



Informe de gestión

ACCESO A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

en la Provincia de Buenos Aires

AÑO 2020

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Daniel Gollan

Subsecretaría de Atención y Cuidados Integrales en Salud

Nicolás Kreplak

Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud

Sabrina Balaña

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

Carlota Ramírez

Equipo matricial de la DPEGS que participó de la elaboración del informe

Agostina Finielli

Andrea Paz

Carla Giuliano

Cesar Bissutti

Gisela Stablun

Tatiana Aime

Equipo de la DSSR

Claudia Panizza

Brenda Sosa

Damián Levy

Estela Sánchez

Florencia Nejamkin

Graciela Lukin

Iván Fornales

Julia Cabrejas

Johanna Romero

Karina Paiva

Laura Andoro

Lorena Setien

Mara Di Bernardi

Máximiliano Rocha

Nadia Freire

Referentes de salud sexual y reproductiva de las Regiones Sanitarias

RS I Marcela Barreto, Mariana Rubio

RS II Manuela Andrade, Marisol Cabrera

RS III Julián Granados, Mercedes Luna

RS IV Luisina Lugo

RS V Abril Semorile, Ana Paula Gomez, Emanuel Sueyro, Nadia Molassi, Silvana Finkelstein

RS VI Adriana Pont, Mónica Montiel

RS VII Alejandra Calvaresi, Gabriela Sala

RS VIII Amalia Musso, Giovanna Quadrelli

RS IX Andrea Rivas

RS X Elisabet Cignetti, Valeria Mato

RS XI Liliana Romero, Marisa Mazuchelli

RS XII Martina Urruchua

Equipo de la Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes que colaboró en la elaboración del informe

Daniela Obando

Romina Forlani

Índice

1) Introducción

2) Procesos de trabajo desencadenados y acciones desplegadas en el año 2020

- a) Generando condiciones materiales y simbólicas para el acceso
- b) Gestión de la información: construcción colectiva en rondas
- c) Fortalecimiento en red
- d) Acceso a ILE y políticas de cuidado

3) Análisis de situación: lectura de los datos construidos

- a) Red de efectores de Salud que realizan interrupción legal de embarazo
- b) Prácticas de interrupción legal del embarazo* y uso de misoprostol en efectores de salud
- c) Secuencias de atención por interrupción legal del embarazo y su resolución

4) Reflexiones finales: construyendo otro modelo de atención y cuidado

5) Referencias y bibliografía

Agradecemos a todos los equipos de los hospitales provinciales, hospitales municipales y centros de salud de la provincia de Buenos Aires, que trabajaron muchos años en soledad al momento de garantizar a las personas gestantes el derecho de acceder a interrupciones del embarazo, legales, seguras y acompañadas adecuadamente, y el esfuerzo que implicó este año de pandemia. La información publicada en este informe es producto de su trabajo.

1) Introducción

En este segundo Informe de Gestión presentamos los avances alcanzados en la implementación efectiva del derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en la Provincia de Buenos Aires durante el **período enero-diciembre del año 2020**. La publicación de este documento es también la expresión de la voluntad política de las autoridades sanitarias de **construir un sistema de salud integrado a las políticas de cuidado**. Los procesos de trabajo y la información que presentamos a continuación se inscribieron en la urgencia de garantizar la autonomía de las mujeres y las personas gestantes, mejorando el acceso a la interrupción del embarazo, en el marco de las normas vigentes durante el periodo presentado (artículo 86 del Código Penal de 1921). Las acciones desarrolladas y los resultados obtenidos se sostienen en el trabajo conjunto entre el equipo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSR) a nivel central, las referentes de las Regiones Sanitarias y los equipos de salud y tuvieron como horizonte un **cambio de paradigma en la atención a la salud no reproductiva que reconociera el derecho el aborto voluntario**.

Como resultado de décadas de movilización feminista y cumpliendo una promesa electoral el 30 de diciembre pasado se sancionó la Ley Nacional N° 27.610 que regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Esta ley representa un hito histórico en la ampliación de derechos de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar. Propone un modelo de atención y cuidado de la salud que reconoce la autonomía de las personas a decidir, restituyendo así la soberanía y la autoridad epistémica sobre su cuerpo a quien lo vive y habita. Representa también una **oportunidad para transformar el sistema de salud y las lógicas de poder que lo organizan** al devolver a las personas gestantes la autoridad epistémica sobre sus cuerpos.

El camino recorrido en estos primeros 12 meses de gestión nos permiten contar hoy con una red de servicios de interrupción del embarazo que constituye un sólido punto de partida para el desafío que tenemos a futuro: **garantizar el acceso equitativo y efectivo de todas las mujeres y personas con capacidad de gestar a servicios de salud sexual, reproductiva y abortos seguros en el todo el territorio bonaerense**. La capacidad de respuesta de las y los trabajadores de la salud del sector público y la presencia del estado provincial asegurando la provisión de insumos, capacitaciones y asistencia técnica han demostrado que es posible mejorar los servicios de salud sexual, reproductiva y no reproductiva, y sostener la interrupción legal del embarazo y el acceso a anticoncepción aún en contextos de pandemia¹.

El presente informe da cuenta de los procesos de trabajo desencadenados en materia de interrupción legal del embarazo de acuerdo al marco normativo vigente hasta diciembre 2020. El mismo tiene el propósito de compartir las principales acciones y experiencias desarrolladas y un análisis de los datos relevados por el equipo de la DSSR y la Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud (DPEGS) del Ministerio de Salud de provincia de Buenos Aires.

¹ El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires aprobó por medio de la resolución n° 577/2020 protocolos para la atención de contingencia de servicios de salud considerados esenciales en el marco de la pandemia por COVID-19, entre los cuales se incluyó el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la interrumpir el Embarazo y Acceso a Métodos Anticonceptivos.



2) Procesos de trabajo desencadenados y acciones desplegadas en el año 2020

a) Generando condiciones materiales y simbólicas para el acceso

Desde el inicio de nuestra gestión, para garantizar el acceso al cuidado y la atención a las personas en situación de interrupción del embarazo, procuramos generar las condiciones que permitieran a los equipos de salud de los diferentes niveles de atención de toda la provincia de Buenos Aires dar respuesta a la creciente demanda. Con ese objetivo trabajamos en conjunto con las referentes de salud sexual de las regiones sanitarias para identificar las necesidades específicas de cada territorio, reconociendo la complejidad y extensión de nuestra provincia, procurando brindar el acompañamiento para el diseño e implementación de estrategias adecuadas a cada hospital, centro de salud o municipio con los que trabajamos. En ese proceso identificamos necesidades de capacitación específica en relación a las prácticas como así también al marco de derechos en el que las mismas se encuadraban, que fueron progresivamente abordadas y considerada en la planificación para el año en curso.

Una de las primeras expresiones de la decisión de consolidar una política sanitaria en relación a la interrupción legal del embarazo fue la adhesión al “Protocolo nacional para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”, por el gobierno de la provincia de Buenos Aires por medio de la Resolución N° 1/2020, de firma conjunta entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual.

Esta decisión se materializó en otro aspecto central que permitió garantizar la atención de abortos seguros: compramos misoprostol 200 mcg. y lo distribuimos de manera ininterrumpida durante todo el año 2020 a todos los establecimientos que cuentan con equipos que realizan la práctica de ILE. El misoprostol es un medicamento esencial para la atención de interrupciones seguras del embarazo, conforme a lo que ha determinado la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En forma previa, el Ministerio de Salud no había realizado nunca una compra centralizada en una magnitud en relación al número estimado de abortos que se realizan anualmente en nuestra provincia². Por esto y ante la ausencia de información oficial y consolidada en relación a las interrupciones del embarazo realizadas hasta 2019, resultó un desafío poder estimar la necesidad y ejecutar las primeras compras de este insumo.

Decidimos realizar las compras de misoprostol al Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF) que es el laboratorio público de la provincia de Santa Fe. En el transcurso del año 2020 realizamos tres procesos de compra directa, de forma centralizada, por medio de la firma de dos convenios y la ampliación del segundo de estos. De esta manera adquirimos 304.164 comprimidos, lo que equivale a 25.347 tratamientos³. Estas compras requirieron de una inversión de más de sesenta y cuatro millones de pesos (\$64.395.954) y un ahorro por un monto superior³, debido a que los valores de compra-venta del misoprostol provisto por el LIF, son significativamente inferiores a los que presenta el mismo medicamento en el mercado cuando es ofertado por los laboratorios privados y las droguerías que funcionan como distribuidoras.

Además de la notoria conveniencia económica que resulta haber hecho las compras de misoprostol al LIF, nos interesa destacar que este tipo de acuerdos entre provincias contribuye a la integración y fortalecimiento de la estrategia de promoción de la producción pública de medicamentos.



La disponibilidad del misoprostol permitió visibilizar a la **ILE como una práctica de salud en el marco de una política sanitaria** y su distribución a todos los equipos de salud que ofrecen

² Según la información que pudimos reconstruir hubo compras previas realizadas directamente por algunos hospitales provinciales comprometidos con el ejercicio de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos.

³ Se estima que en promedio un tratamiento completo para realizar un aborto consta de 12 comprimidos de misoprostol 200 mcg.

³ Conforme a una estimación que realizamos, considerando el precio de mercado al momento del inicio de cada uno de los expedientes de contratación, el ahorro asciende a más de sesenta y ocho millones de pesos, teniendo en cuenta que las compras hubieran sido por un total de más de ciento treinta y tres millones de pesos. La referencia del valor de mercado surge de: los antecedentes acompañados en los expedientes de cada compra y las publicaciones en las web de Kairos y del Misobservatorio. El valor de mercado corresponde a la fecha de inicio de los trámites de cada una de las adquisiciones, no de la aprobación o ejecución del contrato, en cuyo caso sería significativamente mayor el valor del ahorro.

servicios de ILE facilitó el acceso a interrupciones seguras, tanto en forma ambulatoria en el primer nivel de atención como en las instituciones hospitalarias.

Durante 2020, además, los hospitales provinciales adquirieron por medio de SIPACH⁴ un total de 35.240 comprimidos (lo que es equivalente a unos 2.936 tratamientos). De esta manera la **inversión total realizada por la provincia de Buenos Aires para la adquisición de misoprostol, durante 2020, fue de más de setenta y siete millones de pesos (\$77.684.832).**

En el transcurso del año, el Ministerio de Salud de la Nación proveyó un total de 6.430 tratamientos de misoprostol, de los cuales 3.430 los recibimos en agosto/septiembre de 2020 y 3.000 a fin de diciembre.

En el año 2020, **distribuimos** a las Regiones Sanitarias y establecimientos de salud que brindan atención y cuidado a las personas en situación de interrupción del embarazo un total de **19.305 tratamientos de misoprostol**. Estos tratamientos permitieron garantizar el acceso a las interrupciones del embarazo seguras y acompañadas en toda la provincia durante el año 2020 y cubren también el inicio del 2021, existiendo un stock que garantiza la continuidad de la disponibilidad del insumo en los establecimientos de salud de toda la provincia hasta la próxima compra.

b) Gestión de la información: construcción colectiva en ronda

Al inicio de nuestra gestión no existían registros ni datos oficiales sistematizados sobre ILE que fueran confiables y oportunos, insumo indispensable para la toma de decisiones y el monitoreo de la política pública. Por lo tanto, no era posible establecer la cantidad de ILE que se realizaban en la provincia, su distribución en el territorio, ni cuales eran los efectores que garantizaban la práctica.

La estrategia desplegada para resolver la falta de información oficial sistematizada y confiable, en relación a las prácticas de interrupción legal de embarazos en la provincia, fue una prioridad. El objetivo propuesto fue construir un sistema de gestión que permitiera tener información oportuna sobre la cantidad y características de las prácticas de ILE y uso de misoprostol, la identificación y monitoreo de la red de efectores públicos que realizan ILE, la distribución de los insumos, como las solicitudes de acceso a la ILE que llegan a través de la línea 0800 Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación.

Para desarrollar esta estrategia conformamos un equipo encargado de la tarea de desarrollar y ejecutar estos procesos, realizar informes y darle seguimiento a cada registro en el territorio. Un equipo conformado por trabajadoras y trabajadores de la DSSR, la DPEGS y las referentes de salud sexual y reproductiva de las regiones sanitarias. Junto con este equipo y a través de rondas epidemiológicas y de gestión se puso en marcha un proceso de discusión y formación continua, se diseñaron los instrumentos de recolección necesarios y se coordinó con los hospitales provinciales y las Secretarías de Salud de los municipios para la implementación local de los registros.

⁴ El SIPACH es el Sistema Informático para Adquisiciones y Compras Hospitalarias.

Los procesos de implementación de sistemas de información en un territorio con más de 2.800 efectores públicos de salud, 135 municipios y 12 regiones sanitarias son complejos, entre otros factores, por la cantidad de actores involucrados. Estos procesos no se encuentran cerrados sino en construcción y mejoramiento permanente. La estrategia de desplegada respecto a la gestión de la información se encuentra priorizada y nos permite, a un año del inicio de gestión, compartir con las y los trabajadores del campo de la salud, las organizaciones y la comunidad en su conjunto, información relevante, así como también monitorear y problematizar las políticas públicas que estamos llevando adelante en materia de interrupción del embarazo.

La “ronda” es un dispositivo político de construcción colectiva de saberes y prácticas. Es un espacio de gestión que habilita que la palabra circule y las diversas trayectorias y saberes formen trama en un proceso permanente de reflexión crítica sobre el hacer.

EXPERIENCIAS TERRITORIALES Región VI

Redes integradas de atención en el Sector Público Municipal

Para asegurar la atención de las Interrupciones legales del embarazo con todos los actores públicos que integran la red de atención de la Región Sanitaria VI, desde el equipo de Salud Sexual y Reproductiva regional convocamos a las autoridades sanitarias de los municipios a construir en un proceso de diálogo y cooperación dispositivos locales en Salud Sexual Integral que mejoren el derecho al acceso a la Interrupción legal del embarazo a nivel local.

Durante todo el 2020, aún durante el Aislamiento Social preventivo y obligatorio, se realizaron reuniones de trabajo en casi todos los municipios de la región donde se acordó un programa de actividades de sensibilización para todo el equipo de salud para invitarlos a pensar de manera conjunta la mejor estrategia para cada contexto. Se acordaron e implementaron también capacitaciones específicas para los integrantes y aspirantes a integrar equipos de atención integral de la ILE.

Este proceso permitió consolidar condiciones de posibilidad para la implementación de dispositivos municipales y regionales que fueron refrendadas en Actas acuerdo entre las autoridades sanitarias municipales, hospitales provinciales y la Región sanitaria. Los acuerdos refrendados establecen los compromisos asumidos hacia el futuro y más allá de los cambios de gestión. La implementación de cada dispositivo se desarrolló utilizando una metodología participativa a modo de rondas de diálogo a lo largo de todo el proceso para la evaluación colectiva de avances, dificultades y propuestas de resolución. También se generaron mecanismos y circuitos para la gestión de casos problemáticos de ILE al mismo tiempo que se trabajó en el mejoramiento del sistema de aseguramiento de insumos a partir de la herramienta de Registro de ILES implementada por la provincia. La información producida a partir de los registros periódicos de los municipios y hospitales provinciales ha permitido al equipo de SSR de la región generar bases propias para la producción de información en la comunicación con municipios y hospitales provinciales. Al cierre de este informe de gestión todos los municipios de la Región Sanitaria VI cuentan con equipos que garantizan Interrupciones Legales de embarazo como parte de una política de cuidado.

Adriana Pont y Mónica Montiel

c) Fortalecimiento en red

En el contexto del primer año de gestión, se pusieron en marcha políticas para fortalecer el acceso a la atención de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva de calidad, para todas las personas que habitan en la provincia. Entre estas políticas se impulsaron rondas de trabajo con referentes de salud sexual y reproductiva y otros actores estratégicos para el diseño e implementación de acciones de capacitación y asistencia técnica en todo el territorio provincial.

Mediante las **Rondas de Fortalecimiento Regionales** construimos un espacio de comunicación, socialización de inquietudes, reflexión sobre dificultades e identificación de estrategias a partir del intercambio de experiencias. Ésta estrategia permitió la elaboración de líneas transversales entre regiones sanitarias como así también construir un discurso de abordaje común para toda la provincia reconociendo las contingencias locales y las características y recursos territoriales. No resulta posible pensar la implementación de políticas de salud sexual y reproductiva sin este anclaje en red, sin la articulación constante y la elaboración de estrategias de intervención conjuntas. En este diálogo con diversos actores y organizaciones locales se diseñaron distintas líneas de trabajo complementarias entre sí.

1. **Actividades de sensibilización** dirigidas a equipos y decisores que están iniciando procesos de atención de ILE. Durante los encuentros se abordan los desafíos para los equipos de salud y se problematiza el camino de la persona gestante para acceder a la práctica. Se ofrece también una aproximación a los marcos normativos, la certificación de causales y el uso adecuado de misoprostol. Entre enero y diciembre de 2020 se realizaron un total de 11 actividades de sensibilización.
2. **Capacitación** a equipos que ofrecen servicios de ILE orientados a mejorar las capacidades para la certificación de causales, marco normativo y el uso correcto de misoprostol. Realizamos 12 actividades de capacitación durante el año en estas temáticas.
3. **Asistencia técnica y acompañamiento permanente** a los equipos de salud ante situaciones complejas en las 12 regiones sanitarias, como parte de un proceso de fortalecimiento continuo de la red de atención provincial.
4. **Capacitación en servicio** en hospitales para mejorar y ampliar las opciones de tratamiento para el abordaje de ILE en segundo trimestre. Esta estrategia fue pensada en complemento de las capacitaciones virtuales como una modalidad situada que permite analizar y problematizar los procesos de trabajo en el propio servicio al mismo tiempo que ofrece una actualización de los conocimientos técnicos. Además facilita la construcción colectiva de nuevos saberes y prácticas que resultan del diálogo y el intercambio entre integrantes del equipo, con otros actores institucionales y de la comunidad, para el mejoramiento de circuitos de acceso y de derivación cuando sea necesario. Realizamos 39 actividades de capacitación en servicio en 10 hospitales provinciales y 2 hospitales municipales. También capacitamos con esta modalidad a efectores del primer nivel de atención en Aspiración Manual Endouterina (AMEU) en dos municipios interesados en incorporar este método a la oferta del primer nivel de atención.

Por otra parte, realizamos en cooperación con IPAS un seminario dirigido a equipos que vienen realizando interrupciones de segundo trimestre. A lo largo de 6 encuentros virtuales se

abordaron las complejidades y desafíos que representa la interrupción del embarazo en gestas avanzadas. El seminario contó con expositores internacionales y significó también una oportunidad de intercambio de experiencias locales y de otros países. A partir del seminario se dio impulso a la creación de una **Red de Fortalecimiento de Equipos** que realizan ILE en el segundo trimestre que propone avanzar en la **integración territorial por medio de la conformación de una red interdisciplinaria** con una agenda propia que fortalezca el acceso a ILE en los casos de gestas de más de 15 semanas. Más de 45 equipos de hospitales provinciales y algunos municipales forman parte de este espacio de encuentro que se reúne mensualmente para avanzar en la conformación de una red provincial de efectores con atención a ILE de segundo trimestre.

En total los y las trabajadores de la salud inscriptas para participar de las actividades de capacitación, asistencia técnica y sensibilización, durante el año 2020 fueron 2.707.

En la misma lógica de fortalecimiento territorial en redes se realizaron diversas articulaciones con otras áreas del Ministerio de Salud de la provincia y diferentes sectores de la sociedad organizada. Estas acciones tuvieron por objetivo la elaboración de políticas integrales de acceso a servicios de salud sexual y (no) reproductiva y el fortalecimiento de los equipos de salud territoriales.

Durante el transcurso del año 2020, recuperando la tradición organizativa del movimiento feminista mantuvimos múltiples encuentros de trabajo a nivel provincial, regional y local con Socorristas en Red, la Campaña Nacional por el Aborto legal seguro y gratuito, la Red de Profesionales por el Derecho a decidir y con otras colectivas locales. Estos espacios de encuentro han producido una multiplicidad de intercambios que van construyendo nuevas lógicas de acceso que incorporan la dimensión del cuidado y sostienen la autonomía de las mujeres y las personas que acompañamos.

Por otro lado, en este contexto de pandemia el uso de nuevas tecnologías para la capacitación puede considerarse, en este informe, como un desafío superado. Considerando la extensión de la provincia y las dificultades para los encuentros debido a las grandes distancias, la apropiación de las nuevas tecnologías de comunicación a distancia favoreció el alcance de los objetivos planteados. También pudimos mejorar la construcción de los registros de acciones de capacitación y de las y los participantes, en términos cuantitativos y cualitativos, incorporando aportes, comentarios y propuestas a la evaluación de los procesos formativos.

Las experiencias desarrolladas en estos primeros 12 meses de gestión son aprendizajes para la construcción de un modelo de gestión feminista inclusivo de la diversidad de voces, que reconoce las tensiones y conflictos pero que apuesta siempre a lo colectivo. Y es por eso que los avances alcanzados son producto de la construcción, sostenimiento y apropiación de los espacios de diálogo. Y es que la complejidad de nuestro sistema de salud requiere de una gestión que sea atenta a las necesidades del territorio y capaz de construir estrategias sostenidas en la universalidad de acceso a derechos, considerando la singularidad de cada situación y el alcance de recursos concretos.

EXPERIENCIAS TERRITORIALES Región I

Construyendo redes para el acceso a abortos seguros

Recuperando la ronda como dispositivo político de gestión, en la Región Sanitaria I decidimos responder a una convocatoria de la coordinación local del Ministerio de las Mujeres Políticas de Género y Diversidad Sexual que proponía elaborar de manera conjunta una estrategia de ampliación de cobertura de ILE en el territorio local. A través de acciones articuladas los equipos locales de ambos ministerios conseguimos conformar una mesa de trabajo entre referentes de salud sexual y reproductiva y equipos del área de la mujer que han podido desarrollar diagnósticos y estrategias de intervención para mejorar el acceso a ILE en varios municipios de la región.

En algunos municipios este trabajo permitió fortalecer las redes que ya venían de manera informal, articulando el territorio con el hospital, el equipo de salud y la colectiva Socorristas en Red. Como resultado de esta experiencia, pocos días antes a la sanción de la ley N° 27.610 se conformaron los primeros equipos de Interrupción Legal del Embarazo en algunos municipios avanzado así en el acceso de las mujeres y personas gestantes a un aborto seguro como así también restituyendo la autonomía sobre sus cuerpos y proyectos de vida y contribuyendo a equidad territorial.

Mariana Rubio

d) Acceso a ILE y políticas de cuidado

Entendemos el acceso a la atención integral de las personas con derecho a una interrupción legal del embarazo como un servicio que no puede reducirse a una práctica médica sino que es un aspecto integral de una política de cuidado. Esta atención debe ofrecerse en el marco de la **garantía del derecho a la autonomía personal y la integridad física, reconociendo las singularidades de cada situación, y orientada por el principio ético de igualdad**. La estrategia desplegada durante el año 2020 para ampliar el acceso al aborto, formó parte de una estrategia más amplia sobre derechos sexuales y reproductivos que contempla el acceso a métodos anticonceptivos y en particular la anticoncepción post-evento obstétrico (AIPE).

La pandemia representó un inmenso desafío pero también una oportunidad para la construcción de nuevos sentidos acerca de la interrupción del embarazo en el marco de las políticas del deseo y del cuidado. La articulación en los territorios entre referentes locales y regionales, el equipo técnico del nivel central de la DSSR y las colectivas organizadas fueron las redes que contuvieron y acompañaron a las personas en sus trayectorias construyendo nuevas narrativas acerca de la experiencia del aborto aún durante el ASPO⁵.

Una consideración especial merece el caso de las niñas que llegan al sector salud con embarazos forzados. Una de las decisiones adoptadas por nuestra gestión al inicio de la pandemia fue establecer el acceso a ILE y a métodos anticonceptivos como prestaciones esenciales. Sin embargo, en el contexto de aislamiento social debido al COVID-19 la vulnerabilidad de las niñas y adolescentes se vio aumentada y por lo tanto pusimos especial atención en este grupo poblacional con dos objetivos centrales: 1) visibilizar y problematizar el caso de las niñas

⁵ El Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio fue parte de las medidas dictadas por los Gobiernos Nacional y Provincial para la contención de la pandemia por COVID-19. En ese sentido la circulación de las personas estuvo limitada, sobre todo en las primeras etapas, con importantes restricciones para la utilización del transporte público.

embarazadas en su relación con la violencia de género y el acceso a los servicios de salud integral y, 2) comprender la complejidad de cada caso situado en su contexto singular para desarrollar estrategias efectivas de atención y restitución de derechos.

Las primeras situaciones que abordamos dieron cuenta de la importancia de incorporar una perspectiva interseccional, para lo que conformamos una mesa de trabajo que llamamos **Niñas No Madres**. Al adoptar este nombre intentamos por un lado, recuperar una demanda social reconociendo el recorrido del movimiento feminista para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y por otro, explicitar de manera clara y precisa que la niñez y la maternidad son posiciones subjetivas excluyentes.

La mesa, que se inició como respuesta inmediata a la necesidad de ofrecer un acompañamiento adecuado a cada situación, fue incorporando progresivamente nuevos integrantes y actualmente se encuentra conformada por la Dirección de Niñez y Adolescencia, la Dirección de Maternidad y Salud Perinatal y la Dirección Provincial contra las Violencias en el Ámbito de la Salud Pública, además de la DSSR. La mesa se conforma a modo de dispositivo de ronda lo que permite desencadenar procesos de transformación territoriales convocando a distintos actores locales a poner en tensión paradigmas culturales y habitus⁶, al decir de Bourdieu P., sobre la maternidad en general y específicamente en cuanto al embarazo en las niñas. El trabajo articulado apunta a promover la revisión crítica de prácticas establecidas y reproducidas, abonando al desarrollo de un modelo de atención que garantice el ejercicio de autonomía de las niñas y adolescentes y que potencia la capacidad de incidir en los sentidos enunciados. En definitiva, la mesa es una estrategia de gestión que contribuye a la construcción de una política integrada de la salud en el marco de una política global de cuidado.

3) Análisis de situación: lectura de los datos construidos

Desde el inicio de la gestión desencadenamos **tres procesos de construcción de información** que nos permitan monitorear la política pública en materia de acceso a ILE:

- Registro de **efectores⁷ de salud** del sector público que realizan ILE
- Registro de **prácticas** de ILE y uso de misoprostol
- Registro de **secuencias de atención** por interrupción legal del embarazo

Compartimos a continuación los principales resultados del año 2020⁸.

Los datos son considerados procesos constructivos que involucran marcos teóricos, toma de decisiones y definiciones metodológicas. La información que sigue corresponde a un análisis transversal de un proceso de registro desencadenado al inicio de la gestión y que por tanto puede presentar modificaciones en los sucesivos informes. Sin embargo, los mismos se

⁶ Bourdieu P. El sentido práctico. 1º ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2015, p. 86.

⁷ En el marco de este informe nos referimos a “efectores” como sinónimo de establecimientos de salud, incluyendo a Centros de Atención Primaria de la Salud, Hospitales Municipales y Hospitales Provinciales.

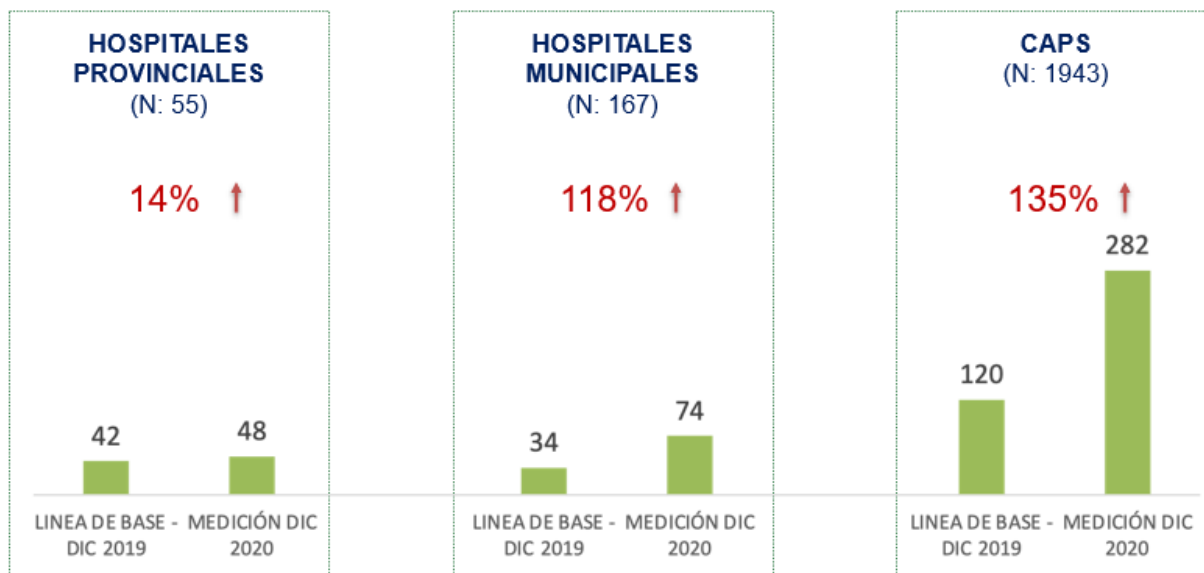
⁸ El primer informe de gestión sobre ILE incluyó la información correspondiente al Primer Semestre de 2020, por lo tanto la misma se encuentra contenida y ampliada en este informe anual.

consideran procesos dialógicos de gestión-información que consideramos significativo compartir con los equipos territoriales, las y los trabajadores del campo de la salud y toda la comunidad.

a) Efectores de salud públicos que realizan interrupción legal de embarazo

Desde que iniciamos la gestión consideramos prioritario construir y sistematizar un registro de efectores de salud del sector público que garantizan el acceso a la ILE. Este proceso de construcción de información tiene por **objetivos monitorear** el avance de la **red de efectores de salud** que realizan la práctica en todo el territorio provincial, así como también, **construir el mapa de acceso** para compartir con la comunidad. Como primer paso se construyó la línea de base con la información que contaba el entonces Programa de Salud Sexual y Reproductiva a diciembre de 2019. Es importante señalar que la línea de base no representa la totalidad de los efectores y equipos que realizaban ILE en diciembre de 2019, sino aquellos registrados en el programa provincial. Este registro dinámico se nutre de la información que surge de las acciones territoriales que se realicen en torno a esta política, del registro de prácticas de ILE y uso de misoprostol desarrollado por nuestra gestión, de los registros de las colectivas y organizaciones de la comunidad, así como de otras fuentes de información. Se presenta a continuación la comparación de la línea de base y la medición realizada en diciembre del año 2020, lo que representa las **acciones de un año de gestión en materia de aborto en la provincia**.

GRÁFICO 1. CANTIDAD DE EFECTORES QUE REALIZAN ILE SEGÚN TIPO DE EFECTOR. COMPARACIÓN DICIEMBRE 2019 Y DICIEMBRE 2020. PBA



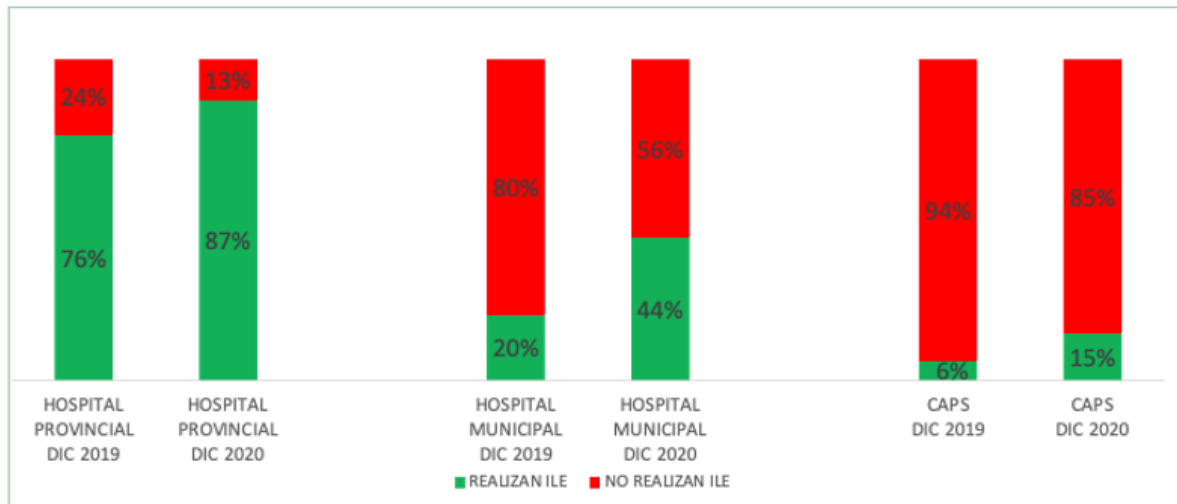
Fuente: DSSR DPEGS MSAL PBA

La línea de base construida indica que para diciembre de 2019 se registraron 196 efectores de salud en el territorio provincial que garantizaban el acceso a una interrupción legal del embarazo. Con una política sanitaria priorizada y activa en materia de acceso a la ILE, en un año de gestión, **la red de efectores se ha duplicado**, con un aumento del 106%, alcanzando así en diciembre del año 2020, **un total de 404 efectores de salud que garantizan la práctica**. En la medición realizada a diciembre del año 2020, los distintos tipos de efectores presentaron

aumentos: se sumaron a la red 6 hospitales provinciales, 40 hospitales municipales y 162 centros de atención primaria de la salud.

En un año de gestión pasamos de tener registrados 196 efectores de salud que realizan ILE a una RED de 404 efectores. Lo que significa un aumento del 106%.

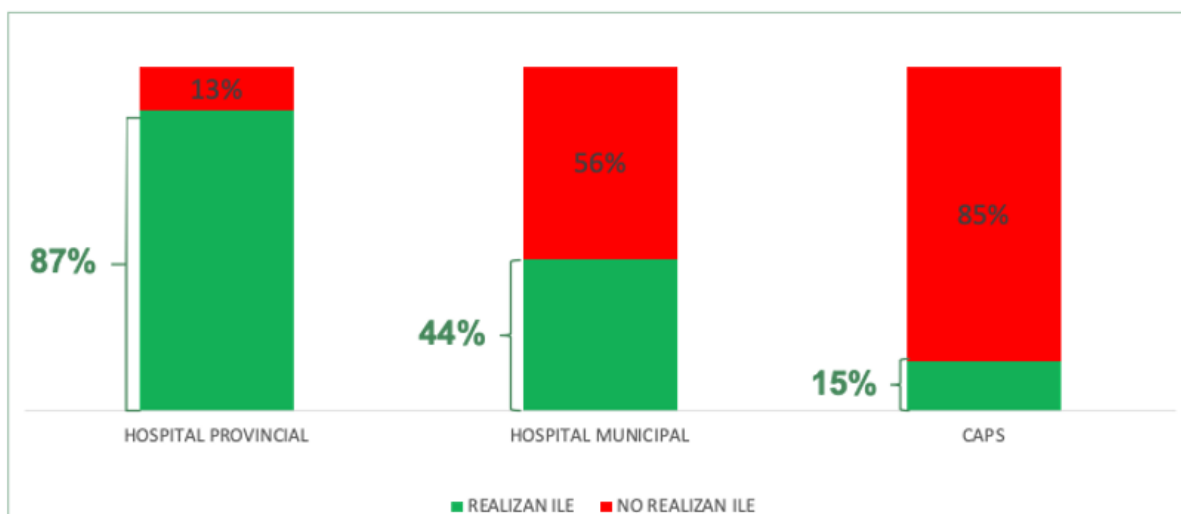
GRÁFICO 2. PORCENTAJE DE EFECTORES DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO QUE REALIZAN ILE SEGÚN TIPO. COMPARACIÓN DICIEMBRE 2019 Y DICIEMBRE 2020. PBA.



Fuente: DSSR DPEGS MSAL PBA

Si bien el aumento absoluto es significativo, todavía necesitamos trabajar activamente para ampliar la cantidad de efectores en general, pero particularmente en el primer nivel de atención, ya que en la mayoría de los casos la práctica de interrupción de los embarazos es ambulatoria. De la totalidad de Centros de Atención Primaria de la Salud que existen en el territorio provincial sólo el 15% tienen equipos que garantizan el acceso al derecho. Este porcentaje asciende a 44% en hospitales municipales y a 87% en hospitales provinciales.

GRÁFICO 3. PORCENTAJE DE EFECTORES QUE REALIZAN ILE SEGÚN TIPO. DICIEMBRE 2020. PBA.



Fuente: DSSR DPEGS MSAL PBA

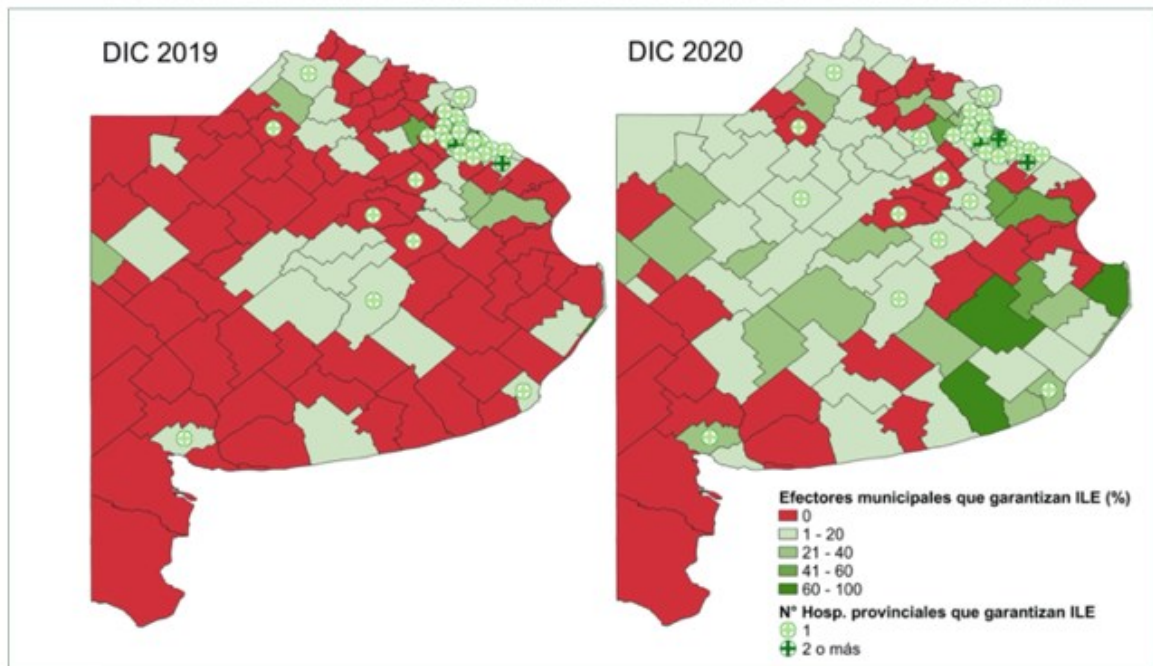
Existen desafíos para garantizar la interrupción del embarazo en los distintos niveles de atención del sistema de salud provincial. El gráfico 3 pone de manifiesto el cuello de botella que presenta el sistema de salud provincial en relación a los niveles de atención y acceso a la interrupción del embarazo, lo que explica en parte la alta proporción de ILE de primer trimestre en el segundo nivel de atención (hospitales).

Uno de los **ejes centrales de la política de acceso a la ILE fue reducir las inequidades territoriales**, entendiendo al territorio no como un ámbito físico o espacio puramente geográfico, sino como el escenario donde se despliega la vida social y transcurre la vida cotidiana. “El territorio no es solamente un entorno caracterizado por su geografía física, el paisaje y los elementos bióticos y abióticos de la naturaleza presentes en él. Es un escenario que se construye a partir de las relaciones históricas, sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales, configurando el escenario donde pulsa la vida, la salud, la enfermedad y la muerte y donde se expresan las contradicciones y los conflictos (...)”⁹. Creemos fundamental pensar al territorio en su dimensión compleja e interseccional para comprender las desigualdades en los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado, es decir, “las diferencias en las formas de enfermar y morir, en las formas de sufrir y en las posibilidades de bienestar”¹¹. En este sentido **las estrategias desplegadas para mejorar el acceso tuvieron siempre una mirada territorial**.

La complejidad y extensión del territorio provincial nos obliga a reflexionar sobre la inequidad territorial que significa tener municipios con redes de atención primaria de acceso a ILE y municipios sin ellas. El trabajo con los municipios y organizaciones territoriales resulta clave. Los mapas que siguen ponen de manifiesto el avance del acceso a la ILE durante el primer año de gestión y los desafíos pendientes.

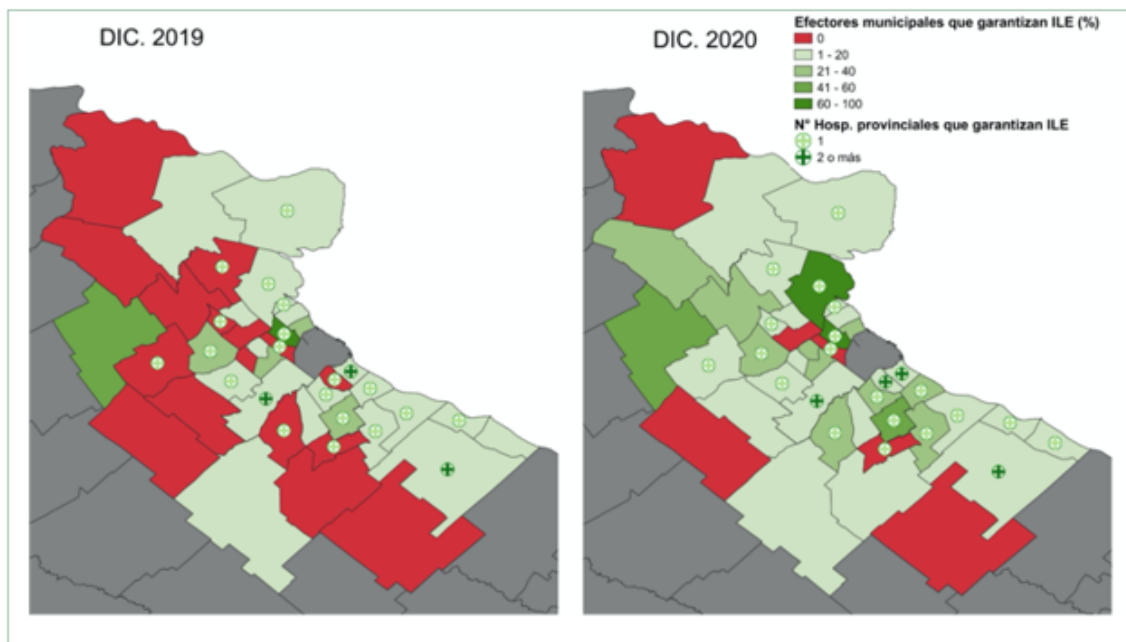
⁹ Borde E, Torres-Tovar M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Revi. Ensaio. p 273. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0264.pdf> ¹¹ ibidem. p 265.

MAPA 1: PORCENTAJE DE EFECTORES MUNICIPALES Y CANTIDAD DE HOSPITALES PROVINCIALES QUE REALIZAN ILE SEGUN MUNICIPIO. COMPARACIÓN DICIEMBRE 2019 Y DICIEMBRE 2020. PBA



Fuente: DPEGS MSAL PBA

MAPA 2: PORCENTAJE DE EFECTORES MUNICIPALES Y CANTIDAD DE HOSPITALES PROVINCIALES QUE REALIZAN ILE SEGUN MUNICIPIO. COMPARACIÓN DICIEMBRE 2019 Y DICIEMBRE 2020. AMBA PBA



Fuente: DPEGS MSAL PBA

Iniciamos la gestión con 51 municipios con al menos 1 efector municipal que garantizara la práctica y cerramos el primer año de gestión con casi la duplicación de los mimos: 99 municipios. A su vez, en los municipios que ya tenían efectores con acceso a la ILE se trabajó para incrementar la proporción de los mismos, como se observa en los mapas, en los municipios que fueron aumentando la intensidad del color verde, que representa el porcentaje de efectores municipales que garantizan el acceso a la ILE.

La tabla que sigue presenta de un modo resumido el cambio relativo en la distribución territorial. En diciembre de 2019, solo el 38% de los 135 municipios que componen la provincia tenían al menos un CAPS u hospital municipal que realizaban la práctica de ILE. A finales del año 2020 ese porcentaje ascendió a un 73% (ver tabla 1), valor que llega a un 77% si consideramos los municipios con hospitales provinciales en sus territorios que garantizan la ILE, como se observa en los mapas arriba presentados.

TABLA 1. CANTIDAD Y PORCENTAJE DE MUNICIPIOS CON AL MENOS 1 EFECTOR MUNICIPAL QUE REALIZA ILE. COMPARACIÓN DICIEMBRE 2019 Y DICIEMBRE 2020. PBA

CON 1 EFECTOR MUNICIPAL QUE REALIZA ILE O MÁS	MEDICIÓN DICIEMBRE 2019		MEDICIÓN DICIEMBRE 2020	
	CANTIDAD DE MUNICIPIOS	% DE MUNICIPIOS	CANTIDAD DE MUNICIPIOS	% DE MUNICIPIOS
SI	51	37,8%	99	73,3%
NO	84	62,2%	36	26,7%
TOTAL	135	100,00%	135	100,0%

Fuente: DPEGS MSAL PBA

El aborto es una práctica frecuente en la vida de las personas con capacidades reproductivas, el propósito de esta estrategia es que las mujeres y personas que necesiten el acceso a una interrupción de embarazo lo puedan hacer acompañadas por un equipo que trabaje en una institución cercana al lugar de residencia, es decir de propia comunidad. **Reducir las inequidades territoriales es una estrategia priorizada de esta gestión y central en el marco que inaugura la Ley Nacional N° 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo.**

b) Prácticas de interrupción legal del embarazo y uso de misoprostol en efectores de salud

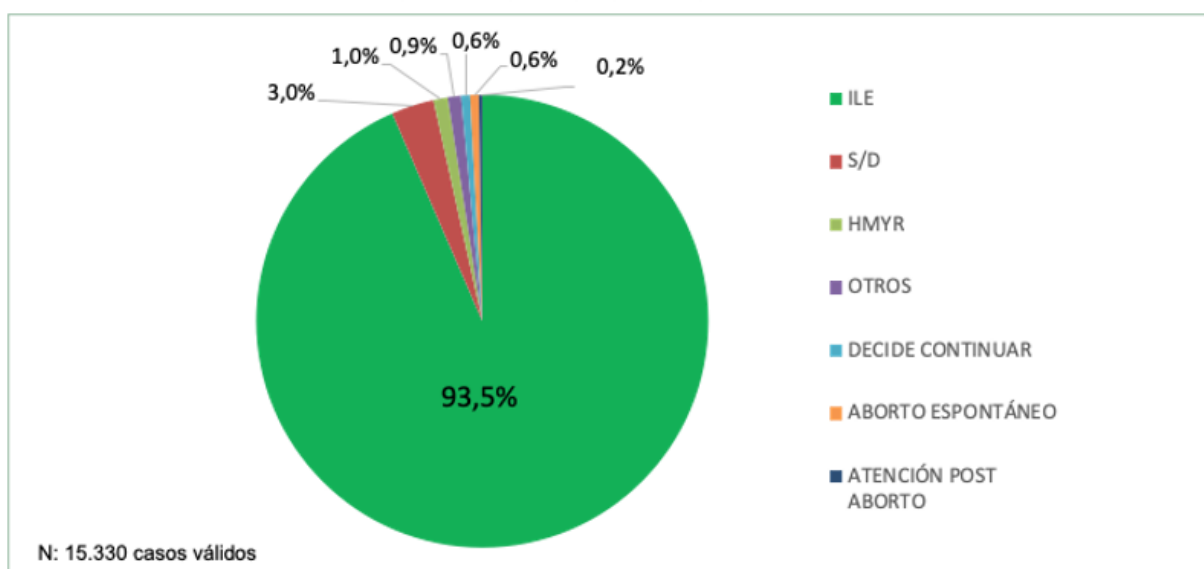
A continuación, compartimos el análisis de los datos del **primer registro de prácticas de ILE y uso de misoprostol centralizado de la provincia.** Es importante señalar que este registro se inició en el año 2020 y que todavía se encuentra en proceso de mejora, eso se verá reflejado en algunas variables analizadas que presentarán menos información registrada o distintos datos válidos según el porcentaje de carga de cada indicador. Sin embargo, resulta importante compartir los resultados que van surgiendo porque es la primera experiencia provincial de construcción de información centralizada de la práctica de aborto legal.

Los objetivos principales de este registro son caracterizar las prácticas de interrupción de embarazos, medir su magnitud, así como también analizar el uso de misoprostol. Su propósito poder contar con información de las prácticas para trabajar críticamente con los equipos de salud sexual y (no) reproductiva de todo el territorio para mejorar el acceso.

Entre enero y diciembre del año 2020 hubo un total de 15.330 prácticas de consulta por interrupción de embarazo registradas, el 93,5% fueron identificadas como interrupciones legales del embarazo (14.330). En el siguiente gráfico se observa la identificación de esas prácticas según su encuadre, con un registro de casos de atención post aborto, aborto espontáneo o huevo muerto y retenido que suman casi el 3%, mientras que las situaciones en las que se realizó una consulta por interrupción legal y luego se decidió continuar con el embarazo representa el 0,6% de los casos informados (98 personas).

Durante el año 2020 fueron registradas 14.330 Interrupciones Legales del Embarazo a través del primer registro centralizado de la provincia

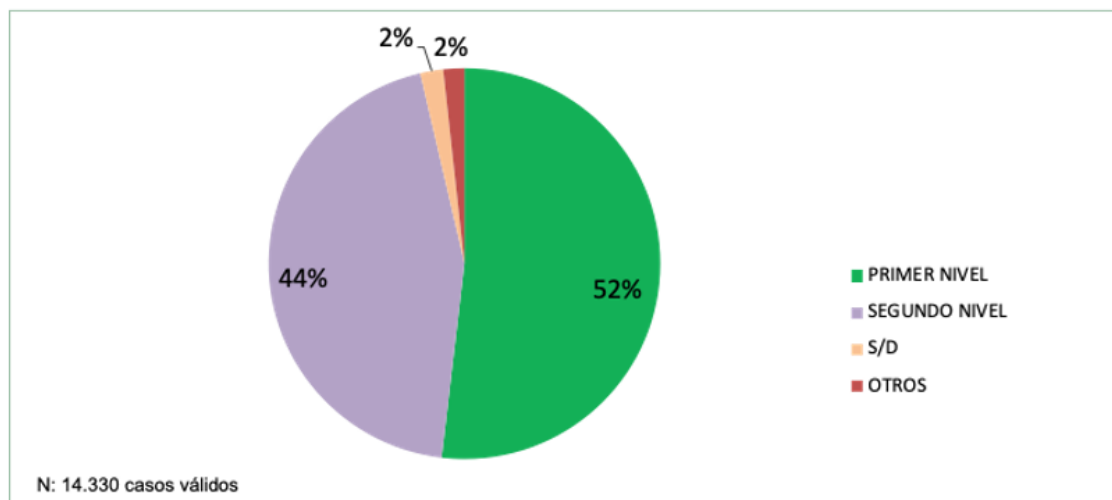
GRÁFICO 4: PORCENTAJE DE PRÁCTICAS DE CONSULTA POR INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO REGISTRADAS SEGÚN SU ENCUADRE. AÑO 2020. PBA



Fuente: DSSR DPEGS MSAL PBA

Es importante señalar que las 14.330 interrupciones legales de embarazo no es el reflejo de todas las ILE que se realizaron en la provincia en el período indicado, sino que se trata de una construcción que fue posible gracias al proceso de registro que se fue desencadenando a lo largo del año junto con los equipos que encaran la tarea en el territorio. En este sentido se observa que desde el primer análisis (junio 2020) a esta parte hubo una notable mejora en la calidad de los datos informados y en la identificación de las prácticas en la herramienta de registro.

GRÁFICO 5: PORCENTAJE DE ILE REGISTRADAS SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA CONSULTA. AÑO 2020. PBA

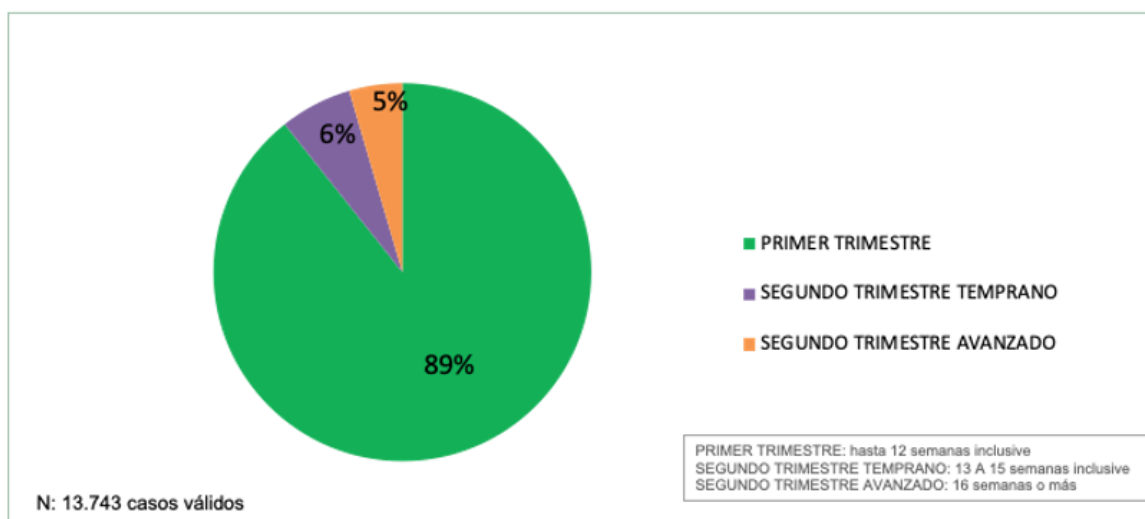


Fuente: DPEGS MSAL PBA

En relación a los efectores de salud que dieron respuesta a las 14.330 interrupciones legales de embarazo registradas en el año 2020, el 52% se realizó en el primer nivel de atención, en su mayoría en Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS); mientras que el 44% fueron resueltas en el segundo nivel, principalmente en hospitales provinciales (74%).

En relación a la edad gestacional que cursaban las personas que optaron por una ILE durante el año analizado, un dato relevante es que, según los datos informados, en **el 94% de los casos registrados la primera consulta se realizó con 14 semanas o menos de gestación.**

GRÁFICO 6: PORCENTAJE DE ILE REGISTRADAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL INFORMADA EN LA PRIMERA CONSULTA. AÑO 2020. PBA

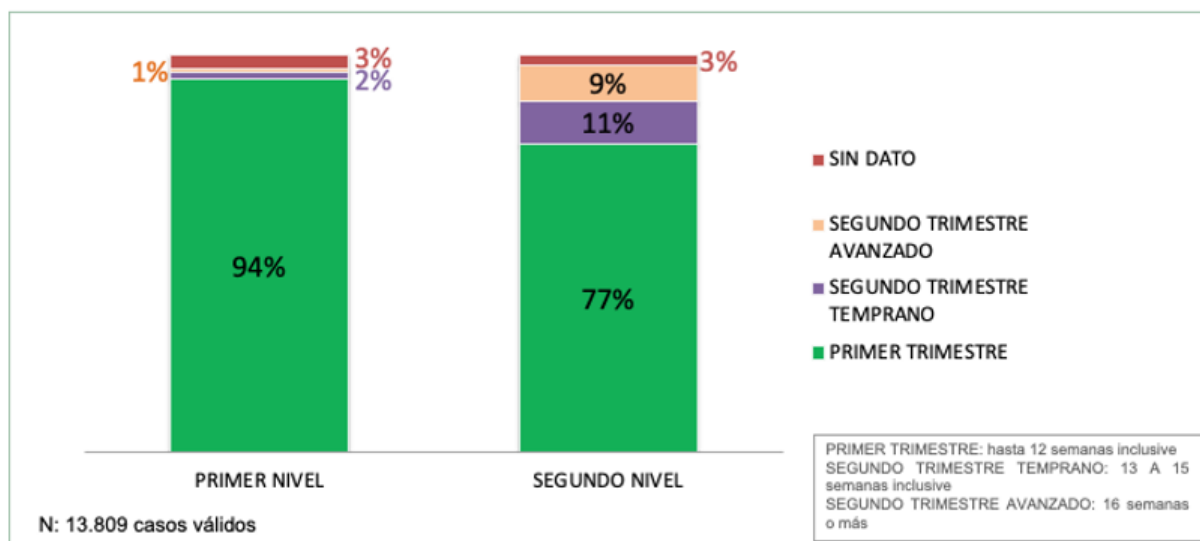


Fuente: DPEGS MSAL PBA

La edad gestacional incide en el tipo de tratamiento que resulta más adecuado para la resolución de la interrupción del embarazo y, por ende, en el tipo de efector que puede garantizar ese tratamiento. El gráfico 6 muestra que el 89% de las personas que accedieron a una ILE en el año 2020 ingresó al sistema de salud durante el primer trimestre de gestación, lo que

aumentaría las posibilidades de que esas interrupciones sean resueltas en centros de atención correspondientes al primer nivel de atención.

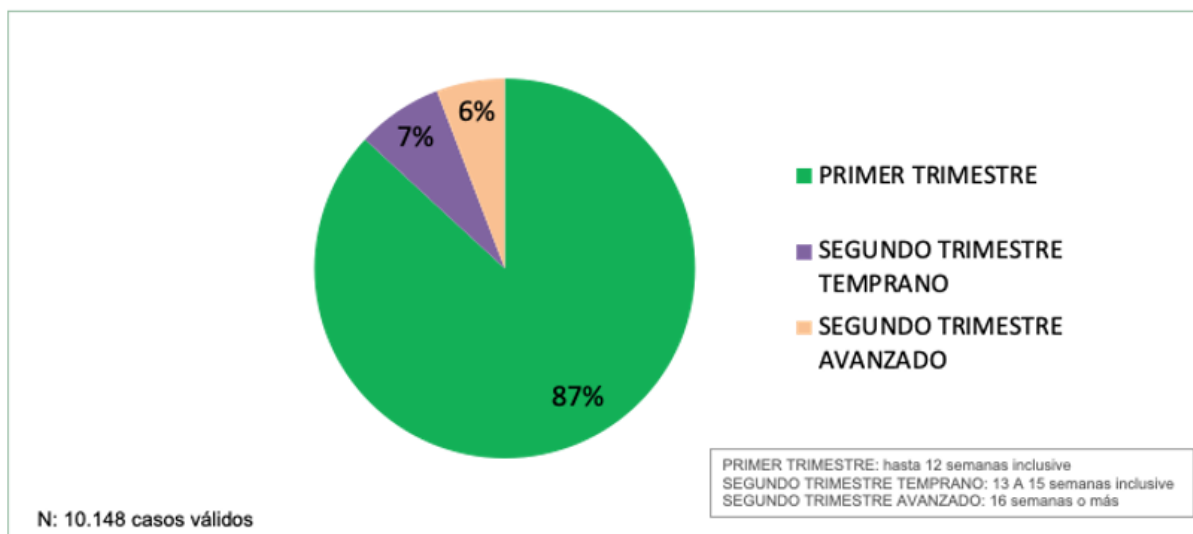
GRÁFICO 7: PORCENTAJE DE ILE REGISTRADAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y NIVEL DE ATENCIÓN DEL EFECTOR QUE RECIBIÓ LA DEMANDA. AÑO 2020. PBA



Fuente: DPEGS MSAL PBA

Si analizamos la distribución de las ILE registradas en cada nivel de atención (ver gráfico 7) de acuerdo a la edad gestacional de la primera consulta, vemos que en el primer nivel de atención el 94% de las ILE que se registran corresponden al primer trimestre de gestación, por su parte, que en el segundo nivel de atención las demandas que llegan en el primer trimestre componen el 77%, dando respuesta a situaciones que podrían resolverse en centros de atención primaria. Este porcentaje aumenta en el caso de los hospitales municipales, donde las consultas registradas en el primer trimestre ascienden al 91%. Como señalamos antes en un año se han duplicado los CAPS que realizan ILE, sin embargo debemos seguir trabajando en la ampliación de la red de acceso al aborto en el primer nivel de atención, aumentando la cantidad de equipos en ese nivel que puedan dar respuesta oportuna y local a las demandas de acceso a la interrupción de embarazos.

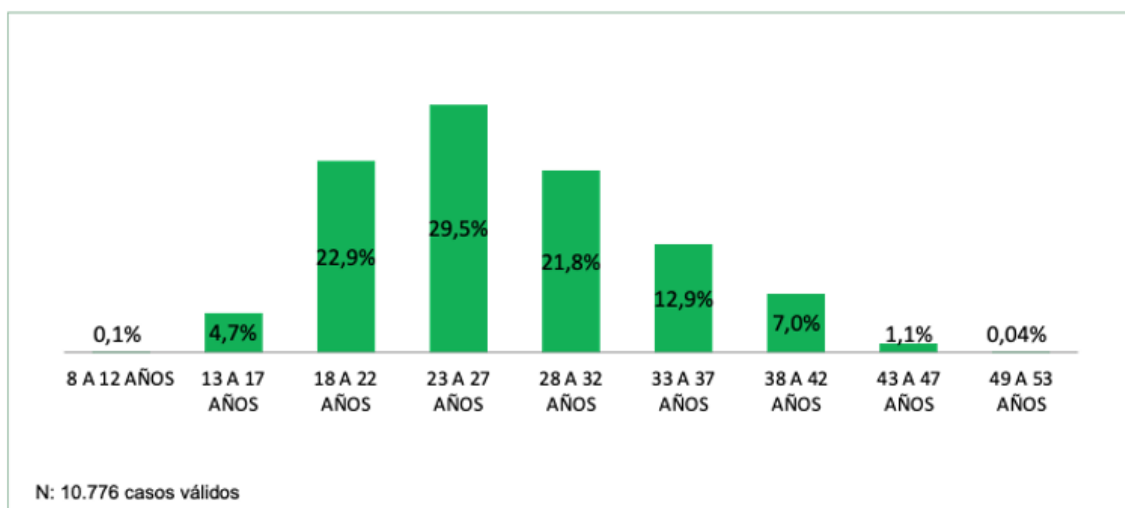
GRÁFICO 8: PORCENTAJE DE ILE REGISTRADAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN EL MOMENTO DE LA RESOLUCIÓN. AÑO 2020. PBA



Fuente: DSSR DPEGS MSAL PBA

Otro dato significativo es la edad gestacional al momento de la resolución. El gráfico 8 muestra que **el 87% de las ILE se resuelven durante el primer trimestre de gestación**. Si bien esta variable presenta un 29% de subregistro que hay que trabajar para reducir, podemos inferir que del 89% de las ILE que ingresan al sistema de salud durante el primer trimestre la gran mayoría se resuelven durante el mismo trimestre.

GRÁFICO 9: PORCENTAJE DE ILE REGISTRADAS SEGÚN RANGO ETARIO. AÑO 2020. PBA

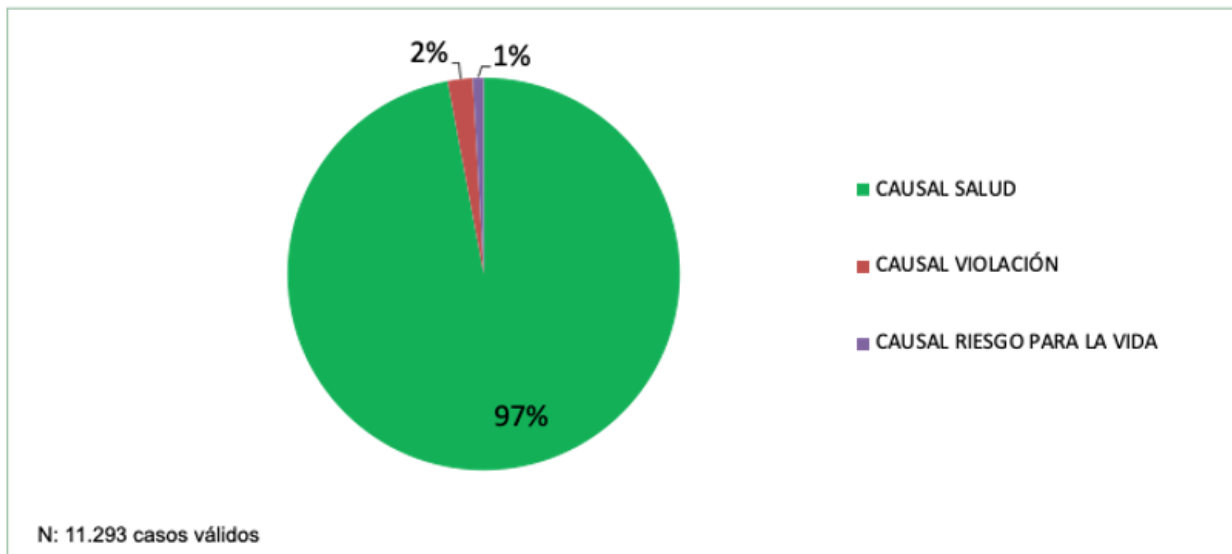


Fuente: DSSR DPEGS MSAL PBA

Si analizamos la edad de las personas que solicitaron el acceso a una ILE durante 2020 observamos que más de la mitad de las prácticas (52%) se concentra en la población comprendida entre los 18 y 27 años de edad. Casi el 5% corresponden a personas de 17 años o menos (de los cuales el 99% corresponden a personas entre 13 y 17 años y el 1% a niñas entre 8 y 12 años). Estamos trabajando en una estrategia intersectorial coordinada por la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, la Dirección de Maternidad y Salud Perinatal y la Dirección de Niñez y Adolescencia, denominada Niñas No Madres, con dos objetivos centrales: 1) visibilizar y

problematizar el caso de las niñas embarazadas en su relación con la violencia de género y el acceso a los servicios de salud integral y, 2) comprender la complejidad de cada caso situado en su contexto singular para desarrollar estrategias efectivas de atención y restitución de derechos.

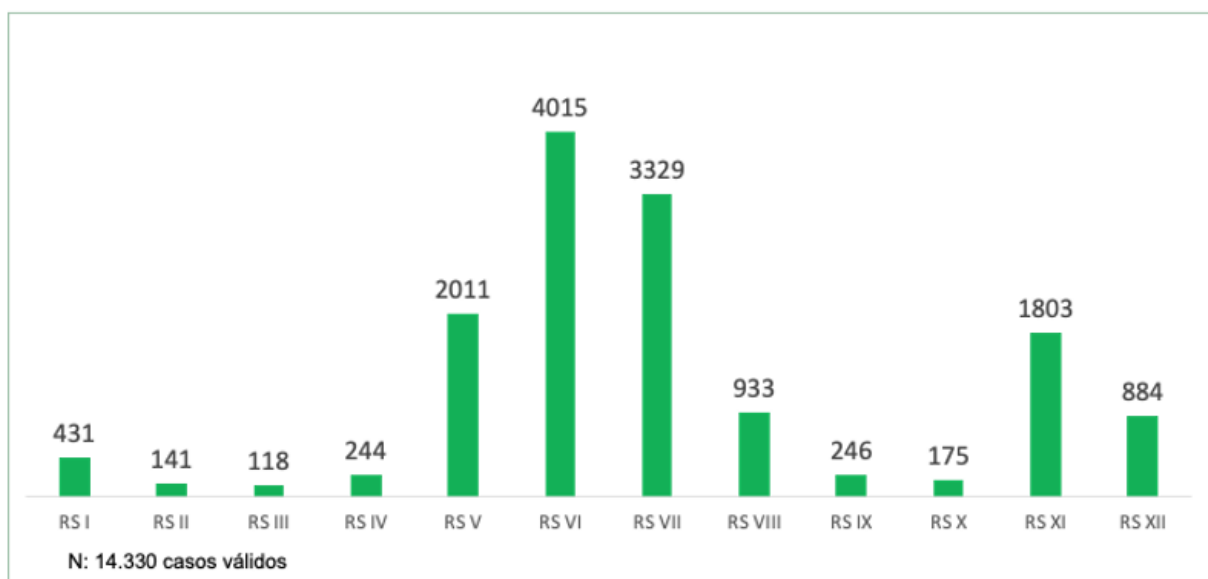
GRÁFICO 10: PORCENTAJE DE ILE REGISTRADAS SEGÚN CAUSAL. AÑO 2020. PBA



Fuente: DSSR DPEGS MSAL PBA

En relación a las causales informadas la mayoría de las ILE registró un causal de riesgo para la salud de la persona gestante. Causales que, a partir de la entrada en vigencia de la Ley Nacional N°. 27.610, no son necesarias certificar hasta la semana 14 inclusive de edad gestacional de la persona que solicita una interrupción legal.

GRÁFICO 11: CANTIDAD DE ILES REGISTRADAS SEGÚN REGIÓN SANITARIA. AÑO 2020. PBA



Fuente: DSSR DPEGS MSAL PBA

En el gráfico 11 se presentan las prácticas de ILE registradas según región sanitaria. El 51,2% se concentran en las regiones sanitarias VI y VII.

GRÁFICO 12: PORCENTAJE DE ILE REGISTRADAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO. AÑO 2020. PBA

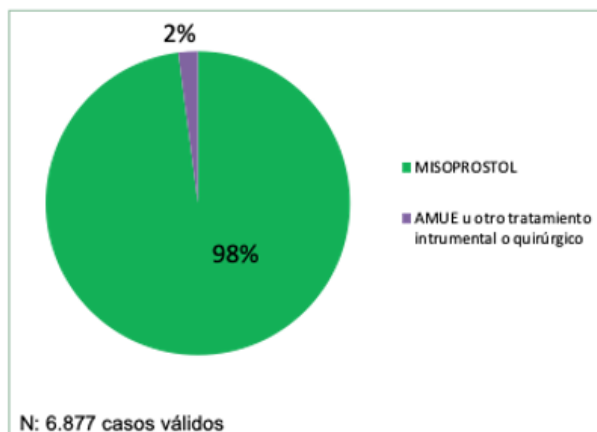
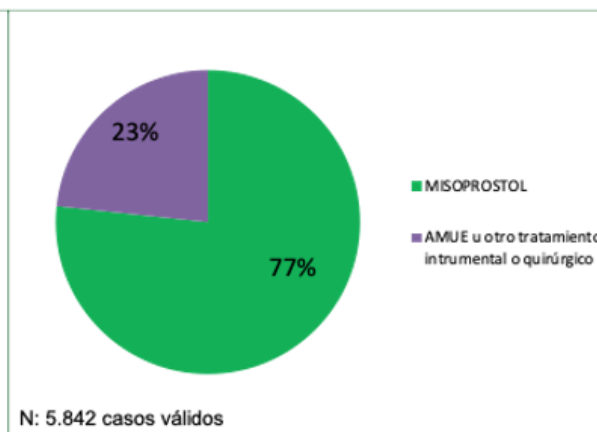


GRÁFICO 13: PORCENTAJE DE ILE REGISTRADAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO. AÑO 2020. PBA



Fuente: DSSR DPEGS MSAL PBA

El 88% de las prácticas de ILE registradas se resolvieron exclusivamente con un tratamiento de Misoprostol, el 12% restante con AMEU u otro tratamiento instrumental o quirúrgico. Estos porcentajes difieren según el nivel del efector de salud: en los centros de atención primaria el 98% fueron resueltas con misoprostol, es decir con tratamiento ambulatorio. Las prácticas de ILE que se realizaron en hospitales el 77% se resolvieron con misoprostol exclusivamente.

Los resultados de este registro resultan claves para caracterizar la práctica de interrupción de embarazo de la provincia, estimar y planificar compras de insumos, así como nutrir las distintas estrategias desplegadas por la DSSR. Los mismos son posibles gracias al trabajo y compromiso de las y los trabajadores de salud de los CAPS, hospitales municipales y hospitales provinciales de todo el territorio provincial que garantizaron y garantizan el acceso a la ILE.

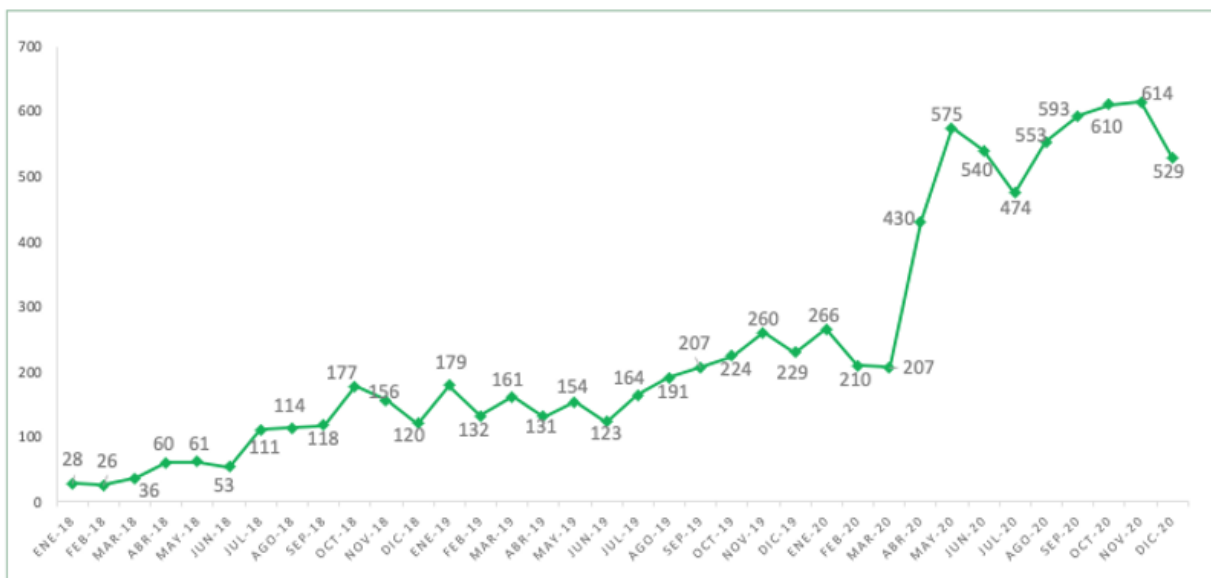
c) Secuencias de atención por interrupción legal del embarazo y su resolución

Las secuencias son las consultas de personas vinculadas a atención de servicios de salud sexual, reproductiva y no reproductiva que se reciben regularmente mediante la línea 0800 gratuita y confidencial del Ministerio de Salud de la Nación y que no pueden ser resueltas en el mismo llamado por la persona en el rol de operador telefónico. Estas consultas se refieren a métodos anticonceptivos, denuncias, insumos, abortos, entre otras prácticas, siendo el 95% (en promedio) consultas por ILE. La línea 0800 es una herramienta para evaluar la demanda, pero también en algunos casos funciona de primer contacto con el sistema de salud, sobre todo en temas de aborto en los que todavía, en algunos territorios, no son claros los circuitos de acceso o se modificaron en el contextos de pandemia. A partir del inicio de la pandemia por COVID-19 y del aumento de los obstáculos de acceso se desarrollaron herramientas provinciales digitales para que lleguen las consultas a la DSSR de la provincia y así poder acompañar los procesos.

En el gráfico 14 se presenta la tendencia creciente de la cantidad de secuencias por ILE que recibe la DSSR por mes. Se observa una tendencia creciente en todo el periodo analizado, con un salto importante luego del debate legislativo por la ley de interrupción voluntaria del embarazo en el

año 2018, y otro aumento significativo a partir de abril del año 2020 donde el promedio mensual de secuencias de ILE para el periodo abril-diciembre pasa a ser 546.

GRÁFICO 14: EVOLUCIÓN MENSUAL DE LAS SECUENCIAS DE ILE. PERÍODO ENERO 2018 A DICIEMBRE 2020. PBA



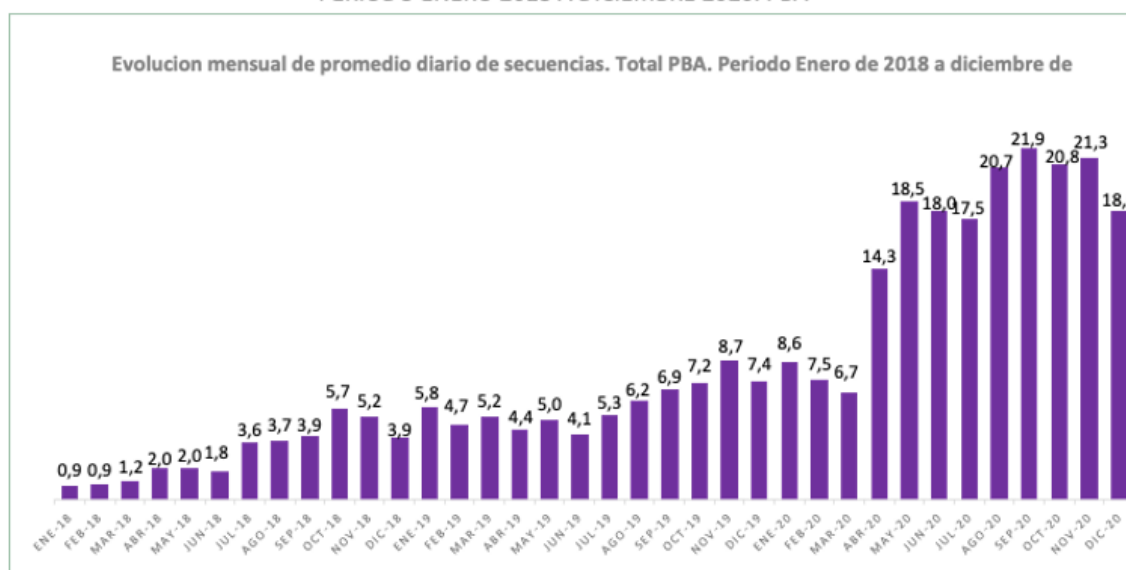
Fuente: DSSR DPEGS MSAL PBA

La duplicación de casos a partir de abril del año 2020 se corresponde entre otros motivos con el ASPO¹⁰ y la imposibilidad de las personas gestantes y de colectivas feministas que acompañan abortos para circular sin restricciones por el territorio, pero también y centralmente con **una política activa del estado provincial en materia de acceso a ILE que promovió los llamados para poder acompañar las consultas que no encontraban resolución cercana al lugar de residencia.**

Este aumento significó, para el equipo de la DSSR, pasar de un promedio de 8 secuencias diarias en el primer trimestre a un promedio de 20 en el último trimestre del año 2020 (ver gráfico 15), lo que significa un aumento del 150%.

¹⁰ El Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio fue parte de las medidas dictadas por los Gobiernos Nacional y Provincial para la contención de la pandemia por COVID-19. En ese sentido la circulación de las personas estuvo limitada, sobre todo en las primeras etapas, con importantes restricciones para la utilización del transporte público.

GRÁFICO 15: EVOLUCIÓN MENSUAL DEL PROMEDIO DIARIO DE SECUENCIAS DE ILE.
PERÍODO ENERO 2018 A DICIEMBRE 2020. PBA



Fuente: DSSR DPEGS MSAL PBA

Nos encontramos trabajando en un registro de seguimiento y resolución de las secuencias de ILE, porque no se considera resuelta la secuencia con la sola derivación a un servicio. Este proceso de construcción de información tiene por objetivo conocer cómo, dónde y cuándo se realizó y resolvió la ILE.

EXPERIENCIA TERRITORIALES Región VIII Gestión territorial y acceso a ILE.

En julio del 2020 me sumo a la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva como referente de esta política en la Región sanitaria VIII, en plena pandemia y con una gestión que apenas llevaba seis meses desde su asunción. Soy médica generalista y venía de trabajar en atención primaria y la experiencia militante de la lucha por el aborto legal, seguro y gratuito. La prioridad planteada ni bien empecé era clara: garantizar el acceso equitativo a servicios de ILE en un contexto regional que tenía algunos equipos conformados en pocos municipios y un solo hospital provincial que garantiza casi exclusivamente el acceso a ILE en segundo trimestre de gestación. La urgencia era iniciar aquellos procesos de trabajo que permitieran transformar la organización del sistema de salud a nivel territorial para garantizar la equidad en el acceso a servicios de Interrupción legal del embarazo para las mujeres y las identidades con capacidad en todos los municipios que conforman la región. Con las herramientas aprendidas en la experiencia colectiva y en diálogo con distintos actores y actrices pudimos avanzar en la construcción de redes que contuviesen de manera inclusiva a los distintos actores y actores locales y que pusiera en conversación a los equipos de salud y con la comunidad. Este entramado transversal que fuimos tejiendo en rondas, conversaciones y encuentros permitió a los largo de los meses avanzar en la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva en gran parte del territorio de la región. Entendiendo la atención de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva como un aspecto integral de las políticas de cuidado, participamos como región sanitaria junto a la Dirección Provincial de Salud Comunitaria en la campaña de verano de la provincia de Buenos Aires organizando y coordinando los talleres de Información y Promoción en Salud Sexual para los trabajadores de salud de las Postas Sanitarias de la costa bonaerense.

Amalia Musso

4) Reflexiones finales: construyendo otro modelo de atención y cuidado

Desde la constitución de la sociedad moderna y a partir de la división sexual del trabajo, el cuerpo de las mujeres ha sido territorio de explotación y objeto de un intenso tutelaje estatal. Los cuerpos con capacidades reproductivas han sido territorios de control y disciplinamiento. La estrategia desplegada para garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo en la provincia de Buenos Aires se construyó en ronda y red con diversos actores, mencionados a lo largo del informe, en contraposición a ese devenir histórico de violencia sobre las personas que portan cuerpos con capacidades reproductivas. Esta no es una política aislada sino que se inscribe en un conjunto de políticas equitativas de cuidado que lleva adelante el Ministerio de Salud de la provincia.

La información que presentamos no es un producto cerrado ni pretende ofrecer afirmaciones absolutas. Intenta, por el contrario, poner en diálogo un proceso de construcción de gestión feminista en salud, así como también ser un diagnóstico abierto de los obstáculos y desafíos que quedan por delante. Esperamos que este insumo permita orientar las futuras acciones en un proceso de conversación permanente con la comunidad organizada, con los equipos de salud, los decisores políticos y otros actores gubernamentales y no gubernamentales.

La Ley Nacional N° 27.610 es un hito histórico en el campo de la salud porque propone otro paradigma de cuidado que en la provincia hace un año venimos construyendo. **Garantizar el acceso al derecho al aborto voluntario es redistribuir poder y fortalecer la soberanía corporal y epistémica de las personas con capacidades reproductivas.** El trabajo de este primer año de gestión genera condiciones vinculares, materiales y simbólicas que nos permiten avanzar con decisión política a la plena implementación de la interrupción voluntaria del embarazo.

5) Referencias y bibliografía

- Borde E, Torres-Tovar M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Revi. Ensaio. p 273. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0264.pdf>
- Bourdieu P. El sentido práctico. 1º ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2015, p. 86.
- Kairos web, herramienta de consulta de precios de medicamentos, <https://ar.kairosweb.com/>
- Ley Nacional 27.610. acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346231>
- Misobservatorio, Observatorio Nacional de Acceso al Misoprostol, <https://www.misobservatorio.org/>
- OMS (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=AE8AE70639DF92CB65177555B1A10FBA?sequence=1
- OMS (2019). Tratamiento médico del aborto. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404_spa.pdf?ua=1
- Resolución N° 1/2019, Ministerio de Salud de la Nación, Aprueba el PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO, 2DA EDICIÓN 2019. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=333416>
- Resolución N° 1/2020, de firma conjunta entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad, de la provincia de Buenos Aires. Adhiere al PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO, 2DA EDICIÓN 2019. Disponible en: <https://normas.gba.gob.ar/ar-b/resolucion-conjunta/2020/1/210075>
- Resolución n° 577/2020. Protocolos para la atención de contingencia de servicios de salud considerados esenciales en el marco de la pandemia por COVID-19. Disponible en: <https://normas.gba.gob.ar/documentos/VmRvpdUl.html>



MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**

gba.gob.ar