

MAYO 2022

2° Informe de monitoreo social en servicios de salud públicos.

**Acceso y calidad de la atención de la
salud sexual y reproductiva e interrupción
voluntaria y legal del embarazo en Morón**

Equipo de trabajo

Trabajo de campo:

Conurbanas Transfeministas

Redacción del informe:

Lic. Mailén Pérez Tort

Revisión:

Conurbanas Transfeministas

Área de Incidencia Política de FUSA AC.

Coordinación del proyecto:

**Lic. María Alicia Gutiérrez (Coordinadora del área de
Incidencia Política, FUSA), Josefina Sabaté y Baudron y**

Lic. Rosa Mahffuz.



Índice

- 3 Introducción
- 5 Marco conceptual y metodológico
- 7 Características sociodemográficas y del subsistema de salud público de Morón
- 8 Principales resultados
- 8 Características generales de las usuarias que respondieron la encuesta
- 8 Calidad en la atención de la salud sexual y reproductiva en Morón
- 10 Acceso a métodos anticonceptivos
- 11 Políticas de acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo en el Municipio de Morón y en el Hospital Nacional Prof. A. Posadas
- 15 Estructura organizativa de los servicios de IVE e ILE
- 17 Determinación de plazos y derivaciones
- 18 Acceso a la medicación: Misoprostol
- 19 Atención post aborto
- 20 Conocimiento de regulaciones y normativas sobre aborto por parte de los prestadores
- 21 Acceso al aborto de adolescentes y personas con discapacidad
- 23 Abordaje integral
- 24 Conocimiento y opiniones sobre el derecho al aborto por parte de las usuaria
- 28 Propuestas y recomendaciones para mejorar los servicios
- 29 Bibliografía

Introducción

.....

El presente informe es el resultado de un monitoreo social realizado por la organización social Conurbanas Transfeminista y FUSA AC. El estudio buscó monitorear la disponibilidad y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, y de interrupción voluntaria y legal del embarazo, en efectores del subsistema público de salud del municipio de Morón y del Hospital Nacional Prof. A. Posadas. El monitoreo se enmarca en un proyecto impulsado por FUSA AC que tiene como objetivo analizar y monitorear la aplicación de leyes de salud sexual e interrupción del embarazo en la Provincia de Buenos Aires.

Esta experiencia de monitoreo es la segunda realizada por FUSA AC en el municipio de Morón. En el año 2016 se llevó a cabo un primer monitoreo de los servicios de salud sexual y reproductiva y de acceso a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Esta primera experiencia se realizó en articulación con Católicas por el Derecho a Decidir y se monitorearon diferentes provincias y jurisdicciones en simultáneo (Gutiérrez y Maffeo, 2016).

Sobre FUSA AC.:

FUSA es una asociación civil que trabaja hace más de 10 años en la promoción de la salud integral con perspectiva de género y en garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población.

En 2013 inauguró el primer centro de salud especializado en la atención integral de adolescentes, jóvenes y mujeres de la Ciudad de Buenos Aires.

En 2021 inauguró nuevos centros de salud en Lanús, Ramos Mejía y la Ciudad de Santa Fe.

Sobre Conurbanas Transfeministas:

Conurbanas Transfeministas es una colectiva transfeminista que desde hace 14 años trabaja en el conurbano bonaerense. Son alrededor de 40 mujeres, lesbianas, trans y no binaries que militan para fortalecer las redes entre organizaciones y realizando acciones para promover el acceso a derechos e incidir en las políticas públicas vinculadas a cuestiones de géneros.

Continúan organizando talleres que abordan las temáticas de violencia de género, identidades, acceso al aborto, educación sexual integral, entre otros temas. Como también acciones y alianzas en el marco de la efectiva implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y de la Ley de Educación sexual integral (ESI) en las escuelas. Desde sus espacios laborales de inserción (educación en todos los niveles, salud, justicia, cultura, diseño gráfico y comunicación) impulsan los objetivos de transversalizar el feminismo en diversos sectores.

Forman parte de la organización de los Encuentros Regionales de Mujeres, Lesbianas, Travestis y Trans. Y conforman espacios de debate y organización en relación al Abuso Sexual en las Infancias (ASI).

Por otro lado, la colectiva tiene la característica de trabajar hacia adentro las temáticas que abordan en la escena pública, interpelando y problematizando sus posiciones colectivas y vivencias personales. Asumen la consigna de que “lo personal es político” queriendo romper con el binarismo que separa la esfera pública de la privada.



Marco conceptual y metodológico

.....

El monitoreo social es una herramienta de investigación social que tiene como objetivo generar información, producir conocimientos y, en el mismo proceso generar aprendizajes, con la particularidad de que se construye además como una manera de interpelar a organizaciones sociales, personal del sistema de salud, a decisores/as políticos y a las mismas usuarias del sistema. El monitoreo con sus herramientas de construcción de datos- encuestas, entrevistas y observaciones- tienen un primer efecto de fomentar preguntas y reflexiones en estas personas, y luego, la presentación del análisis de los datos, genera un segundo efecto al fomentar la transformación en las prácticas de atención, por lo que la consideramos una propuesta de investigación-acción política. Ya que permite tener el conocimiento cabal del rumbo de una política y/o programa, el grado de implementación y los cambios que se pueden realizar para su mejoramiento (Orellana y Maffeo, 2020). En este informe, intentamos visibilizar los primeros análisis y resultados de esta experiencia.

El diseño de un sistema de monitoreo se basa en la planificación operativa y requiere de determinadas actividades: conformar el equipo, estructurar los requerimientos de información acorde a quién va dirigido, ubicar las fuentes de la información, aplicación y definición de los instrumentos de recolección. Un punto clave es la sistematización y análisis de la información recogida que permite una devolución y retroalimentación a los equipos. Por otro lado, los resultados del monitoreo son un elemento clave para la tarea de evaluación, así como el análisis de los recursos y las intervenciones que se vienen realizando en el sistema de salud (Orellana y Maffeo, 2020). En la misma línea el monitoreo permite, además de poner de manifiesto soluciones problemáticas y de aportar pistas para identificar causas y posibles soluciones, detectar señales de alarma que serán insumo para la evaluación (De Virgilio y Solano, 2012). Tal es así que el monitoreo y la evaluación cumplen un rol central dentro del desarrollo de las políticas públicas y los programas. Este proceso continuo y permanente donde evaluamos que los resultados obtenidos cumplan con lo planificado en dichas políticas nos permite “detectar a tiempo eventuales diferencias, obstáculos o necesidades de ajuste en la planificación y ejecución” (SIEMPRO y UNESCO, 1999 citado en De Virgilio y Solano, 2012).

El presente monitoreo se realizó entre los meses de octubre del 2021 y febrero del 2022. Fue llevado a cabo por integrantes de la organización Conurbanas Transfeministas y un grupo de jóvenes del Barrio Carlos Gardel (Morón) y participantes del Programa Jóvenes y Memoria, donde Conurbanas participa y desarrolla diferentes actividades.

El proyecto monitoreó la aplicación de las leyes de salud sexual y reproductiva y de interrupción del embarazo en tres centros de atención primaria de la salud (CAPS) y en dos hospitales, uno de jurisdicción municipal y otro nacional. Los CAPS monitoreados fueron el Dr. Gelpi,

ubicado en Castelar Sur, el CAPS Dr. Monte, ubicado en Morón Sur y el CAPS Dr. Springolo en El Palomar. Por otro lado, se monitorearon el Hospital Municipal de Morón y el Hospital Nacional Prof. A. Posadas, ambos efectores de hasta tercer nivel de atención.¹

La selección de los CAPS se basó en un criterio de cobertura geográfica, como así también de diversas trayectorias en relación al desarrollo e implementación de dispositivos de atención de abortos (algunas con varios años ya habiendo desarrollado las primeras consejerías pre y post aborto y luego de ILE, y, otras recientemente inauguradas). De esta manera se incluyen tres de las cinco localidades y las diferentes zonas dentro la localidad cabecera (Morón). La decisión de incluir al Hospital Nacional Posadas, responde a la injerencia que tiene el mismo en la atención de la población, no sólo a nivel municipal sino nacional, así como también por su específico sistema de referencia y contra referencia entre los tres niveles de gobierno (municipal, provincial y nacional).

El universo de estudio se conformó por los cinco establecimientos de salud incluidos en la muestra y las unidades de análisis fueron profesionales de la salud y personal jerárquico a cargo de los establecimientos sanitarios, funcionarios municipales y nacionales (en el caso del Hospital Posadas) y por otro lado las usuarias del sistema de salud.

Para la recolección de la información se diseñaron y aplicaron dos instrumentos, una encuesta dirigida a mujeres y personas feminizadas que se atiendan en los efectores de salud del municipio de referencia y una guía de entrevista semiestructurada para realizar a profesionales de la salud y autoridades sanitarias y personal jerárquico a cargo de establecimientos sanitarios y de la gestión sanitaria a nivel municipal y nacional.

Se realizaron un total de 60 encuestas y 16 entrevistas. Las encuestas se realizaron en la sala de espera de los cinco establecimientos de salud incluidos en el monitoreo. Las entrevistas fueron realizadas de forma presencial en los efectores de salud, excepto por las entrevistas realizadas a personal de salud del Hospital Posadas que se realizaron de forma virtual a través de video llamada.

Para la realización del trabajo de campo, se capacitó en las estrategias de recolección de la información a siete integrantes de la organización Conurbanas Transfeministas. A su vez, el equipo de Conurbanas Transfeministas replicó la capacitación a un grupo de seis jóvenes. De esta manera, se conformó un grupo de 13 monitoreantes que estuvieron a cargo de la implementación del trabajo de campo y la revisión del documento final de resultados.

En cuanto al trabajo de campo, las entrevistas fueron realizadas por el equipo de Conurbanas Transfeministas y las encuestas a usuarias, así como las observaciones no participantes en salas de espera fueron realizadas por el grupo de jóvenes.

.....

1. La clasificación por niveles de atención es una concepción de tipo técnica y administrativa, basada en la organización del contacto de las personas y comunidades con el sistema de salud, que define objetivos específicos para cada nivel de acuerdo a su ubicación, su nivel de complejidad y las particulares experticias que ha desarrollado (OPS / OMS, 1986). “El primer nivel es el nivel más cercano a la población, o sea el nivel del primer contacto. En el segundo nivel se encuentran los hospitales de referencia, y el tercer nivel es el formado por hospitales de alta tecnología e institutos especializados” (Van der Stuyft y De Vos, 2008).

Características sociodemográficas y del subsistema de salud público de Morón

.....

El municipio de Morón se ubica en la zona oeste del conurbano bonaerense y cuenta con cinco localidades: Morón (cabecera municipal), Haedo, El Palomar, Castelar y Villa Sarmiento. En cuanto a los municipios vecinos, Morón limita con el municipio de Tres de Febrero al este, al sur con la Matanza, al norte con Hurlingham e Ituzaingó y al oeste con Merlo.

Según datos sistematizados por el Observatorio del Conurbano Bonaerense de la Universidad Nacional de Gral. Sarmiento, a partir de datos del INDEC, aproximadamente el 20% de la población Moronense es beneficiaria de programas sociales (IFE, Tarjeta Alimentar, Potenciar Trabajo, etc.). En cuanto a los indicadores de salud, para 2018 los hijos/as/es nacidos vivos de madres de adolescentes de 15 a 19 años representaban el 6,4% del total de nacimientos del Municipio y la tasa de mortalidad materna se encontraba en 0,3%. En cuanto a la población, en 2010 era de 321.109 habitantes (Indec 2010, en Observatorio del Conurbano Bonaerense, 2021).

El subsistema público de salud del municipio de Morón, se conforma en la actualidad por 15 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y el Hospital Municipal con servicios de hasta tercer nivel de atención, que componen la red del Sistema Único Municipal de Salud (SUMS). Los CAPS junto con el Hospital Municipal, dependen de la Secretaría de Salud de Morón. Por fuera del organigrama municipal, se encuentra el Hospital Nacional Prof. A. Posadas, ubicado en la localidad de El Palomar el cual atiende a la población de Morón, así como de otros municipios y provincias, por ser un Hospital de referencia y alta complejidad, el mismo depende directamente del Ministerio de Salud Nacional.

Por último, el municipio cuenta con el Programa de Salud Sexual que depende también de la Secretaría de Salud.

Dentro del organigrama institucional sanitario de la provincia de Buenos Aires, Morón se inserta en la Región Sanitaria VII que incluye a su vez otros siete municipios: Villa Gral. Rodríguez, Moreno, Marcos Paz, Merlo, Ituzaingo, Hurlingham y Tres de Febrero.

Principales resultados



Características generales de las usuarias que respondieron la encuesta

Las usuarias que respondieron la encuesta se encontraban en las salas de espera de los efectores de salud, al momento de ser encuestadas. En cuanto a la distribución de las encuestadas el 50% se encontraban en los CAPS y 50% restantes distribuidas de forma equitativa en el hospital de Morón y en el Posadas.

Las usuarias encuestadas tenían entre 15 y 65 años. Casi la mitad (43%) tenía entre 15 y 25 años, mientras que la otra mitad se distribuyó entre el grupo etario de 26 a 35 años (21,6%) y de 36 a 45 (18,3%) es decir que la población encuestada es mayoritariamente joven.

La mayoría de las personas encuestadas residen en localidades del Municipio de Morón (67%), en segundo lugar, provienen del municipio vecino de La Matanza (16,6%) y el restante 16,3% residen en los municipios aledaños Caseros, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, Merlo y Moreno.

En cuanto al nivel educativo máximo alcanzado por las usuarias encuestadas, el 60% completó el nivel secundario, el 30% el nivel primario y el restante 10% completó el nivel terciario o universitario.²

Respecto a la situación laboral, solamente el 36,6% afirmó tener un empleo remunerado. En cuanto a la cantidad de hijos, casi la mitad (48%) tienen entre 1 y 3 hijo/as/es, el 15% tiene entre 4 y 6 hijos/as/es, un solo caso que tiene 8 y el restante 26,6% no tiene hijos.

Calidad en la atención de la salud sexual y reproductiva en Morón

El primer monitoreo social realizado en Morón relevó información sobre la calidad de la atención en sintonía con la bibliografía de referencia, en este sentido retomaban “en coincidencia con Matamala (1995) una buena calidad de la atención es la que considera el punto de vista de las/os usuarias/os, que responde a sus demandas y expectativas y provee el máximo bienestar. Todo ello en el marco de la perspectiva de género en la atención.” Gutiérrez y Maffeo, 2016).

En los resultados del primer monitoreo realizado en Morón, se observó que la mayoría de las usuarias acordaban haber recibido una atención de calidad y buen trato durante la consulta (Gutiérrez y Maffeo, 2016). De acuerdo a los resultados del presente monitoreo, la tendencia hacia las opiniones favorables sobre la calidad de la atención continúa siendo alta. La mayoría de las usuarias manifestaron que el personal de salud que las atendió respondió a sus



2. Vale destacar que el porcentaje elevado que corresponde al nivel secundario y primario puede corresponderse al peso porcentual que ocupan las jóvenes en la muestra.



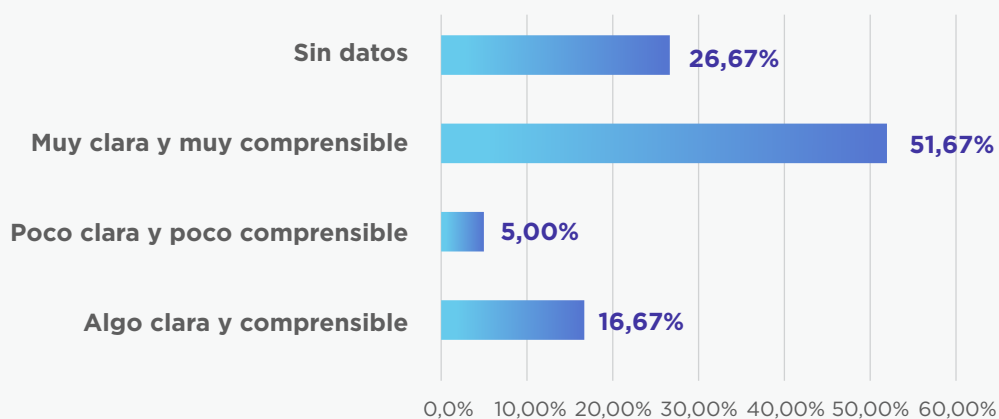
preguntas y que las explicaciones sobre métodos anticonceptivos y tratamientos sobre su salud sexual fue muy clara y comprensible (51,7%), para el resto, hay un 16,7% que le resultó algo clara y comprensible y un 5% poco clara y poco comprensible, del restante 26,6% no se cuenta con información.

Teniendo en cuenta la accesibilidad, como un componente fundamental para evaluar la calidad de los sistemas de atención de la salud, los cinco efectores de salud incluidos en éste monitoreo, se encuentran en zonas accesibles para la población. Tanto el Hospital municipal de Morón como el Hospital Nacional Posadas, se encuentran en zonas céntricas donde se puede llegar con diferentes medios de transporte. Mientras que los CAPS se encuentran en zonas más alejadas del centro, distribuidos entre las localidades municipales. También se puede acceder a éstos, a través de diferentes medios de transporte. Todos los efectores se identifican claramente como tales, los CAPS tienen la misma fachada que indica que es un centro de salud municipal. En cuanto a la infraestructura, dos de los tres centros de salud son construcciones nuevas. Las salas de espera de los CAPS y de los consultorios externos de los Hospitales, son amplias, cuentan con calefacción y ventilación. No obstante, si bien la mayoría de los efectores tiene cartelera de señalización de los diferentes servicios, no se observaron indicaciones específicas sobre los consultorios y espacios de consejería en salud sexual y reproductiva e ILE-IVE.

En cuanto a la cartelera y folletería disponible, todos los efectores cuentan con cartelera informativa sobre: salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, prevención de VIH y prevención y atención de la violencia por razones de género. Todos los efectores, por excepción de uno de los CAPS, cuentan con cartelera sobre IVE e ILE, aunque la mayoría son carteles artesanales, en muy pocos se encuentra cartelera oficial del municipio sobre este tema. Por último, en tres de los efectores, dos hospitales y un CAPS cuentan con cartelera informativa sobre diversidad sexual y atención de la salud de las personas trans.

Por último, solo tres de los cinco efectores, el Hospital Posadas y dos CAPS cuentan con folletería disponible para retirar.

Gráfica 1. Opiniones sobre la información recibida sobre salud sexual



Fuente: elaboración propia.

Acceso a métodos anticonceptivos

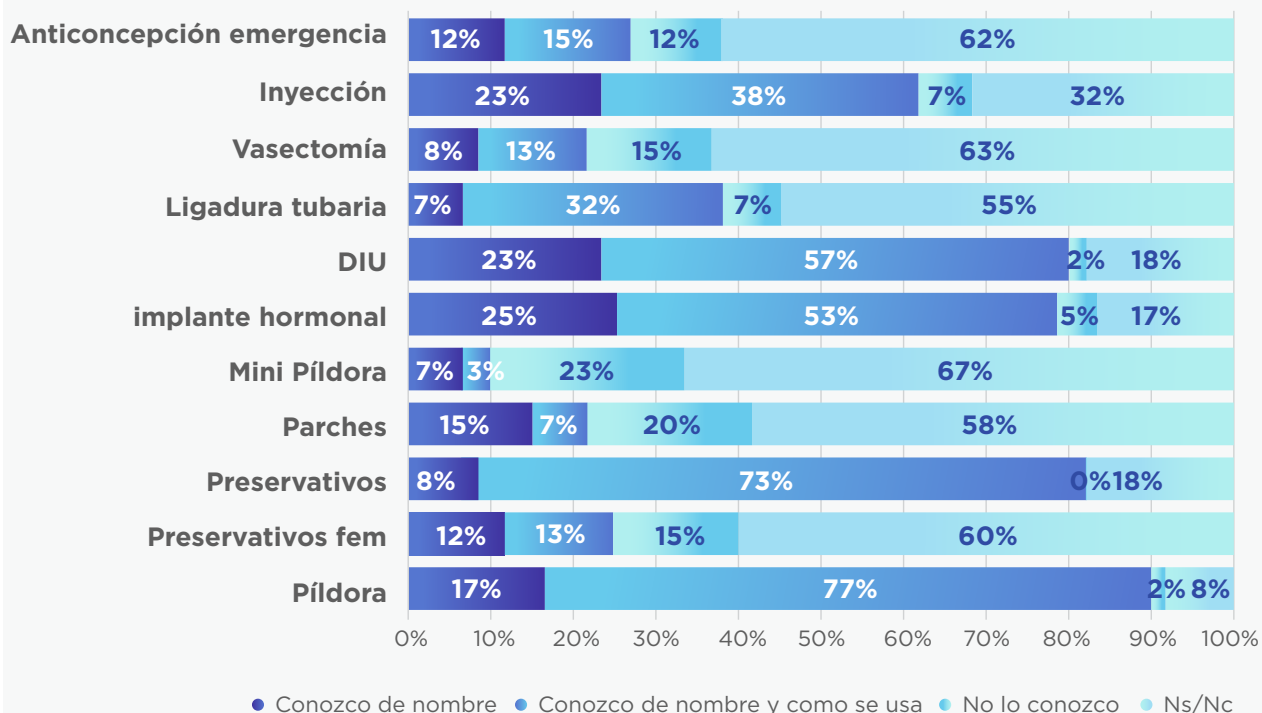
La distribución de métodos anticonceptivos (MAC) proviene inicialmente de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, a través de sus pares en las provincias se distribuye a los municipios a través de las regiones sanitarias, a nivel local el Programa de Salud Sexual dependiente de la Secretaría de Salud asegura la distribución a todos los efectores del sistema único de salud de Morón, y realiza compras directas de insumos de mayor demanda.

A partir de las entrevistas realizadas al personal de salud, tanto a los profesionales como a las autoridades, no se identifican en términos generales faltantes en la provisión de MAC durante los últimos dos años, a excepción de determinados períodos donde hubo faltantes de anticonceptivos inyectables.

En cuanto a las experiencias de las usuarias, se identifica cierta correlación con lo expresado por los equipos de salud, ya que la mayoría de las encuestadas que consultaron por métodos anticonceptivos, accedieron al menos a uno de forma gratuita.

No obstante, de acuerdo al nivel de conocimiento de las usuarias sobre los métodos anticonceptivos incluidos en el Plan Médico Obligatorio (PMO) observamos que el nivel de conocimiento sobre determinados métodos es bastante bajo, esta tendencia se identifica sobre todo en los métodos anticonceptivos de como la vasectomía, ligadura tubaria, mini píldora y el parche anticonceptivo. En otro orden, también se identifica un muy bajo porcentaje de conocimiento de la pastilla anticonceptiva de emergencia y el preservativo femenino (ver gráfico 2).

Gráfica 2. Conocimiento de métodos anticonceptivos por parte de las usuarias



Fuente: elaboración propia.

Esta brecha entre la disponibilidad de MAC en efectores de salud y el nivel de conocimiento de cada uno por parte de las usuarias, evidencia en primer lugar la falta de formación y políticas de acceso a la información sobre anticoncepción a nivel general, así como también pone en evidencia la brecha existente entre la disponibilidad de métodos anticonceptivos y la oferta real por parte de los prestadores durante la consulta. Queda latente la importancia de continuar investigando sobre este tema en futuras investigaciones que indaguen con mayor especificidad dichas brechas.

Políticas de acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo en el Municipio de Morón y en el Hospital Nacional Prof. A. Posadas

En diciembre del 2020 la Argentina legalizó el aborto a través de la Ley 27.610 de Regulación del acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y a la atención postaborto (Ley IVE). La ley que entró en vigor el 24 de enero del 2021, establece que las personas con capacidad de gestar tienen derecho a interrumpir un embarazo hasta la semana catorce (inclusive) de gestación (Art.4), estableciendo un modelo mixto de plazos y causales (Bergallo et. al., 2018).

A su vez establece el derecho de las mujeres y personas gestantes a requerir y acceder a la atención y práctica de interrupción en los servicios del sistema de salud, así como requerir y acceder a atención post aborto (art. 2). Las disposiciones de la ley son de orden público y de aplicación obligatoria en todo el territorio argentino.

Las autoridades y equipos de salud de los establecimientos sanitarios, son los responsables de la implementación de la ley y de asegurar el acceso a los derechos que la misma establece respetando los mayores estándares de calidad (Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, 2021).

Durante los cien años que transcurrieron previo a la sanción de la ley de IVE, el aborto se regulaba exclusivamente bajo el régimen de causales, el cual, de acuerdo a lo establecido en el Código Penal de la Nación, comprendía dos excepciones donde el aborto se consideraba no punible: si se practicaba en razón de evitar el riesgo para la vida o la salud de la “madre” o en los casos que el embarazo era producto de violación (Art. 86).

La nueva redacción del CPN, modificada a partir de la sanción de la Ley 27.610 redujo las penas en general y en especial aquellas relativas a las mujeres o personas gestantes que se practiquen un aborto, e incorporó penas para el personal de salud que obstaculizara el acceso a la práctica.³

.....

3. La redacción actual sostiene las penas otorgadas a las personas que causaren un aborto por fuera de las 14 semanas de gestación inclusive y donde “no mediaran los supuestos previstos en el art. 85 de la Ley” es decir las causales de violación y riesgo para la salud de la mujer o persona gestante. Estas penas van de 3 a 15 años si la persona realiza el aborto sin el consentimiento de la mujer o persona gestante y de 3 meses a 1 años si lo practica con el consentimiento de la misma. Así mismo incorporó penas de 3 meses a 1 año para el personal de salud que obstaculice el acceso a este derecho.



A partir de la década del 2000, la agenda de derechos humanos y en particular de derechos sexuales y reproductivos comenzó a tener un mayor reconocimiento en Argentina. En 2002 la sanción de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable, generó grandes debates en torno a estos temas y favoreció a que el problema del aborto inseguro cobrara mayor presencia en la agenda pública y política. Otro gran antecedente en materia legal, fue el fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) sobre el caso F.A.L. en 2012. La CSJN sentó jurisprudencia en torno a la interpretación del inciso 2° del artículo 86 del CPN. En su carácter de interprete máximo de la constitución nacional, resolvió dar fin a las interpretaciones prohibicionistas y aclaró que toda víctima de violación, sin importar si posee o no una discapacidad mental, tiene derecho al aborto no punible. Así mismo, dictaminó a los funcionarios a evitar la judicialización de los casos y por último instó a los gobiernos provinciales y nacional a generar protocolos y guías de atención para las personas con derecho al aborto no punible, respetando los más altos estándares de calidad (CSJN, 2012).

Previo al Fallo F.A.L., si bien la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable, no regulaba de forma directa el problema del aborto realizado en condiciones de riesgo, es alrededor del año 2004 en adelante que se comienzan a identificar los primeros espacios de consejería pre y post aborto en el subsistema público de salud, basados en el modelo de reducción de riesgos y daños, desarrollado en Uruguay como política sanitaria de reducción de la mortalidad materna (Dosso, 2015 y Matía et. al, 2016). Estos espacios surgieron en principio como iniciativas no regladas (Crojethovic, 2010) impulsadas por profesionales de la salud, que buscaban dar una respuesta al problema del aborto practicado en condiciones de riesgo.⁴

Las consejerías pre y post aborto, surgidas en un contexto de legalidad restrictiva y con bajos niveles de institucionalidad, han logrado en algunos casos alcanzar mayores niveles de institucionalidad y se han ido replicando en distintas partes del país.

Tal es el caso del Municipio de Morón, donde se llevó a cabo una explícita política de atención y acceso a la ILE a través de la conformación de consejerías pre y post aborto, ubicadas en el primer nivel de atención (Gutierrez y Maffeo, 2016). Entre los años 2007 y 2015 lograron ampliar las consejerías de 2 a 7 de un total de 13 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), lo que condujo a un aumento de 35 consultas al año en 2007 a 346 durante el 2014 (Matía et al., 2016). Asimismo, el municipio de Morón fue incluido en una iniciativa conjunta entre la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Provincia de Buenos Aires, que consistió en dar asistencia técnica al Ministerio de Salud provincial con el objetivo de brindar apoyo a las políticas de reducción de la mortalidad materna, llevada a cabo entre los años 2010 y 2014 (Matía et al., 2016).

Así mismo, durante el proceso impulsado en Morón por los equipos de salud, en 2013 el gobierno municipal, adhirió al Fallo F.A.L. de la CSJN y al año siguiente promulgó la

.....

4. El riesgo a la salud física del aborto inseguro incluye la hemorragia, la septicemia, la peritonitis, y el traumatismo del cuello del útero y los órganos abdominales. Alrededor del 20% al 30% de los abortos inseguros provocan infecciones del aparato reproductor, y entre el 20% y el 30% de éstas acaban en una infección del tracto genital superior. Una de cada cuatro mujeres sometidas a un aborto inseguro probablemente desarrolle una incapacidad temporal o permanente que requiera atención médica (OMS, 2012: 20).

ordenanza de creación de las “Consejerías para la reducción de riesgos y daños en situaciones de embarazos no planificados”, reconociendo los dispositivos de consejería pre y post aborto como política pública de salud. En esta misma línea, en el año 2013 y cuando los dispositivos de atención de abortos ya habían comenzado garantizar la práctica amparados en el marco normativo de la ILE, el municipio comenzó a realizar compras de Misoprostol para distribuir entre los equipos de salud que garantizaban la práctica.

Las primeras consejerías pre y post aborto que comenzaron a funcionar en el sistema de público de salud en Morón, fueron impulsadas especialmente por psicólogas y trabajadoras sociales. Para estos equipos, el paradigma de reducción de riesgos y daños, fue un marco conceptual y empírico desde donde comenzar a pensar posibles intervenciones desde el sistema de salud, que redujeran los daños ocasionados por abortos practicados en contexto de riesgo. En este sentido, la experiencia de Uruguay fue un antecedente fundamental (Pérez Tort, 2021) que, vinculada al conocimiento y disponibilidad en Argentina, del uso de Misoprostol como medicamento abortivo, explican en parte el surgimiento de las primeras consejerías en instituciones de salud (Ramón Michel y Cavallo, 2018).

Por lo tanto, la nueva ley de IVE no solo reconoció un derecho que la democracia adeudaba a mujeres y personas gestantes, sino que también amplió el marco de referencia legal y político para quienes ya venían garantizando abortos seguros en los establecimientos de salud. De esta manera, el presente monitoreo, permite analizar lo sucedido en el municipio de Morón, así como en el Hospital Nacional Prof. A. Posadas, a partir de la entrada en vigencia de la Ley de Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo, qué impacto tuvo, qué avances se identificaron y qué cuestiones hay que continuar fortaleciendo.

La característica más relevante del proceso sucedido en Morón en materia de acceso a la interrupción del embarazo, tiene que ver con el proceso progresivo de homogeneización de la política de acceso a la interrupción del embarazo en el municipio, proceso que se vio facilitado por la experiencia previa de los equipos y la sanción de la ley de IVE.

En este sentido, como se mencionó anteriormente la práctica profesional de los equipos de salud que impulsaron las consejerías pre y post aborto y luego de ILE en el municipio, se vio amparada en el Fallo F.A.L. y posteriormente en la Ordenanza municipal que reconoció los dispositivos de consejería.

En esta línea, la introducción de la nueva legislación sobre IVE, pareciera haber dado el amparo formal que las autoridades sanitarias y políticas municipales necesitaron simbólicamente para formalizar y fortalecer la política de acceso al aborto en Morón.

El proceso de homogeneización se puede observar en la homologación de las modalidades de atención y conformación de los equipos de IVE e ILE, en la distribución y disponibilidad de Misoprostol por parte del Ministerio de Salud Nacional y sus pares en las provincias.

Si bien estos lineamientos se encuentran establecidos en los protocolos y guías de atención de abortos de los ministerios de salud nacional y provincial, Morón contaba con años de desarrollo de políticas de respuesta y atención del aborto legal y el impacto de la sanción de



la ley de IVE así como el proceso previo de movilización social, colaboraron en el proceso e homogeneización de la política a nivel municipal alcanzando una caracterización propia de las políticas públicas.⁵

En este sentido, es interesante observar como la sanción de la ley de IVE tuvo un impacto diferencial en las percepciones sobre el carácter legal de los dispositivos de atención de interrupciones, desde la mirada de los equipos y profesionales de la salud y por otro lado desde las autoridades de los establecimientos sanitarios y funcionarios municipales.



“La ley fue un respaldo para todos los grises que había, para todas las cosas que se hacían remando en dulce de leche fue un respaldo categórico, empezando desde cuestiones de logística, ¿Cuánto Misoprostol vamos a comprar? ¿Empezar a hacer un cálculo en base a la interrupción voluntaria del embarazo que es muy distinta el número a la interrupción legal no? Entonces pensar que va haber una proporción y que la licitación del hospital se tiene que adecuar a una demanda. La ley ayudó al crecimiento, a dar ese marco legal para todo lo que era ILE. Después está la letra chica: de que, hasta qué semana, que es una discusión hacia adentro. Pero antes tenía que haber un marco.”
(Autoridad médica, Hospital Posadas).

“Ahí tal vez sí aparece alguna cuestión vinculada a la clandestinidad que tenía la cuestión de la consulta... que eso aparecía... ¿no? y creo que eso es el efecto más groso que hoy se puede hablar abiertamente en todos los lugares, todos los espacios, ya es algo más contundente, no es algo que puede aparecer con algún reparo o algún marco legal... ya no hablamos más del código penal, el artículo 86.” (Funcionario público, Secretaría de Salud).

En cambio, para los equipos de salud, el carácter clandestino atribuido a los dispositivos de atención de ILE, había sido desplazado mucho antes, cuando pasaron de la modalidad de consejerías pre y post aborto al modelo de ILE, amparados en el régimen de causales del

.....

5. Una política pública, se define como tal al contar con una “planificación y el marco institucional necesarios para que esta se implemente, siguiendo unos lineamientos concretos” (Fernández Vázquez, 2017:94, en Pérez Tort, 2021)

CPN y con la premisa de la salud integral como principio rector (Pérez Tort, 2021).

Estructura organizativa de los servicios de IVE e ILE

Actualmente y desde antes de la sanción de la ley 27.610, se encuentran en funcionamiento siete equipos de atención de IVE e ILE en centros de salud del primer nivel de atención y un equipo en el Hospital de Morón; adicionalmente el Hospital Posadas cuenta con un equipo transversal.

Los equipos de atención de IVE e ILE se encuentran funcionando tanto en el primer nivel de atención como en el segundo nivel.

Tal como establece el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo del Ministerio de Salud Nacional en su última edición del año 2021 - en adelante "Protocolo ILE/IVE", el primer nivel de atención debe resolver y atender las solicitudes de interrupciones de embarazos menores a las 13 semanas de gestación, mientras que los casos que exceden la edad gestacional, son derivados al segundo nivel de atención, mayoritariamente al Hospital municipal.

En ambos niveles, la conformación de los equipos responde a la interdisciplinariedad, con profesionales de la medicina general o de la ginecología y obstetricia (mayoritariamente de los primeros), de la psicología y trabajo social.

A diferencia de los equipos que funcionan en el primer nivel de atención, los equipos de segundo nivel, se conforman por áreas transversales al establecimiento de salud. En el caso del Hospital Municipal de Morón, desde el 2017 funcionaba en el área de Salud Mental la consejería pre y post aborto, que posteriormente en 2019 logró integrar a un médico para comenzar a realizar las ILE. Este mismo equipo actualmente funciona con un equipo interdisciplinario conformado por dos médicas del área de ginecología y obstetricia, una psicóloga, una trabajadora social y residentes de las distintas especialidades. Este equipo articula con el servicio de toco ginecología del Hospital a donde derivan a las solicitantes que cursan un embarazo mayor de 13 semanas o bien aquellos casos donde falla el primer tratamiento de Misoprostol.⁶ Ambos casos pueden provenir derivadas del equipo ubicado en el área de salud mental del mismo efector o de los centros de salud del primer nivel.

En el caso del Hospital Posadas, se conformó un equipo transversal a las áreas de ginecología, obstetricia y al servicio de salud sexual y reproductiva. El equipo que se encuentra funcionando desde el 2019 aproximadamente y se conforma por profesionales de diferentes disciplinas. Las diferentes modalidades de funcionamiento y conformación de equipos de atención de IVE e ILE responden a las diferencias estructurales que conlleva desarrollar un

.....

6. El Misoprostol es el medicamento recomendado por la Organización Mundial de la Salud para realizar abortos seguros. No obstante, tiene un porcentaje de falla del 89%. Por ello, la OMS recomienda la combinación de Mifepristona y Misoprostol, la cual tiene una eficacia del 98%. La Mifepristona en Argentina, aún espera ser aprobada por la ANMAT para que pueda usarse y comercializarse.



servicio en un efector de tercer nivel:



“En nuestro servicio, nos dispusimos un servicio transversal, que incluye a varios servicios de hospitales por así decirlo o en departamentos, en el que somos específicas las personas que somos parte de ese equipo, las que hacemos todos salud sexual. En ese equipo hay gente de endocrinología, gineco, obstetricia, adolescencia. Para dar lugar en un hospital como el nuestro que es tan grande hay como una demanda espontánea, y entonces dentro de la demanda espontánea los roles no están diferenciados por una persona, pero tratamos de que se acerquen las personas más amigables a resolver la situación, estamos todos interconectados en un grupo grande de WhatsApp, para dar lugar a respuestas rápidas y con menor interrupción en el proceso por así decirlo” (Médica ginecóloga, Hospital Posadas).

En cuanto a la modalidad de atención, los tres centros de atención primaria de la salud (CAPS) incluidos en este monitoreo, tienen un sistema de turnos para el servicio de IVE. En la mayoría de los casos, las personas solicitantes se acercan con una consulta de interrupción, tanto en mesa de entradas como en los consultorios ginecológicos; los y las profesionales de la salud aseguran que el mecanismo de información está establecido y todo el personal sabe qué días y horarios atiende el consultorio IVE y facilitan la información a las personas que lo solicitan.

Por otro lado, los dos hospitales sí cuentan con un sistema de demanda espontánea, por ello es que sus equipos también se conformaron de forma transversal. Asimismo, el equipo de IVE e ILE ubicado en el Área de Salud Mental del Hospital de Morón también funciona con el sistema de turnos y días específicos de atención.

Un segundo aspecto que da cuenta de la formalización y homogeneización de los procesos de atención de IVE e ILE, son los turnos protegidos para la ecografía previa y post interrupción. De los CAPS consultados, todos, excepto uno cuentan con ecógrafo en el establecimiento y con turnos protegidos para uso de los equipos de IVE. En el caso del Hospital de Morón y el Posadas, también se cuenta con disponibilidad del ecógrafo. Este recurso que resulta fundamental para agilizar la ruta de atención de abortos, es un cambio significativo en las batallas institucionales que debían dar los equipos de salud durante el tiempo que realizaban ILE, donde la demanda por ecógrafos o turnos protegidos era constante y no obtenía respuestas en ese entonces por parte de la gestión sanitaria municipal (Pérez Tort, 2021).

En cuanto a la ruta de atención que realiza la persona que solicita una interrupción, el circui-



to completo tiene entre 2 a 3 consultas en total. La primera de las consultas es orientativa y tiene por objetivo orientar a las personas que se acercan a consultar por una interrupción, se le informa sobre sus opciones, de acuerdo a lo que establece el protocolo de IVE-ILE. En caso de que las solicitantes se encuentren decididas a continuar con la interrupción se les da turno para la ecografía y para la segunda consulta. Hay efectores que adelantan la solicitud de la ecografía, a través de correo electrónico o Whats App para que las usuarias lleguen a la primera consulta ya con la ecografía, este sistema se comenzó a implementar en el marco de la pandemia de Covid 19 y las restricciones a la circulación. Si bien esta modalidad surgió a causa de la pandemia, posteriormente los equipos la sostienen por considerar que ayuda a agilizar la respuesta a la demanda, sobre todo en aquellos efectores donde el equipo de atención es reducido y donde tienen mucho flujo de pacientes y consultas.

En la segunda consulta es donde se suele explicar el procedimiento de interrupción, sea con Misoprostol o con Aspiración Manual Endouterina (AMEU). En este momento de la ruta de atención, algunos efectores comenzaron a implementar un mecanismo interesante de consulta grupal, donde reunían a todas las personas que se encontraban en el proceso de interrupción, y realizaban la explicación del procedimiento en modalidad taller, así, según las profesionales entrevistadas, el espacio se volvía favorable en varios aspectos: en primer lugar porque las personas gestantes se encontraban con otras personas que se encontraban en la misma experiencia y este encuentro contribuía al desplazamiento de la mirada negativa que muchas veces se le atribuye a la práctica del aborto, y generaba un espacio de acompañamiento y contención para aquellas personas que no contaban con apoyo en sus hogares o entornos sociales. Por otro lado, el espacio grupal favorecía la circulación de la palabra y así quienes no se animaban a hacer preguntas o presentar sus dudas podían encontrar en las preguntas de las otras, sus propias inquietudes. Esta modalidad se había empezado a implementar en dos CAPS y en el hospital Municipal, mientras que otro de los CAPS mencionó que actualmente estaban planificando implementar esta modalidad también.

Esta modalidad grupal, desde la irrupción de la pandemia se vio suspendida, y al momento de realización del monitoreo no se había retomado.

Determinación de plazos y derivaciones

Otro aspecto fundamental de la implementación de servicios de acceso al aborto voluntario y legal en el sistema de salud es la determinación del plazo máximo de acceso. Identificamos que en los centros sanitarios del primer nivel de atención se estableció un acuerdo general de resolver las gestaciones de hasta la semana 12.6, tal cual lo establece el Protocolo de IVE-ILE. Este acuerdo consensuado entre los equipos y las autoridades sanitarias municipales, les da el margen necesario para tramitar las derivaciones que correspondan al segundo nivel de atención antes de las 14 semanas de gestación, plazo que determina el acceso a la IVE.

Los casos que exceden ese plazo gestacional son derivados al Hospital de Morón, a través de la Coordinación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Municipio. Mediante informe de la solicitud de atención, o la certificación de la causal para ILE realizados en el efector de destino, según corresponda por la edad gestacional, la persona solicitante es derivada con referencias sobre el equipo que la recibirá en el Hospital. Según el flujograma



actual, las derivaciones que llegan al Hospital municipal, son recibidas por el equipo de IVE e ILE ubicado en el área de salud mental, quienes luego se ocupan del acompañamiento de las pacientes y de la articulación con el servicio de toco ginecología.

En el caso del Hospital de Posadas, al ser un efector de nivel nacional, las derivaciones deben realizarse siempre a través de la Dirección Provincial de Salud Sexual y Reproductiva y su par nacional, según corresponda. Los casos de ILE, son atendidos exclusivamente por el segundo nivel de atención. Las solicitudes que llegan a un CAPS deben ser derivadas, siguiendo el mecanismo mencionado anteriormente; la diferencia en estos casos es que en algunos efectores de los consultados, se realiza la primera consulta en el primer nivel de atención y luego se deriva la solicitud junto a la historia clínica y la certificación de causales. En los otros casos, se deriva directamente al Hospital.

Frente a la consulta por segundas evaluaciones o la inclusión de comités de ética que avalen las interrupciones de más de 14 semanas, no se identifican este tipo de mecanismos; aunque en algunas ocasiones los profesionales afirman que el efector que recibe la derivación realiza una segunda evaluación, pero la misma no tiene una intención dilatoria sino de evaluación de los aspectos fisiológicos y clínicos de la usuaria a quien atenderán.

Acceso a la medicación: Misoprostol

El Misoprostol es un elemento fundamental para la práctica del aborto y lo es también para el efectivo funcionamiento de los dispositivos de atención de las personas que requieren interrumpir un embarazo.

En el año 2005 la OMS declaró al Misoprostol como medicamento esencial por su nivel de seguridad y efectividad para la realización de abortos. El uso del Misoprostol como medicamento abortivo, se identificó originalmente, en usos populares de mujeres brasileñas a alrededor del año 1986. Posteriormente, se comenzó a identificar su uso, por parte de mujeres argentinas de forma “doméstica” es decir por fuera de las indicaciones de profesionales de la salud. A partir de los relatos de estas mujeres es que los/as médicas comienzan a escuchar del uso abortivo de esta droga y a cerciorarse de su efectividad (Fernández Vázquez y Szwarc, 2018). “El método con medicamentos se expandió y ha cambiado la práctica del aborto, así como la experiencia y posibilidades de muchas mujeres” (Ramón Michel y Ariza Navarrete, 2017, en Ramón Michel y Cavello, 2018:42).

En nuestro país, recién en 2018 la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), autorizó al Laboratorio Privado Domínguez a producir y comercializar (exclusivamente en el ámbito hospitalario) Misoprostol en dosis de 200 mcg. para la realización de abortos, de acuerdo a la normativa vigente de ese entonces. Al año siguiente, el Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF) de Santa Fe se convirtió en el primer laboratorio de gestión estatal en producir Misoprostol para uso abortivo, el cual obtuvo en febrero del 2021 la aprobación de la ANMAT para distribuir y comercializar el medicamento al resto de las jurisdicciones a través del Ministerio de Salud Nacional (Pérez Tort, 2021).

A partir del año 2013 la gestión municipal que en ese entonces estaba a cargo del actual

intendente Lucas Ghi, realizó una primera compra de tratamientos de Misoprostol para ser distribuidos a los equipos de salud que llevaban adelante las consejerías de ILE. Este acontecimiento fue fundamental para mejorar la calidad del funcionamiento de las consejerías y fue una forma más de avalar el trabajo que venían realizando los equipos desde hace casi 10 años (Pérez Tort, 2021).

Sin embargo, entre el 2016 y 2019, el Misoprostol provenía únicamente de la Secretaría de Salud Nacional en cantidades limitadas.

Actualmente, la distribución de la medicación proviene del Ministerio de Salud Nacional, a través de sus pares en las provincias y por la Secretaría de Salud municipal. Todos los equipos que actualmente garantizan IVE e ILE tanto en efectores de primer o segundo nivel, afirmaron contar con la suficiente cantidad de tratamientos de Misoprostol y no identificaron faltantes desde la sanción de la ley de IVE.

En cuanto a las técnicas de interrupción que se ofrecen en los servicios de salud moronenses, se encuentra establecido que los CAPS pueden realizar interrupciones de forma ambulatoria y con medicación, mientras que el Hospital de Morón y el Posadas, cuentan adicionalmente con la técnica de AMEU. Si bien se identifica que la “bajada” es ofrecer el tratamiento ambulatorio con medicación, el equipo del Hospital de Morón, mencionó que suelen ofrecer la AMEU en aquellos casos donde identifican un entorno no favorable para que la usuaria pueda realizar la interrupción de forma ambulatoria y sin complicaciones.

Algo interesante a destacar, es que actualmente la Secretaría de Salud municipal se encuentra implementando capacitaciones sobre el uso de AMEU en el primer nivel de atención, la iniciativa comenzó en dos CAPS. De esta manera, se podría descentralizar aún más la derivación al segundo nivel de atención y facilitar el circuito para las personas que requieren de una AMEU.

No obstante, se destaca que aún el acceso a AMEU continúa siendo restringido. Según información proveniente de las entrevistas realizadas a profesionales y funcionarios, en el Hospital de Morón sólo una médica ginecóloga realiza AMEU.

Atención post aborto

La atención post aborto puede formar parte del circuito de atención de las personas que accedieron a una IVE o ILE o puede ser una consulta que requiera ser atendida en los sistemas de guardias, en aquellos casos de personas que se acercan con alguna complicación o una interrupción incompleta.

Para el primer caso, los tres CAPS y el Hospital de Morón, cuentan con un sistema homogéneo de seguimiento y atención post aborto que se corresponde con lo establecido en el protocolo nacional.

Las pacientes se retiran de la segunda consulta con el tratamiento abortivo y con el turno para regresar a la consulta entre 10 y 15 días después, también se retiran con el turno para realizar la ecografía post interrupción.



La consejería post aborto, tiene por objetivo inicial el control de la salud de las personas y chequear que la interrupción se haya completado sin complicaciones. Otro elemento importante de la consulta post aborto, es la indicación de un método anticonceptivo de uso inmediato y de largo plazo. En esta consulta, los profesionales entrevistados, manifiestan ofrecer los métodos disponibles y sugerir de acuerdo a la situación individual de cada persona.

En cuanto a la disponibilidad de métodos anticonceptivos, la mitad de los equipos consultados manifestaron haber tenido faltantes de métodos anticonceptivos inyectables, no así de otros métodos.

En relación al equipo o servicio a cargo de la atención post aborto, en la mayoría de los casos la realiza el mismo equipo de IVE e ILE que acompañó a la persona durante el proceso, pero en un CAPS se identificó que la consulta post aborto de indicación de método la realiza el servicio de salud sexual y reproductiva.

Conocimiento de regulaciones y normativas sobre aborto por parte de los prestadores

En cuanto al conocimiento del marco normativo sobre acceso al aborto y a la salud sexual y reproductiva, así como sobre los protocolos y guías oficiales de atención de abortos, todo el personal entrevistado mencionó conocer dichas normativas y regulaciones y en menor medida mencionaron haberlas estudiando en detalle para su desempeño profesional.

No obstante, la mayoría respondió no haber recibido capacitaciones sobre la normativa vigente y los aspectos técnicos desde la sanción de la ley 27.610. Se deduce y se deja vislumbrar que el personal de salud que no estaba familiarizado o involucrado en la garantía del acceso al aborto, previo a la sanción de la ley, fue alcanzado y sensibilizado por el debate parlamentario y el movimiento que causó la movilización social por el derecho al aborto en todo el país.

Si bien esto último es sumamente importante y positivo, se destaca la importancia de fortalecer los espacios de formación institucional en el marco normativo vigente, ya que la formación ha demostrado ser un marco de referencia y apoyo fundamental para los equipos de salud, así como para garantizar una atención de calidad (Gutiérrez y Maffeo, 2016, Pérez Tort, 2021).

En este aspecto, es interesante destacar las opiniones de los profesionales de la salud entrevistados en el marco del monitoreo que no participan de los equipos de IVE e ILE, pero sí son parte de la ruta de atención de las áreas y servicios vinculados como son los servicios de ginecología y obstetricia.

En estos casos, se identificaron relatos que dan cuenta del conocimiento sobre la existencia de la normativa y de las responsabilidades que atañe tanto a los profesionales de forma individual como a las instituciones y sus autoridades.



“A mí lo que me suele pasar a veces es que cuando desconocen que existe el equipo de IVE vienen por una consulta ginecológica y me preguntan a mí y yo los contacto con esto para que ellos le den la atención adecuada.” (Médica ginecóloga, CAPS Dr. Monte).

“En realidad lo que tratamos de priorizar (es) no obstaculizar, estamos los que somos parte del equipo que estamos más aceitados y sabemos cómo se maneja, pero los que no son parte del equipo por lo menos saben con quién tienen que hablar o a dónde tiene que enviar a la persona que viene a solicitar eso. No es nada que sea ajeno a alguien que no sea del centro de salud, pueden compartir o no, pero ninguno es obstaculizador, como no perder la oportunidad, darle turno, aclarar las cosas básicas, ecografía, grupo y factor.” (Lic. Obstétrica, CAPS Dr. Gelpi).

Acceso al aborto de adolescentes y personas con discapacidad

A pesar del avance significativo descriptos en las páginas anteriores sobre el nivel de conocimiento sobre la legislación y el derecho al aborto en Argentina, se identificaron vacancias en el conocimiento específico de acceso al aborto por parte de adolescentes y jóvenes, así como de las personas con discapacidad.

El protocolo nacional establece que las adolescentes mayores de 16 años tienen derecho a consultar y solicitar la interrupción del embarazo sin la autorización de ningún adulto mayor de edad. En el caso de adolescentes de entre 13 y 16 años de edad, pueden brindar su consentimiento en forma autónoma, si se trata de prácticas que no representen un riesgo grave para su vida o su salud. En los casos en que deba utilizarse para la práctica un procedimiento que implique un riesgo grave de salud o de vida, será necesario, además de su consentimiento, la asistencia de los/as/es progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas allegadas o referentes afectivos (Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, 2021).

Sin embargo, al consultar sobre la edad permitida para acceder a una interrupción sin la autorización de una persona adulta mayor de edad, un tercio de las personas entrevistadas, en su mayoría profesionales de la medicina y autoridades, no conocían en detalle lo establecido por el protocolo respecto a la atención de las adolescencias.



Esta información puede resultar muy específica, pero es fundamental teniendo en cuenta las prácticas de vulneración en el acceso a la salud y los derechos en la consulta que sufren a diario adolescentes y jóvenes. En este sentido se vuelve fundamental fortalecer la formación en el marco normativo de acceso a la salud sexual y al aborto en particular de las adolescencias y juventudes (UNICEF, 2017).

Algo similar sucede con el acceso al aborto por parte de personas con discapacidad.

De acuerdo a lo establecido en el Protocolo de ILE-IVE se debe presumir la capacidad de todas las personas con discapacidad.



“Las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona por decisión judicial o administrativa. El certificado de discapacidad no implica en ningún caso la restricción de la capacidad para tomar decisiones.” (p. 7).

Cuando se le consultó al personal entrevistado sobre sus conocimientos de los tipos de requisitos necesarios para garantizar la práctica a las personas con discapacidad, las respuestas fueron muy variadas. Un tercio de los y las profesionales entrevistados/as, tenían claro que deben resguardar con los medios que tengan a su alcance el derecho de la persona con discapacidad a dar su consentimiento informado de forma autónoma y sin interferencias de otras personas. Otros/as/es profesionales, respondieron que era relativo al tipo de discapacidad y otros/as/es pocos/as/ques respondieron que se precisaba en todos los casos la autorización de la persona legalmente responsable. En ningún caso, se identificó el conocimiento de la disposición de sistemas de apoyo como lo establece el Protocolo nacional



“Respecto del consentimiento informado, se puede ofrecer a la persona con discapacidad que una o más personas de su confianza, ya sea de la familia, la comunidad, el equipo de salud o las instituciones de protección de derechos, le presten el apoyo necesario para tomar una decisión” (p. 7).

Sobre este tema resulta fundamental fortalecer la capacitación en el abordaje del derecho al aborto y a la salud sexual de las personas con discapacidad, desde una perspectiva que promueva el ejercicio de la autonomía.

En el caso de los dos Hospitales, mencionaron contar con terapeutas ocupacionales, pero no con otros elementos fundamentales como la adaptación del lenguaje y los materiales de información para que sean comprensibles y/o utilización de formas y formatos de comunicación accesibles (Protocolo IVE-ILE). Sin estos insumos y equipamiento, más la formación para el uso debido de los mismos, se vuelve dificultoso implementar una política de acceso al aborto que sea inclusiva y acorde a las necesidades de todas las personas.

Abordaje integral

Por último, de las entrevistas realizadas a los equipos de salud se desprende que en la gran mayoría de consultas sobre IVE e ILE se identifican situaciones de violencia por razones de género principalmente en el ámbito de las relaciones sexo afectivas de pareja. Estas situaciones son identificadas de forma transversal por todos/as los y las profesionales que respondieron las entrevistas, lo cual indica que es una situación recurrente.

De las situaciones identificadas, se desprende que la mayoría responden a situaciones de violencia sexual que están en gran parte estrechamente vinculadas a la solicitud de interrupción del embarazo, siendo esta consulta el disparador para visualizar e identificar esas situaciones por parte de la propia persona.

Cuando se les consultó a los equipos sobre el abordaje de estas situaciones tanto en personas adultas como adolescentes, la mayoría mencionó la articulación con el servicio local de protección de niños, niñas y adolescentes y con las áreas o equipos de salud mental y trabajo social insertos en los mismos efectores de salud. No obstante, no se identificaron articulaciones interinstitucionales con otros programas específicos de atención y acompañamiento a víctimas de violencia por razones de género, como la Dirección Municipal de Abordaje Integral de la Violencia de Género.

Esta cuestión, abre en sí misma varios interrogantes, como son las capacidades de abordaje de los equipos de ILE e IVE de este tipo de situaciones, las oportunidades que presentan los dispositivos de interrupción del embarazo para que las solicitantes identifiquen situaciones de maltrato que hasta el momento no estaban identificados y esto debería tener un correlato en el abordaje cuidado de la atención integral de las usuarias. En este sentido, se vuelve importante fortalecer las articulaciones interinstitucionales entre el sistema de salud y otros espacios de abordaje y atención, así como la oportuna derivación y referencia a dichos espacios.

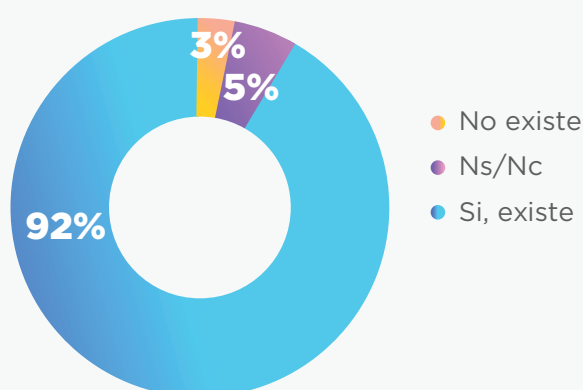
Por último, en esta línea, cuando se les preguntó a los equipos de salud sobre la articulación con organizaciones sociales feministas, fueron pocas las respuestas que dan cuenta de articulaciones de este tipo. Si bien todas las personas entrevistadas coincidieron en que este tipo de articulaciones podrían facilitar y favorecer los procesos de atención de quienes solicitan una interrupción del embarazo, son la minoría quienes dan cuenta de articulaciones concretas y conocimiento sobre organizaciones locales.



Conocimiento y opiniones sobre el derecho al aborto por parte de las usuarias

Al igual que el proceso observado en los equipos y profesionales de la salud, en las usuarias también se observa un nivel alto, casi total de conocimiento sobre la ley de Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo.

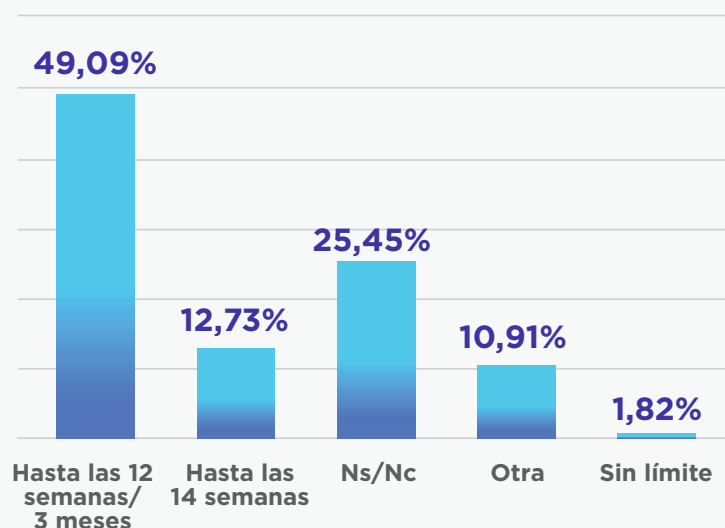
Gráfica 3. Conocimiento de las usuarias sobre la ley de IVE



Fuente: elaboración propia.

No obstante, cuando consultamos acerca del conocimiento sobre el plazo gestacional permitido para acceder a una interrupción del embarazo de forma voluntaria y sin la obligación de certificar la causa (IVE) el nivel de conocimiento baja relativamente, aunque se mantiene alto entre las respuestas que mencionan un plazo máximo de 12 semanas (49%) y 14 semanas (12,73%). También llama la atención, que un porcentaje elevado (25%) desconoce la existencia de un plazo o no quiso responder esta pregunta.

Gráfica 4. Conocimiento sobre el plazo permitido para acceder a la IVE

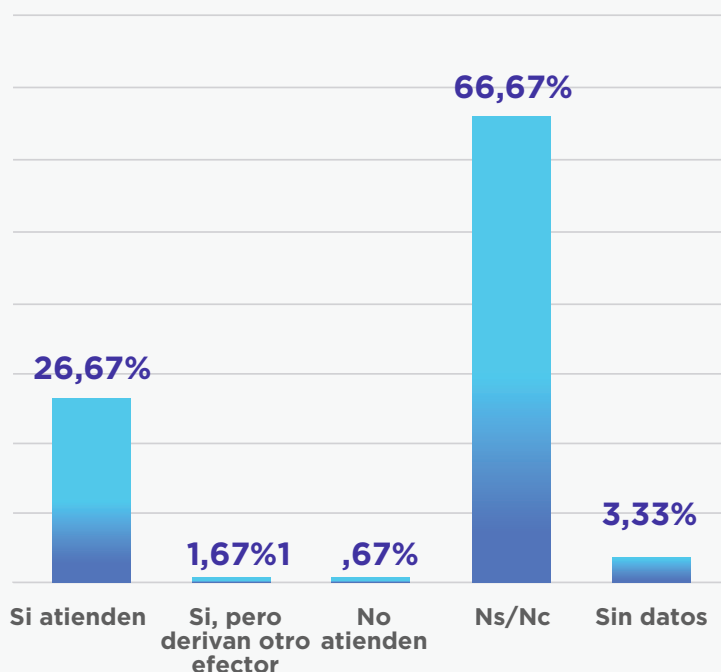


Fuente: elaboración propia.

En línea con lo anterior, el nivel de conocimiento sobre las causales permitidas en el Código Penal de la Nación (CPN) modificadas a partir de la sanción de la ley de IVE, es aún más bajo que el conocimiento sobre los plazos permitidos. De las usuarias que afirmaron conocer la existencia de plazos para acceder a la IVE, casi el 23% desconoce cuáles son las causales permitidas fuera del plazo gestacional de 14 semanas. De las que sí conocen, la mayoría afirma que la única situación en la que se permiten abortos de más de 14 semanas es en casos de violación, en menor medida en otras situaciones que esté en riesgo la salud y/o la vida de la persona gestante y un porcentaje relativamente menor (11,4%) conoce las tres causales permitidas.

Otro dato obtenido de la encuesta aplicada a usuarias que resulta fundamental prestar atención, es el bajo porcentaje de usuarias que saben que en estos efectores de salud se atienden consultas por interrupción del embarazo, el 26,6% respondió afirmativamente por sobre el 66,6% que desconoce si en este efector se atienden IVE e ILE.

Gráfica 5. ¿Sabés si en este centro de salud atienden consultas por aborto?



Fuente: elaboración propia.

Esta información, es fundamental para orientar las campañas de comunicación y difusión de los servicios de IVE e ILE hacia las usuarias. Si bien los datos, dan cuenta que un tercio de las encuestadas sabe que en estos efectores pueden consultar por una interrupción del embarazo, para un municipio con la trayectoria y recorrido de Morón, estos números podrían ser más altos.

Por último, se les consultó a las usuarias sobre el acceso al aborto voluntario y legal por parte de adolescentes.

En este sentido observamos que casi la mitad (43%) de las encuestadas conocen que las personas adolescentes pueden realizar consultas sobre su salud sexual y reproductiva en establecimientos de salud desde los 13 años como establece la ley de 25.673 de Salud Sexual y Reproductiva, mientras que la segunda mayoría de encuestadas considera que pueden hacerlo desde los 16 años (25%).

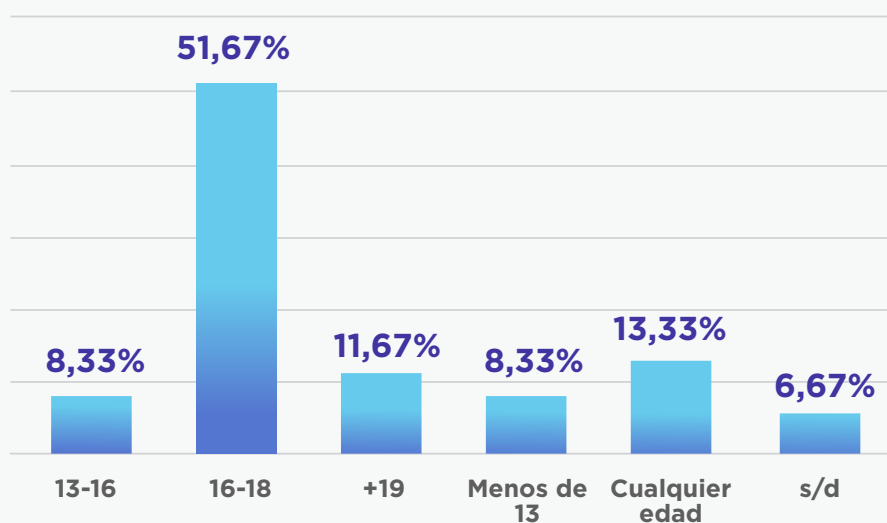
Sin embargo, estos valores disminuyeron cuando se les consultó a partir de qué edad pueden consultar por métodos anticonceptivos sin la presencia o autorización de una persona adulta responsable. Un tercio respondió que desde los 13 años y el otro tercio a partir de los 16 años (36,6%) respectivamente, por último, un 15% respondió que desde los 18 años.

Finalmente, cuando se les consultó sobre la edad mínima permitida para acceder a una IVE e ILE sin la autorización de una persona adulta mayor, los valores sobre el nivel de conoci-

miento sobre la edad permitida, no se distancian tanto de los niveles de conocimiento sobre las edades permitidas para acceder a MAC y consultas sobre salud sexual en general.

Del total de usuarias encuestadas, más de la mitad (51,6%) afirma que las adolescencias y juventudes pueden acceder a una IVE o ILE sin autorización de una persona adulta a partir de los 16 años contra un 11,6% que considera que deben ser mayores de edad para acceder a esta práctica.

Gráfica 6. Edad permitida para acceder a la interrupción del embarazo



Fuente: elaboración propia.

Podemos concluir que la población de usuarias encuestada tiene un nivel medio de conocimiento sobre los derechos que establece la legislación vigente sobre interrupción voluntaria y legal del embarazo y se destaca la integralidad del conocimiento general sobre derechos sexuales y reproductivos y acceso al aborto, dando cuenta así de la importancia de pensar el derecho al aborto en el plano de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos que deben ser garantizados por el Estado nacional.



Propuestas y recomendaciones para mejorar los servicios

.....

Las siguientes propuestas y recomendaciones provienen del análisis y las conclusiones alcanzadas en el presente monitoreo. Las mismas se dirigen tanto a funcionarios municipales, provinciales y nacionales, así como a los equipos de salud que trabajan a diario para garantizar derechos.

- ✦ Fortalecer y ampliar los espacios de formación institucionales sobre el marco normativo vigente sobre acceso al aborto en Argentina, dirigido a los equipos de salud, las autoridades sanitarias y los/las/les funcionarios/as/es públicos que se desempeñan en áreas vinculadas a la implementación de políticas de salud.
- ✦ Fortalecer los conocimientos relativos al derecho al aborto de las adolescencias y juventudes, así como de las personas con discapacidad, de acuerdo al marco normativo vigente, los protocolos y guías de atención y desde una perspectiva que promueva la autonomía reproductiva de las personas.
- ✦ Achicar la brecha entre la cantidad de personas gestantes que conocen que tienen derecho al aborto voluntario y legal y la cantidad de ellas/elles que desconocen que pueden acceder a sus derechos en los efectores de salud donde se atienden habitualmente.
- ✦ Reducir la brecha entre la disponibilidad de los diferentes métodos anticonceptivos y la oferta de los mismos en las consultas sobre salud sexual y reproductiva.
- ✦ Fortalecer el acceso a la información por parte de las personas usuarias del sistema de salud sobre los diferentes métodos anticonceptivos.
- ✦ Promover las articulaciones entre el sistema de salud y otras áreas y servicios del municipio, así como con las organizaciones feministas para brindar una atención y abordaje de la salud integral de las personas usuarias de los servicios de IVE e ILE.
- ✦ Aumentar la disponibilidad de profesionales y efectores que realizan AMEU, para aquellas personas que requieren o prefieren esta técnica, así como la difusión de la misma.

Bibliografía

.....

Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012) F., A. L. s/ medida autosatisfactiva.

Crojethovic, M. (2010). “El efecto de la informalidad en la dinámica organizacional. El análisis de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires.” VI Jornadas de Sociología de la UNLP, 9 y 10 de diciembre de 2010, La Plata, Argentina. En Memoria Académica

De Virgilio, M. y Solano, R. (2012). Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales, Buenos Aires, Fundación CIPPEC.

Dosso, D. (2015). “Miradas Integrales de la Causal Salud para la Interrupción Legal del Embarazo”, en Miradas Integrales de la Causal Salud para la Interrupción Legal del Embarazo. Concurso de Ensayos. FUSA A.C. Argentina.

Fernández Vázquez, S. y Szwarc, L. (2018). “Aborto medicamentoso. Transferencias militantes y transnacionalización de saberes en Argentina y América Latina” en revista RevIISE de la Universidad Nacional de San Juan. Vol. 12, año 12, 163-177.

Gutiérrez, M. A., Maffeo, F. (2016). “Salud y derechos: un ejercicio de monitoreo social de cumplimiento de ILE en servicios de salud.” Ponencia presentada en las XII Jornadas Interdisciplinarias de Salud y Población - CABA - 3, 4 y 5 de agosto de 2016

Matía, M.; Cualli de Trumper, E.; Fures, N. y Orchuela, J. (2016). “Una replicación del modelo uruguayo en la provincia de Buenos Aires, Argentina, como una política pública para reducir la mortalidad materna”. International Journal of Gynecology and Obstetrics 134 (2016) S31-S34 (Traducción).

Ministerio de Salud de la Nación (2021). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo.

Orellana, C. y Maffeo, F. (2020). Acceso y calidad de atención de la salud sexual y reproductiva e Interrupción legal del embarazo en Monte. 1º Informe de Monitoreo Social de Centros de Atención Primaria y Secundaria de la Salud. FUSA AC.

Pérez Tort, M. (2021). Interrupciones Legales del Embarazo en el Municipio de Morón: redefiniendo las prácticas médicas. <http://ri.unsam.edu.ar/handle/123456789/1595>

Ramón Michel, A. y Cavallo, M. (2018). “El principio de legalidad y las regulaciones basadas en los médicos”, en El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras. Bergallo, P., Jaramillo Sierra, I. C. y Vaggione, J. M. (comp.). Buenos Aires, Siglo XXI.

UNICEF. (2017). El acceso a la salud de los y las adolescentes en Argentina. Un análisis basado en la evidencia. UNICEF Argentina. <https://www.unicef.org/argentina/informes/el-acceso-la-salud-de-los-y-las-adolescentes-en-argentina>

Van der Stuyft y De Vos (2008). “La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud.” Revista Cubana de Salud Pública.

