

“¡A LA CLANDESTINIDAD NO VOLVEREMOS NUNCA MÁS!”
IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 27610 DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN
LA U.S. FLORENCIO MOLINA CAMPOS

Autores:

- Agüero, Paola G. DNI 28.210.115. Residente 3° año.
- Carreño Yesica S. DNI 39.335.333. Residente 1° año
- Lezcano, Carla V. DNI 26.568.234. Residente 4° año.
- Mariscotti, Mariana A. DNI 37.121.627. Residente 4° año.
- Peluffo, Natalia N. DNI 32.993.311. Residente 3° año.

Institución: Unidad Sanitaria Molina Campos. Juana de Ibarbourou 9579, Cuartel V, Moreno, Provincia de Buenos Aires. CP: 1744

Teléfono: 0237-501-1425

Mail: resimedgeneralmolinacampos@gmail.com

Fecha de realización del trabajo: primer semestre de 2022.

Trabajo de investigación con enfoque cuantitativo, descriptivo observacional, retrospectivo.

Trabajo inédito.

Categoría Clínica ampliada/Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado (s-e-c).

El equipo de investigación lo conformamos 5 residentes de medicina general de diferentes años de la U.S. Molina Campos, la coordinadora de docencia de la residencia de medicina general y la directora de nuestro centro de salud se encargaron de supervisar nuestro trabajo.

“¡A LA CLANDESTINIDAD NO VOLVEREMOS NUNCA MÁS!” IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 27610 DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LA U.S. MOLINA CAMPOS
AGÜERO, Paola G; CARREÑO, Yesica S; LEZCANO, Carla V; MARISCOTTI, Mariana A; PELUFFO, Natalia N.
Unidad Sanitaria Molina Campos Juana de Ibarbourou 9579, Cuartel V, Moreno, Provincia de Buenos Aires resimedgeneralmolinacampos@gmail.com
Trabajo de investigación con enfoque cuantitativo
Clínica ampliada/Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado (s-e-c)
Trabajo inédito
Se estima que ocurrían, previo a la ley 26710 de IVE, entre 6 y 7 abortos cada 10 partos, siendo la consecuencia más dramática la muerte por intentar interrumpir un embarazo no deseado a través de prácticas inseguras. Este trabajo busca determinar qué impacto tuvo la implementación de la ley en las personas con capacidad de gestar que se atendieron entre 2020-2021 en la U.S. Molina Campos, en comparación con el marco de la legislación anterior. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizó la base de datos cargados en un archivo Excel y las historias clínicas de personas con capacidad gestante que solicitaron una interrupción de embarazo. Resultados: 201 historias clínicas evaluadas en el período 2020-2021, 69 en 2020 y 132 en 2021. Edad promedio de 27,5 años, en su mayoría de primer trimestre y con 2 o más gestas previas. El 62% en 2020 y 55% en 2021 no concurrieron a control postevento, entre las que si tuvieron control, el ACO fue el MAC más elegido en ambos años. Discusión y conclusiones: La ley permitió garantizar la cobertura a todas las personas con capacidad gestante que transitan por estos procesos. Observamos un súbito aumento en las prácticas, denotando mayor accesibilidad a las interrupciones. Sin embargo, el control médico posterior a la ILE/IVE fue bajo, siendo poco significativo el cambio ante la implementación de la ley. Propuestas: Mejorar los controles postevento, entrega inmediata de MAC. Propiciar talleres de planificación familiar de manera descentralizada. Conformación de redes.

INTRODUCCIÓN

En la vida de las personas con capacidad de gestar el aborto es un evento más frecuente de lo que se piensa. En nuestro país se estima que ocurrían, previo a la ley 26710 de IVE, entre 6 y 7 abortos cada 10 partos, siendo la consecuencia más dramática que numerosas personas mueran en el intento de terminar un embarazo no deseado a través de prácticas inseguras, debido a que no estaban incluidas en el marco normativo de causales dentro del sistema de salud.¹

Se estima que entre 4.7% y 13.2% de las defunciones maternas a nivel mundial se deben a abortos inseguros, es decir, que aproximadamente 22800 mujeres mueren cada año debido a complicaciones de estos. Casi todas estas muertes ocurren en los países en desarrollo. En Latinoamérica, alrededor de 6900 mujeres mueren por causas relacionadas a este tipo de prácticas, lo que representa el 9.9% del total de muertes maternas.²

Por estas razones, la ampliación del acceso al aborto seguro que el nuevo marco normativo establece es una ventana de oportunidad para mejorar los indicadores de morbilidad y mortalidad materna, así como para reducir las inequidades en el acceso a prestaciones de salud sexual y reproductiva dado que todas las jurisdicciones del país deben adecuar sus políticas sanitarias y la organización de los servicios para cumplir con lo establecido por la Ley 27.610 de Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y atención postaborto. La consulta por IVE, además, constituye una oportunidad para acompañar otras situaciones, como las de violencia, muchas veces invisibilizadas.

Con el fin de mejorar la calidad de la atención con relación a la temática, para monitoreo y evaluación de la política de acceso a la IVE y para continuar garantizando derechos de las personas con capacidad de gestar, de acuerdo a la ley antes mencionada, se realizó una descripción de las características de las IVE del año 2021 en comparación con las Interrupciones Legales de Embarazos (ILE) del año 2020 contemplando las diferentes legislaciones.

IDENTIFICACIÓN, DELIMITACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Luego de la implementación de la Ley de IVE, se reorganizó el servicio que previamente recibía ILE y se trabajó, desde sus inicios, a través de múltiples capacitaciones y sensibilizaciones, con el objetivo de contar con la mayor cantidad de personal preparado para conformar un grupo de trabajo que pueda dar respuesta dentro de los tiempos establecidos por la ley y facilitar el acceso ante el posible aumento de la demanda.

El equipo inicialmente estaba conformado por las integrantes de la residencia de Medicina General y dos administrativas, luego de la reglamentación de la ley se sumaron una psicóloga y una enfermera de la Unidad Sanitaria (U.S.) Molina Campos.

Esta se encuentra ubicada en la calle Juana de Ibarbourou esquina Portugal, en Cuartel V, partido de Moreno, situada dentro del 3er cordón del conurbano de la provincia de Buenos Aires, con una población en constante crecimiento. Se encuentra sobre un área periurbana, cuya población se caracteriza por poseer un nivel económico de bajos recursos, altas tasas de inmigración y necesidades básicas insatisfechas.

Se recibió orientación, folletería e insumos desde el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del partido de Moreno. Además, se introdujo a la práctica una historia clínica específica y se armó un circuito dedicado al seguimiento de estos casos.

Se estima que, en la Argentina en el año 2020, se realizaron aproximadamente entre 370.000 y 522.000 interrupciones de embarazos. Estas cifras son estimativas, pero con un margen de imprecisión visto que, por tratarse de una práctica mayormente clandestina, no se dispone de información precisa. La única información oficial disponible sobre los abortos que se realizaron en nuestro país es el número de hospitalizaciones ocurridas en los establecimientos públicos debidas a complicaciones relacionadas con abortos. La muerte por aborto inseguro esta entre las primeras causas de muerte materna, registrándose en el año 2019 el 13,2% del total de defunciones maternas y en el 2020, el 10,4%³. Se encuentran pendientes los datos correspondientes al año 2021.

Según estimaciones, en la provincia de Buenos Aires se realizaron 14330 ILE en 2020.⁴ En el municipio de Moreno, se registraron 1206 ILE.⁵ A partir del inicio de la nueva normativa, se pudo obtener un registro de estas prácticas durante el año 2021, de la cual se evidencia que la cantidad de IVE/ILE realizadas a nivel nacional fue de 64164, a nivel provincial fue de 26500 y en Moreno se realizaron 2066 interrupciones voluntarias de embarazos.^{5, 6}

En nuestra Unidad Sanitaria, durante todo el 2020 se realizaron 69 ILE, mientras que, en 2021, ya con la nueva legislación, se realizaron 132 IVE.

Este trabajo pretende llevar a cabo una comparación entre ambas legislaciones para evaluar el impacto de la legalización del aborto en la población de personas con capacidad de gestar que consultaron en la U.S. Molina Campos entre los años 2020 y 2021 y si hubo alguna modificación con respecto a las características de dicha población.

OBJETIVOS

General:

Determinar qué impacto tuvo la implementación de la ley 27610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo en las personas con capacidad de gestar que se atendieron durante el año 2021 en la U.S. Molina Campos en comparación con el año 2020, donde estaba vigente el artículo 86 del Código Penal Argentino ratificado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación a través del fallo F.A.L, en la cual se especificaban los causales por las cuales el aborto no era punible.

Específicos:

- Observar si la implementación de la ley aumentó la cantidad de interrupciones de embarazos en comparación con la legislación anterior.

- Determinar si se modificó el grupo etario, edad gestacional y paridad previa de las personas con capacidad de gestar que acudieron solicitando IVE durante el periodo 2021 en comparación al 2020.

- Observar si contaban con método anticonceptivo al momento de la concepción.

- Analizar cuántas personas con capacidad de gestar que realizaron ILE/IVE se acercaron a cerrar historia clínica posterior al evento, y de éstas, cuántas solicitaron MAC.

MARCO TEÓRICO

El 30 de diciembre de 2020 fue sancionada en el Congreso de la Nación la Ley Nacional N° 27.610: "Derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)", la cual se inscribe dentro del ordenamiento jurídico argentino.⁷ Se reemplaza el sistema de causales establecido en el Código Penal desde 1921, al reconocer el derecho de las personas gestantes

a interrumpir de forma voluntaria su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional. Fuera de este, se accede a la interrupción legal del embarazo (ILE), si el mismo fuera resultado de una violación o si estuviera en peligro/riesgo la vida o la salud de la persona gestante y atención postaborto en los servicios de salud.¹

Conforme a esta ley, las personas con capacidad de gestar tienen derecho a: decidir la interrupción del embarazo, requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo y postaborto en los servicios de salud, independientemente de cuáles sean las condiciones en las que la persona gestante haya decidido la interrupción del embarazo, prevenir los embarazos no deseado mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces. Fuera del plazo mencionado, será legal la interrupción practicada con el consentimiento de la persona que solicita el mismo y la correspondiente acreditación de causales realizada por el personal de salud. Las causales que contempla la normativa son: violación, peligro/riesgo para la salud o para la vida. Estas tienen idéntica jerarquía legal. La certificación de causales es el instrumento que le permite al equipo de salud acreditar la práctica como una Interrupción Legal del Embarazo (ILE).

Este hecho logra una ampliación de derechos de las personas con capacidad de gestar; propone un modelo de atención integral y de cuidados de la salud contemplando el principio ético de autonomía de las personas para decidir sobre su cuerpo. Además de poder ampliar la accesibilidad de las usuarias a prácticas seguras, para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el acceso universal a la salud implica que todas las personas y comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad; la ley 27610 aboca justamente contemplar el acceso a prácticas seguras como un derecho de todas las usuarias.⁸

MATERIALES Y MÉTODOS

Realizamos un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizó la base de datos cargados en un archivo Excel y las historias clínicas de 201 personas con capacidad gestante que solicitaron turno para interrupción de embarazo entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2021 en la U.S. Molina Campos. Se identificó que la totalidad de las personas gestantes que acudieron se autopercebieron como mujeres cis.

Criterios de inclusión: personas con capacidad gestante que solicitaron turno para interrupción de embarazo durante los años 2020 y 2021 en la U.S. Molina Campos.

Criterios de exclusión: personas con capacidad de gestar que solicitaron turno para asesoría de ILE antes del 1 de enero de 2020 y para IVE posterior al 31 de diciembre de 2021.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los datos contenidos en el presente trabajo constituyen una descripción estadística de servicios de salud obtenidos de fuentes primarias. Se respetó la Ley Nacional de Secreto Estadístico N° 17622/68 con su Decreto reglamentario 3110/70 y la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud N°26529 que establece la confidencialidad de los datos y de la identidad de las personas que aparecen en dichas fuentes de información. Para respetar la identidad de las usuarias se trabajó con una base de datos codificada.

RESULTADOS

De las 201 historias clínicas (HC) evaluadas en el periodo del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2021, se obtuvo que 69 HC corresponden a ILE realizadas en el año 2020. Durante el año 2021 se obtuvieron 132 consultas de interrupciones de embarazo (Gráfico 1). De estas últimas, 11 realizaron ILE debido a que la consulta fue previa a la implementación de la Ley 27610 en la U.S. (enero 2021), 1 (0.7%) realizó ILE por presentar edad gestacional de 16 semanas y 120, llevaron a cabo IVE.

En relación con la edad de las personas al momento de solicitar la interrupción, se observó un amplio rango etario (13 a 45 años). Sin embargo, la mayoría se encontraban en 27,5 años de promedio. Esta similitud puede observarse en todo el periodo seleccionado. Cabe destacar que 2 personas eran menores de 16 años; y 4 pertenecían al rango etario mayor a 40 años (Gráfico 2).

Dentro de las edades gestacionales al momento de la interrupción, se evidenció que el 94,5% (190) de las personas consultaron hasta la semana 12,6 de gestación, 88,4% (61) en el 2020 y 97,7% (129) en el 2021. Solo 11 usuarias realizaron una interrupción posterior a la semana 12,6, de las cuales en 2020 sólo 5 superaban la semana 15 de gestación (7,2%) y en 2021 solo 1 (0,7%), siendo la máxima edad gestacional recibida de 16 semanas.

Con respecto a la paridad previa de las usuarias solicitantes, 34 eran nuligestas (9 en 2020, 25 en 2021), en cambio 46 tenían una gesta previa (15 en 2020 y 31 en 2021), y 121 ya tenían 2 o más gestas al momento del procedimiento (45 y 76 en 2020 y 2021,

respectivamente)

Durante el 2020 las que tenían edad gestacional hasta 12 semanas y en 2021 con edad gestacional hasta de 12.6 semanas, realizaron el tratamiento ambulatorio con Misoprostol.

En cuanto a uso de MAC previo a la interrupción, 74 mujeres no utilizaban ningún método anticonceptivo en la sumatoria total de los dos años, (21 correspondiente al 30% en 2020 del total y 40% en 2021 correspondiendo a 53 mujeres), el motivo principal para la no utilización de MAC fue una decisión de pareja, 12 en 2020 y 26 en 2021 (57.1% en 2020 y 49% en 2021), seguido por 7 en 2020 (33.3%) por causa de deseo masculino y 13 en 2021 (24.5%) por dificultad en el acceso al método. De las que sí tenían MAC, contamos con un total de 48 usuarias en 2020 y 79 en 2021, de las cuales 16 usaban ACO en 2020 y 31 en 2021 (33.3% en 2020 y 39% en 2021), 6 usaban ACI en 2020 y 10 en 2021 (12.5% en 2020 y 13% en 2021), 1 usaba implante subdérmico (ISD) (0.7% en 2021), 1 tenían colocado un dispositivo intrauterino (DIU) (0.7% en 2021) y 61 usuarias usaban preservativo como único método anticonceptivo (26 en 2020 y 35 en 2021), correspondiendo a 54% y 44% respectivamente del total de usuarias.

Respecto a la anticoncepción post evento obstétrico (AIPE); de las 201 usuarias que realizaron el procedimiento, 116 (62% en 2020 (n 43) y 55% en 2021 (n 73)) no concurren al control posterior a la interrupción por lo cual no cerraron HC, solo en 2020 4 mujeres decidieron continuar con el embarazo (Gráfico 3). Las 81 restantes (32% en 2020 (n 22) y 45% en 2021 (n 59)) comenzaron con un MAC, siendo los métodos de corta duración los más elegidos: ACO 7 en 2020 (32%) y 31 en 2021 (53%), ACI mensual 5 (23%) en 2020 y 10 (17%) en 2021, AMPD solo fue elegida por una persona en 2020 (5%) y preservativo 4 en 2021 (7%). En relación a los métodos anticonceptivos de larga duración (LARCs), en el año 2020, se colocaron 5 DIU (23%) y 3 (14%), ISD. Y, en el 2021 se realizó la colocación de 12 (20%) DIU, y 2 (3%) ISD. Se gestionó 1 turno (1,6%) para Ligaduras Tubarias en 2021, y en 2020 ninguno (Gráfico 4).

DISCUSIÓN

Conforme a los datos expuestos, es que observamos la disparidad en la cantidad de ILE e IVE entre los periodos evaluados, siendo la misma significativa debido a que luego de la implementación de la ley se vio un súbito aumento en las prácticas, esto nos lleva a reflexionar sobre la necesidad del fortalecimiento de los equipos de los centros de salud como garantes

de derechos. En base a esta reflexión es que se generó la posibilidad de formar un equipo interdisciplinario, con una mirada integral y amplia del concepto de salud.

La sanción de la ley permitió garantizar la cobertura a todas las personas con capacidad de gestar que transitan por estos procesos, el aumento del número de intervenciones nos habilita a suponer una franca mejoría en el acceso a esta prestación de salud.

Por otro lado, la mayor parte de las mujeres consultó antes de la semana 12.6 de gestación, siendo solo 11 posteriores a 13 semanas, pudiendo evidenciar la mejora en la precocidad de la primera consulta, representando esto, embarazos de bajo riesgo y permitiendo efectuar los procedimientos de manera ambulatoria. Estas situaciones que se resolvieron en la U.S., podrían considerarse como indicadores de accesibilidad y de buena calidad en el proceso de atención.

Con relación al rango etario de las personas con capacidad de gestar que realizaron estos procedimientos no hubo diferencias significativas en ambos periodos, pudiéndose obtener un promedio de 27,5 años de edad de las usuarias.

Con respecto a la paridad previa de las personas solicitantes del ILE/IVE, se vio que el mayor porcentaje se encontraba con 2 o más gestas previas, representando el 60,1%.

En cuanto a MAC previo, fue mayor el porcentaje de mujeres que lo utilizaban en 2020 que en 2021, siendo el preservativo el más elegido. La razón por la que decidieron no utilizar MAC fue por acuerdo de la pareja en su mayoría.

El control médico posterior a la ILE/IVE fue bajo, representando el mismo 32% en 2020, y 45% en 2021, siendo poco significativo el cambio ante la implementación de la ley, y encontrando un amplio campo de acción futura en este terreno. A pesar del bajo porcentaje de controles post eventos, podemos observar que la totalidad de las mujeres que concurrieron al control, llevaron MAC, siendo el de mayor elección el ACO en ambos años.

CONCLUSIONES

A partir de lo antes expuesto, se puede observar que en el año 2021 se duplicaron las consultas para asesoría en IVE/ILE en comparación al año 2020. Como análisis poblacional de ambas cohortes no surgieron diferencias significativas con lo cual se puede decir que la ley mejoró el acceso y esas interrupciones habrían sido realizadas en la clandestinidad con la legislación anterior. La implementación de la Ley pareciera haber otorgado mayor visibilidad

a los derechos de las personas con capacidad de gestar e igualado las posibilidades de estas a hacer uso de su derecho sin importar su nivel socioeconómico, disminuyendo los riesgos que conllevaba el aborto clandestino. Sumado a esto, el aumento de la cantidad de equipos y unidades sanitarias que realizan IVE/ILE favoreció el acercamiento de los servicios de salud a la población, rompiendo barreras geográficas y económicas, aunque aún contamos con ciertas barreras culturales, religiosas, entre otras.

Esta nueva accesibilidad garantiza derechos a las personas gestantes, evitando ser violentadas por el sistema de salud, permitiendo respetar la decisión de las mismas, eludiendo de este modo poner en peligro su salud y hasta su vida. Gracias a esta ley se logró desterrar la clandestinidad y como consecuencia impedir continuar con maternidades forzadas y los efectos que acarrea esto.

Debido al bajo porcentaje de controles post evento, es importante, proseguir con la implementación de guías y recomendaciones para el mejoramiento de la atención post interrupción, la sensibilización y actualización de los equipos intervinientes, con el objetivo de brindar la mejor calidad de atención posible.

La AIPE tiene mayor efectividad cuando es brindada previo al final de la consulta, la misma es una estrategia reconocida y necesaria para prevenir nuevos embarazos no deseados. Este permite el acceso a servicios de planificación familiar, así como la atención de otras problemáticas de salud integral de las mujeres. La atención durante y después de la ILE/IVE debe incluir de forma sistemática una consejería minuciosa sobre MAC.

PROPUESTAS

A pesar de la implementación de la Ley 27.610, es indispensable mejorar las prácticas y destrezas, la sensibilización y capacitación de los equipos, que permita revertir posturas ideológicas, prácticas, y diseñar nuevas estrategias de atención.

La conformación de redes, la construcción conjunta con los distintos sectores del subsector público, del mapa de actores que inciden y articulan localmente en la temática, nos permitirá la realización de intervenciones futuras para implementar talleres de planificación familiar de forma descentralizada y sistemática en las instituciones sociales pertenecientes al área programática de la U.S., con proporción de MAC de forma inmediata, efectivizando el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, y evitando así la exposición a futuros embarazos no deseados.

En el caso de las usuarias que accedan a la consulta de interrupción se les brindará el método anticonceptivo desde la primera consulta, a elección de las pacientes, preferentemente LARCs.

BIBLIOGRAFIA

1. GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES En el marco de la Ley Nacional Nº 27.610. Disponible en [Guía de Implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en la Provincia de Buenos Aires](#)
2. DNSSyR (2021). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en [protocolo - para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo](#)
3. DEIS (2022). Estadísticas vitales. Información básica, año 2020. Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en [Estadísticas vitales – Argentina Año 2020](#)
4. Informe de Gestión. Acceso a la interrupción del embarazo en la Provincia de Buenos Aires. Año 2020. Disponible en [Informe-anual-2020-ILE.pdf](#)
5. Informe anual ILE/IVE 2020-2021. Programa de Salud Sexual Integral, Secretaria de Salud. Municipio XX.
6. ImplementAR IVE-ILE - Ley 27.610 INFORME ANUAL 2021. Disponible en [ImplementAR IVE-ILE](#)
7. MJyDH (2021). Ley 27610. Disponible en [InfoLEG - Ministerio de Justicia y Derechos Humanos - Argentina](#)
8. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>

ANEXO

Gráfico 1

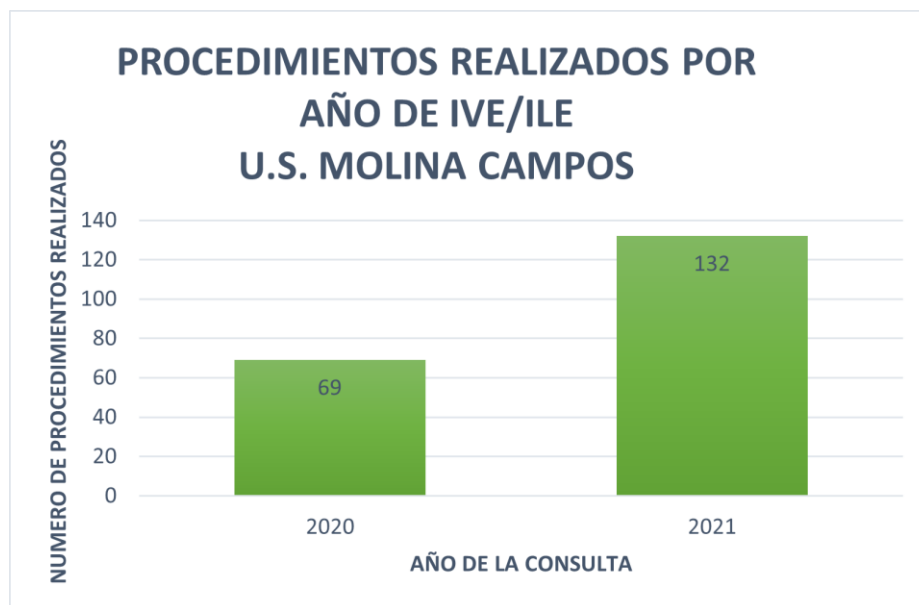


Gráfico 2

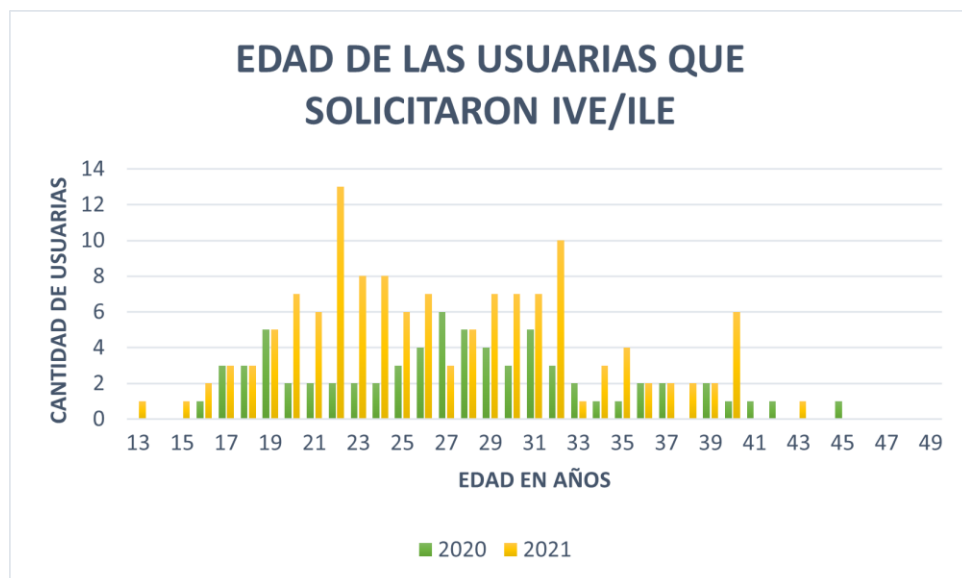


Gráfico 3

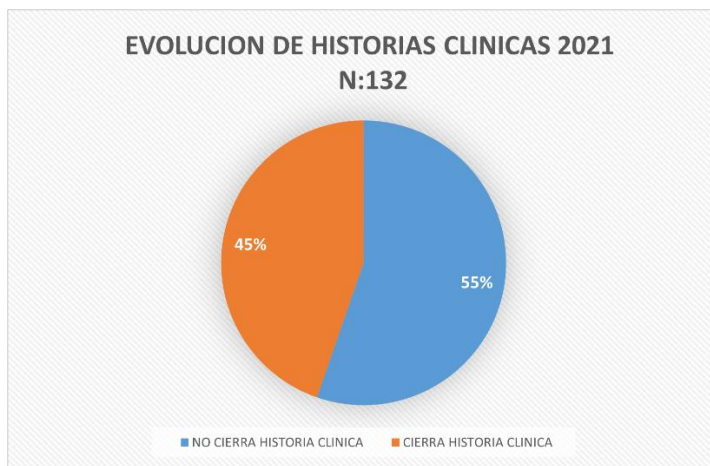
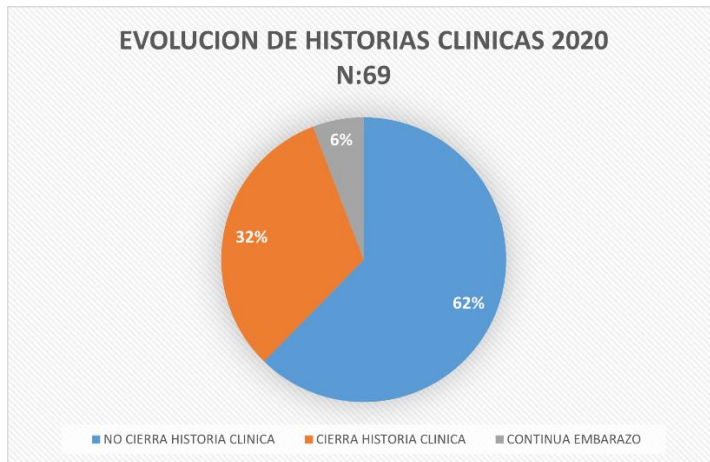


Gráfico 4

