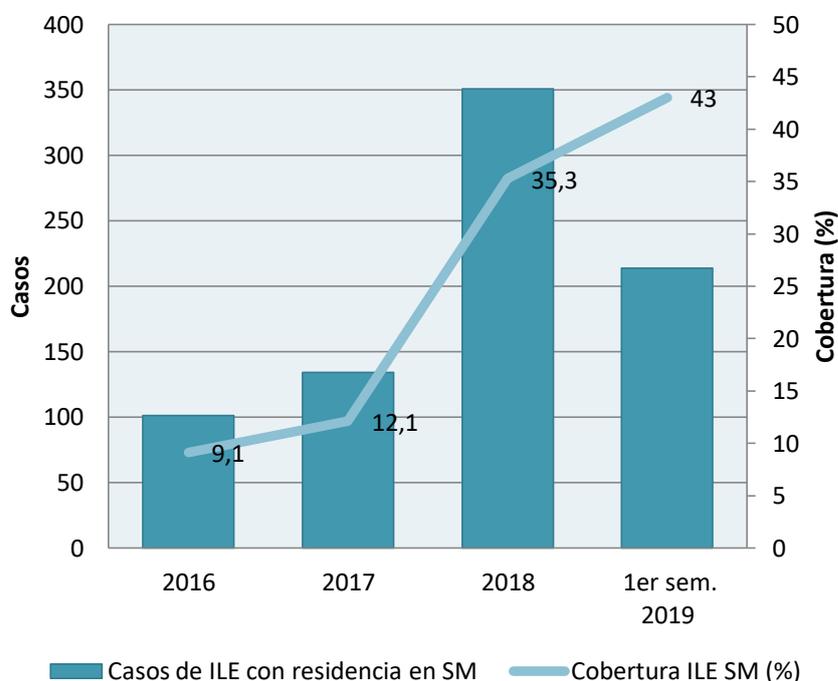
Año	Población Objetivo	Población total atendida	Población bajo programa	Cobertura
2016	1107	207	101	9.12%
2017	1107	345	134	12%
2018	995	659	351	35.27%
Primer Semestre 2019	995	416	214	No Aplica

Fuente: Elaboración propia a partir de datos provenientes del SISSaM.

Como se observa en la tabla 2, la cobertura de ILE fue aumentando anualmente siendo en el año 2016 9.12%, en el año 2017 12% y en el año 2018 35.27%. La población total atendida en el año 2016 fue 207, en 2017 345, en 2018 649 y durante el primer semestre del año 2019 416 personas.

Asimismo, la población bajo programa también aumento progresivamente durante todo el período valorado. Ver gráfico 1.

Gráfico 1. Cobertura de personas en situación de ILE y casos de ILE con residencia en SM (población bajo programa), municipio Gral. San Martín, años 2016, 2017, 2018 y primer semestre 2019.



### 3- Variación interanual de ILE

Tabla 2. Variación interanual de ILE, municipio Gral. San Martín, 2016, 2017, 2018 y primer semestre 2019.

Año	Población Total Atendida	Variación interanual
2016	207	No aplica
2017	345	66,77%
2018	659	91%
Primer Semestre 2019	416	No aplica

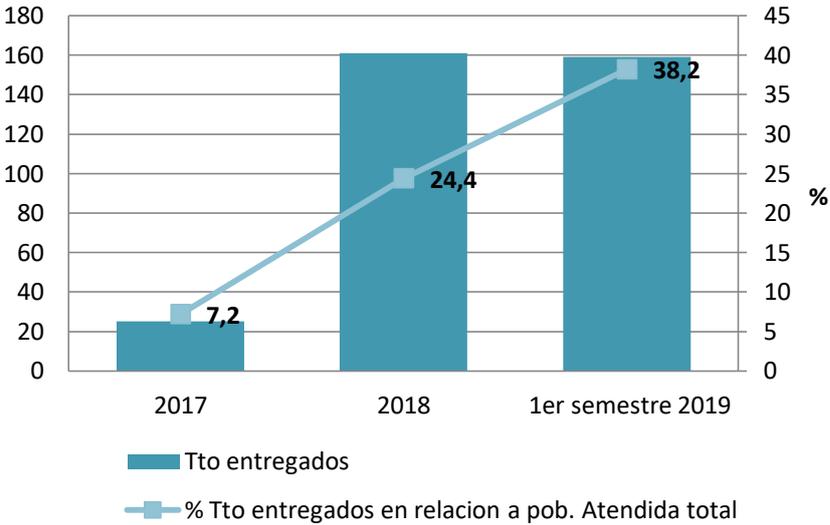
Fuente: Elaboración propia a partir de datos provenientes del SISSaM.

La variación interanual del total de ILE realizadas muestra un incremento progresivo, tabla 2. Entre los años 2016 y 2017 se observa un aumento del 66,7% y entre el 2017 y 2018, un 91%.

4- Insumos

Como mencionamos anteriormente, desde el año 2017 la secretaría de salud proveyó el misoprostol para todas las personas que requirieran ILE y no pudieran financiarla por sus propios medios.

Gráfico 2. Tratamientos de misoprostol entregados, municipio Gral. San Martín, 2016, 2017, 2018 y primer semestre 2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos del Programa de Salud Sexual de San Martín.

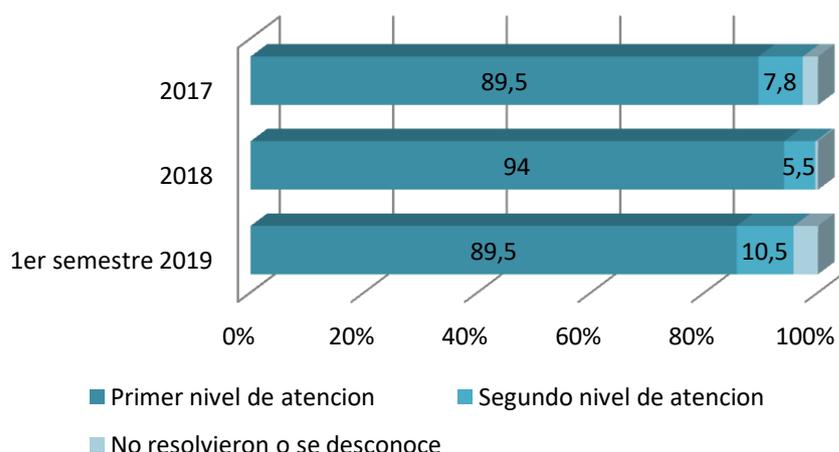
Como se observa en el grafico 2, se inició con la provisión del tratamiento para ILE en el año 2017. La cantidad de tratamientos entregados fueron 25, 161 y 159, en 2017, 2018 y primer semestre 2019 respectivamente. Del total de ILE realizadas en el año 2017 se proveyó el 7.24% de tratamientos, en el año 2018 el 24.4% y en el primer semestre del 2019 38.2%.

Cabe aclarar que desde que se inició con la entrega de misoprostol para ILE se pudo entregar el 100% de los tratamientos solicitados al programa.

## 5- Resolución de ILE según nivel de atención

La resolución de las ILE en el primer nivel de atención fue hasta la semana 13 de E.G. En caso de E.G. mayor a 13 o según consideración del equipo tratante o deseos de la persona solicitante, las mayor parte de las ILE pudieron ser resueltas en el segundo nivel de atención.

Gráfico 3. Resolución de las ILE según nivel de atención, municipio Gral. San Martín, 2017, 2018 y primer semestre 2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos del Programa de Salud Sexual de San Martín y del SISSaM.

No contamos con datos para el año 2016.

El porcentaje de resolución en el primer nivel de atención fue del 89.5%, 94% y 89.5% en el año 2017, 2018 y primer semestre del 2019 respectivamente.

Como se observa en el gráfico 3 la gran mayoría de las ILE fueron resueltas en el primer nivel de atención.

Podemos observar que durante todo el período valorado, no sólo aumentaron el número de consultas totales, sino que se fue diversificando la atención en cantidad de efectores que realizaron ILE en forma ambulatoria, más la incorporación del hospital municipal como efector que garantizó ILE en internación, ampliando las causales y la E.G.

## DISCUSIÓN

A medida que avanzamos con el proceso de sensibilización y capacitaciones a los equipos de salud, reconocimos que, pese a tener normativas o protocolos nacionales era necesario tener uno propio que diera respaldo a las intervenciones. Esto contribuyó a la redacción del mismo y una vez finalizado su presentación. A partir de la difusión del protocolo de ILE municipal, pudimos apreciar el aumento en la cantidad de profesionales que comenzaban a realizar las ILE, como se observa en los resultados de este trabajo: incremento del 23% en la cobertura de ILE entre el año 2017 y 2018, año en el que presentó el protocolo. Además, tanto profesionales como promotores/as de salud y administrativos/as nos manifestaron su mayor seguridad, confianza y aval al contar con dicho protocolo.

Por otro lado, podemos destacar que el contacto directo con cada uno de los equipos de salud a través de visitas en territorio, identificando problemas, obstáculos y fortalezas de cada uno, nos permitió adecuar las intervenciones a cada situación y realizar un seguimiento y acompañamiento individual de cada efector e incluso de profesionales, contribuyendo significativamente a la instalación de los dispositivos de abordaje de personas en situación de ILE.

Asimismo, podemos concluir que no alcanza con que el/la interlocutor/a entre la mesogestión y las microgestiones sea la máxima autoridad de los efectores, en nuestro caso los y las directores/as de los CAPS, sino que consideramos sumamente necesario el acercamiento y contacto directo con las personas que trabajan en las instituciones para así afianzar y consolidar los dispositivos de abordaje que involucre a todos/as o a la mayor parte de los/las integrantes de la institución, aportando cada uno/a desde su rol.

Creemos que esta forma de gestión, con el programa como apoyo matricial a equipos de salud, es lo que permitió consolidar los dispositivos de abordaje de personas con capacidad de gestar en situación de embarazo no deseado en casi la totalidad de efectores municipales, garantizando no solo este derecho sino que el mismo se efectúe bajo los estándares de calidad recomendados.

En relación a la articulación del Programa de Salud Sexual con el Servicio de Obstetricia del Hospital Municipal D. Thompson para la aplicación del marco legal vigente, reconocemos la importancia de generar encuentros que favorezcan el diálogo y la sensibilización en la problemática, generando acuerdos, aceptando críticas y modificando prácticas. La

devolución de la información de la resolución de las ILE en el primer nivel de atención, el acercamiento de los equipos del primer nivel de atención para conversar directamente con autoridades del hospital para conocer el seguimiento de casos particulares, logró consolidar un vínculo de confianza y convertir al hospital municipal, el hospital provincial y los CAPS en aliados en la atención de las mujeres por esta problemática, rompiendo con la tradicional rivalidad y desconfianza entre el centro de salud y el hospital. Implicó una predisposición continua y permanente para la resolución de conflictos, dando respuesta presencial o telefónica ante cualquier problemática que pudiera surgir.

Una fortaleza para el programa de Salud Sexual fue asumir la realidad dinámica y cambiante en la que nos encontramos, que nos desafía a pensar y repensar siempre nuevas estrategias. Como ejemplo, la respuesta para derivaciones a hospitales provinciales gestionada desde el Programa de Salud Sexual de la Región Sanitaria V y el de la Provincia de Buenos Aires fue alternante a lo largo de todo el período de evaluación de este trabajo. Desde el año 2018 esta respuesta se fue aminorando, contando prácticamente solo con los contactos personales e informales para realizar las derivaciones a segundo nivel provincial. Sin embargo, desde la Secretaría de Salud pudimos dar respuesta a todas las ILE derivadas a través del S.U.A.T.S., referenciándolas en forma rápida y oportuna al efector correspondiente por área programática.

Analizando los indicadores de resultados podemos concluir que durante el período investigado tanto la población total atendida, la población bajo programa y la cobertura de ILE aumentaron. Esto refleja que el aumento de la cantidad de dispositivos de atención de las ILE en todo el municipio se tradujo también en mayor accesibilidad de las personas para dicha práctica, tanto del municipio de Gral. San Martín como de otras zonas del conurbano. Es meritorio destacar que la población total atendida duplicó la población bajo programa durante todo el período valorado, lo que implica que no solo se atendió a personas residentes de San Martín con cobertura pública exclusiva sino que también -y en igual cantidad- a personas de otros municipios y con obra social o prepaga.

Asimismo, no hubo distinción para la entrega de tratamientos en cuanto a lugar de residencia o tipo de cobertura de salud. La cantidad de tratamientos entregados y el

porcentaje respecto al total de población atendida fue aumentando exponencialmente durante el transcurso de los años considerados, al igual que el resto de los indicadores analizados.

La provisión de misoprostol contribuyó a aumentar la accesibilidad y garantizar desde el Estado la ILE, así como fortalecer a los equipos de salud.

## **PROPUESTAS**

Completar la totalidad de CAPS con equipos capaces de realizar la ILE e incorporar los dos hospitales locales. Incluso, instalar un consultorio interdisciplinario para realización de AMEU en uno de estos hospitales locales.

Ampliar las redes para el abordaje de mayor complejidad, como ser la incorporación del segundo hospital provincial con que se encuentra dentro del Municipio, así como incorporar formalmente los posibles efectores de CABA.

Generar indicadores que midan calidad de atención en las ILE como ser:

- porcentaje de mujeres que regresan para el seguimiento post aborto
- porcentaje de mujeres que se encuentran con un método anticonceptivo de larga duración un año post aborto

Sería muy enriquecedor sumar a nuestras bases de datos, y por lo tanto a nuestros indicadores, parámetros similares y comparables de otros municipios, de modo de poder afianzar a nuestros equipos de salud en sus prácticas.

Partiendo de la hipótesis de que nuestra población comparte muchas características que la llevan a la situación de solicitar una ILE, sería importante recabar las buenas prácticas implementadas en aquellos municipios que estén logrando los mejores resultados. Asumimos que la mayoría de las estrategias y dispositivos exitosos son los que se adaptan a cada lugar y consideran capacidades, oportunidades y posibilidades tanto de cada equipo de salud como de cada población, donde cada uno y una pueda considerarse parte tanto del armado y discusión como de la implementación.

Finalmente, sería de sumo interés una exploración cualitativa para relevar por un lado las percepciones de los integrantes de los equipos de salud cuando asumen el abordaje de las ILE, y, por otro lado, las de las y los usuarias/os de nuestro sistema de salud tanto al ser atendidas/os por nuestros equipos como durante todo el recorrido previo a entrar en contacto con el sistema de salud. Presumimos que el producto de esta investigación arrojaría luz sobre diversos aspectos que hoy funcionan como obstáculos para obtener mejores resultados, así como para identificar potenciales aspectos para aumentar la calidad de atención.

## BIBLIOGRAFÍA

Ander-Egg, E. 2003. *Repensando la Investigación-Acción Participativa*. Grupo editorial Lumen Hvmánitas.

Brisnikoff J. y col. 2018 *El derecho a decidir: un camino del barrio al sistema de salud*. San Martín, Buenos Aires.

CEDES, ELA, REDAAS. *Las Cifras del Aborto en la Argentina*.

CELS. 2014. *Aportes del CELS a los debates legislativos sobre derechos sexuales y reproductivos*.

Chorny, A. 1998. *Planificación en salud: Viejas ideas en nuevos ropajes*. Cuadernos Médicos Sociales, 73, 5-30.

Di Virgilio, M. Solano, R. 2006. *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales*. 1a ed. Buenos Aires: Fundación CIPPEC.

Fernández Arroyo, N. y Schejtman, L. 2012. *Planificación de políticas, programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: CIPPEC y UNICEF.

Mario S. y Pantelides E. 2015. *Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina*. Revista Notas de Población N°87. CELADE CEPAL. Santiago de Chile.

Ministerio de Salud de la Nación. 2015. *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*.

Romero, G. E. y Salazar D. 2006. *Planificación. ¿Éxito Gerencial?* Multiciencias.

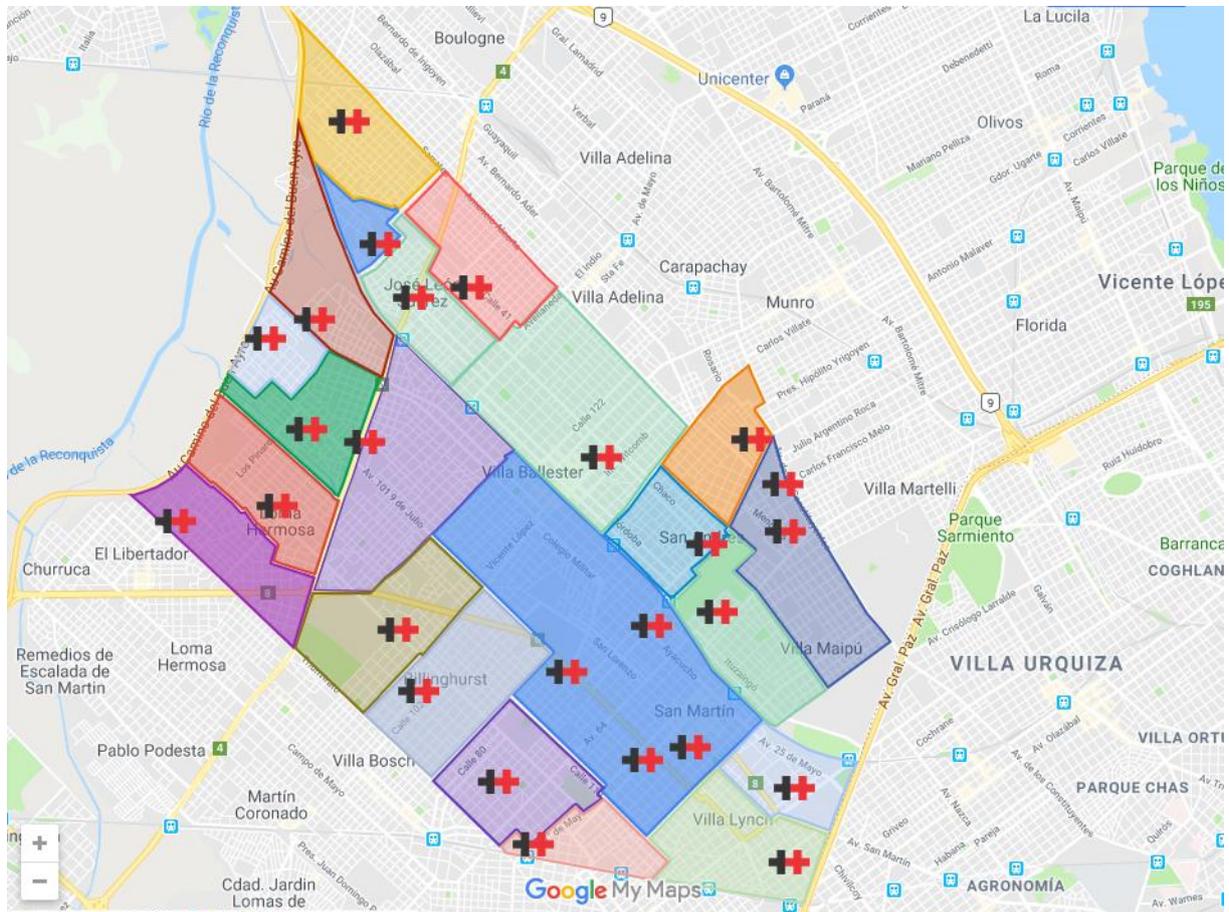
Testa, M. 2009. *Tendencias en planificación, En Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar editorial.

<https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>

## ANEXOS

### Anexo 1

Mapa del municipio de Gral. San Martín, municipios limítrofes y referencia de los CAPS y hospitales locales con sus áreas programáticas delimitadas.



## Anexo 2

### Sistema de Información de Salud de San Martín (SSISaM)

## Anexo 3

### Base de datos del Programa de Salud Sexual de San Martín

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
67	7 de mayo	caps 10	plachetko	Reinoso Marisela	26553958	40	salud	11				
68	24 de mayo	caps 4	agote									
69	22 de junio	caps 10	plachetko sanona	carreira Andrea	27431850	39	violacion	14.5				
70	25 de junio	caps 15	Diszel Alejandro	veron maria	41433523	19	salud	14				
71	29 de junio	caps 6	spataro patricia	basualdo vanesa	40781755	20	salud	17				
72	26 de julio	caps 9	pasamonik	cortez antonella	43384332	21	violacion	15.6				
73	26 de julio	caps 4	krol manuel	martinez abril		18	salud	13.4				
74	27 de julio	caps 10	molina/algranatti	sosa lujan	40077263	21	violacion	11				
75	30 de julio	caps 21	jehsen	Diaz Susana	28216008	38	salud (C4)	10				
76	30 de julio	caps 9	pasamonik	ibarra Debora	30795493	34	violacion	16				
77	23 de agosto	caps 9	pasamonik	daga natalia	40389621	21	violacion	14.5				
78	23 de agosto	caps 16	davezac/pignolino/dello	aruojan micaela	35983678	27	salud	16.5				
79	18 de sept	caps 7	marquinez gobby	lacudra milagros	38057465	24	salud	13.2				
80	17 de oct	caps 7	marquinez gobby	gutierrez gisella	32250715	32	salud	13.4				
81	18 de oct	caps 9	pasamonik	Moreira Daniela	38638083	23	violacion	16				
82	24 de oct	caps 13		L'opez Sabrina		34	salud	17.4				
83	26 de oct	caps 7	Marquinez gobby	Alderete Brisa	44559959	15	salud	16				
84	9 de nov	caps 4	vence guadalupe	gimenez camila	42094557	20	salud	16				
85	14 de nov	caps 10	plachetko/algranatti	Saller Melani	40551827	21	violencia	12				
86	20 de nov	caps 3	arin/sanchez	mimedo marina	28155055	37	salud	12				
87	27 de nov	caps 10	santapola algranati	galano estefania	33058329	31	salud	8.3				
88	30 de nov	caps 6	shab spataro	monzon perla	32487622	33	salud	13				
89	3 de dic	caps 16	davezac/pignolino/dello	gonzales florencia	37597527	28	violacion	20				
90	5 de dic	caps 3	arin morena	ovando ludmila	44889883	15	violacion	8				
91	10 de dic	caps 21	jehsen	gabur lilliana	31003327	34	salud	15				
92	11-de	caps 16	de lio/pignolino	Arguello ignacia	94566261	41	salud	11.6				
93	17-dic	caps 10	gomree/plachetko	urquizu alma	30923373	34	salud	13.4				
94	28-dic	caps 16	pignolino	Gabriela Alejandra Puente	32385082	32	salud	13.5				
95	4.1.19	caps 9	pasamonik	Ponteprino, Yanet	39.890.427	23	violacion	18.1				

