

INFORME
EPIDEMIOLÓGICO

ABORTO

EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

UNA POLÍTICA DE CUIDADO, ACCESIBILIDAD Y
REDUCCIÓN DE INEQUIDADES EN SALUD.

AÑO 2022

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

Axel Kicillof

Gobernador de la Provincia de Buenos Aires

Nicolás Kreplak

Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Alexia Navarro

Subsecretaria de Atención y Cuidados Integrales en Salud

Sabrina Balaña

Directora Provincial de Equidad de Género en Salud

Carlota Ramírez

Directora de Salud Sexual y Reproductiva

Gisela Stablun

Coordinadora de la estrategia de acceso al aborto

Andrea Paz

Coordinadora de los registros de aborto y del informe

Equipo de gestión de información DPEGS que realizó el informe

Sharon Josid, Giselle Lamela, Florencia Mollo, María Carla Rodríguez, Paula Sebastián.

Equipo matricial de la DPEGS

Agostina Finielli, Cesar Bissutti, Mara Monteagudo, Luciana Kanterewicz, Melina Mosquera, Melisa Salvo, Tatiana Aime.

Equipo de la DSSR

Andoro Laura, Barco Rosa Belén, Burgos Katherine, Cabrejas Julia Ines, Castellani Romina, Di Bernardi Mara, Felitti Karina, Fornales Iván, Levy Damian Esequiel, Lukin Graciela, Monteagudo Mara Martinez, Nejamkin Florencia, Paiva Karina, Panizza Claudia Gabriela, Rocha Maximiliano M., Romero Johanna, Sánchez Estela, Setien Lorena, Sosa Brenda, Stablun Gisela, Uglini Candela jazmin, Vales Verónica, Viola Marcela, Watkins Diego, Yasky Lucia.

DNS Asistencia técnica en la implementación de la estrategia de AIPEO

Romina Castellani

Referentes de salud sexual y reproductiva de las Regiones Sanitarias

Región I: **Mariana Rubio**

Región II: **Marisol Cabrera, Manuela Andrade**

Región III: **Juan Andres Morales**

Región IV: **Luisina Lugo**

Región V: **Laura Pistani**

Región VI: **Adriana Pont**

Región VII: **Alejandra Calvaresi**

Región VIII: **Amalia Musso**

Región IX: **Andrea Rivas**

Región X: **Valeria Mato**

Región XI: **Monica Mancinelli**

Región XII: **Martina Urruchua**

Equipo de trabajo de las regiones sanitarias

RS I: **Marcela Barreto**, RS II: **Cintia Ramirez**, RS IV: **Milagros Vega, Juan Pablo Ramos**, RS V: **Abril Semorile, Ana Paula Gómez Chicola, Emanuel Alejandro Sueyro, Catalina Sidero Díaz**, RS VI: **Mónica Montiel**, RS VIII: **Giovanna Quadrelli**, RS X: **Elizabeth Cicnetti**, RS XI: **Marisa Mazzucchelli, Nimia Paredes, Yésica Bonifacio**, RS XII: **Carolina Contreras**

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

María Cecilia Lauricella

María Antonella Bertolot

INTRODUCCIÓN

Presentamos este informe epidemiológico del acceso al aborto en la provincia de Buenos Aires como política priorizada por el Ministerio de Salud bonaerense, transcurridos más de tres años de gestión y más de dos desde la sanción e implementación de la Ley Nacional de Interrupción Voluntaria del Embarazo N° 27.610. Una etapa importante de este proceso se desencadenó durante la Pandemia por COVID-19, lo que sumó desafíos, pero no detuvo a los equipos de salud que se sumaron con entusiasmo a conformar dispositivos de acceso. La actual Red Bonaerense de acceso al Aborto tiene su impulso germinal en cientos de trabajadoras y trabajadores de la salud que se organizaron para garantizar abortos seguros. A lo largo del tiempo se fueron transformando en colectivas que dieron lugar a organizaciones como la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, las Socorristas en Red que junto a las Campaña por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito interpelaron al sistema de salud incorporando servicios de interrupción del embarazo en distintos establecimientos y localidades de la Provincia. Con el respaldo de la nueva legislación y la decisión política de un gobierno provincial que prioriza el derecho a la salud en toda su dimensión, pudimos triplicar los equipos de salud y así avanzar en la conformación de una red de casi 600 establecimientos de salud que garantizan el acceso al aborto en 133 de los 135 municipios¹.

Desde el inicio de la gestión hemos priorizado estratégicamente el registro y la producción de información como un insumo para el monitoreo y la evaluación y en diálogo permanente con la política de garantía y ampliación de acceso al aborto y la reducción de inequidades en todo el territorio de la provincia de Buenos Aires.

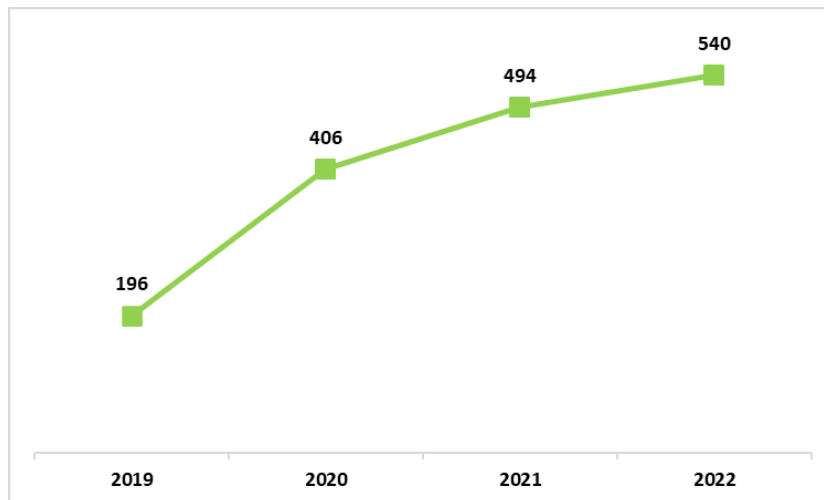
Los datos que se presentan en este informe son el resultado de un complejo e intenso proceso de trabajo del que participan muchos actores y actrices, en distintos ámbitos y niveles del sistema de salud y que conforman la Red Provincial de Acceso al Aborto. Son quienes trabajan cada día para la implementación de la Ley 27.610 en las instituciones sanitarias y que impulsan transformaciones del modelo de atención orientando las prácticas a los cuidados y no al control de las personas. Forman parte de esta red todas las personas y colectivas que desde dentro y fuera del sistema de salud ofrecen información y acompañamiento a las personas que necesitan acceder a un aborto.

La documentación de los procesos de atención y el registro de procesos y resultados permiten mejorar la gestión de los insumos, reorientar las acciones, evaluar los avances e identificar áreas de mejora, tanto en el acceso como en la calidad de los servicios de aborto desde una perspectiva integral. Este informe no sería posible sin la dedicación amorosa de cientos de trabajadores de la salud y de las activistas que desde los territorios nos ayudan a empujar el límite de lo posible.

Uno de los registros, desarrollados desde el inicio de la gestión, es el **Registro de establecimientos de salud que realizan prácticas de IVE/ILE**, con el objetivo de acompañar el crecimiento de la Red, la política de cercanía en el acceso y la reducción de inequidades territoriales.

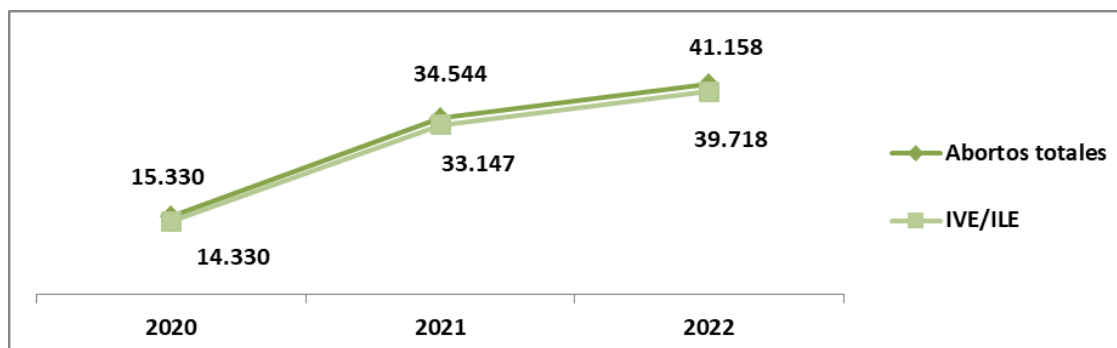
¹ Solo San Miguel y Capitán Sarmiento se han negado a conformar un equipo que garantice el acceso al aborto en los establecimientos municipales.

Gráfico 1. Evolución de establecimientos de salud que realizan prácticas de IVE/ILE. Período 2019-2022. PBA



Con el objetivo de dimensionar la magnitud del aborto en la Provincia, pero por sobre todo para caracterizar la práctica de aborto y acompañar el desarrollo de buenas prácticas de cuidado, se desarrolló y consolidó en estos 3 años el **Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol**.

Gráfico 2: Cantidad de abortos totales y prácticas IVE/ILE. Período 2020-2022. PBA



Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. DPEGS. MSAL PBA. Año 2022.

Durante el año 2022, junto con la Dirección de Tecnologías, Sistemas de Información y Comunicación del Ministerio de Salud de la PBA, desarrollamos el sistema de *Registro y Gestión de Abortos*, para poder integrar ambos relevamientos y mejorar la calidad de la información. En el transcurso del año 2023 nos encontramos en proceso de implementación del mismo en las 12 Regiones Sanitarias con los casi 600 equipos distribuidos en todo el territorio.

A continuación, presentamos los resultados obtenidos a partir de estos registros y otras fuentes de información disponibles.

1. RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE GARANTIZAN EL ACCESO AL ABORTO: “EFECTO MAPA”²

Desde diciembre de 2019 se priorizó la conformación de una **Red de establecimientos de acceso al aborto** de la Provincia, y una política de acceso centrada en la reducción de las inequidades territoriales. Las metas definidas estuvieron orientadas a que los 135 municipios contaran con establecimientos municipales que garanticen el acceso a la práctica, así como la ampliación de la red de primer nivel de atención. Como parte de este proceso se trabajó de manera articulada con las doce regiones sanitarias, a fin de identificar las necesidades específicas de cada territorio y desarrollar estrategias para cada hospital, centro de salud o municipio.

Para recuperar el carácter vivo y dinámico de la información en salud y poner la información en diálogo con la estrategia política, se decidió construir distintos mapas que permitieran visualizar el avance de la red y la reducción de las inequidades territoriales, y faciliten a la población el acceso de la información sobre la red de aborto bonaerense.

Con este objetivo se crearon dos mapas: uno estático y otro dinámico. Los mapas estáticos cartografían los procesos de ampliación de la red y permiten la comparación año a año, mientras que el mapa dinámico tiene por objetivo democratizar el acceso a la información porque permite conocer cuáles son los establecimientos de salud que garantizan el acceso a este derecho de manera actualizada³.

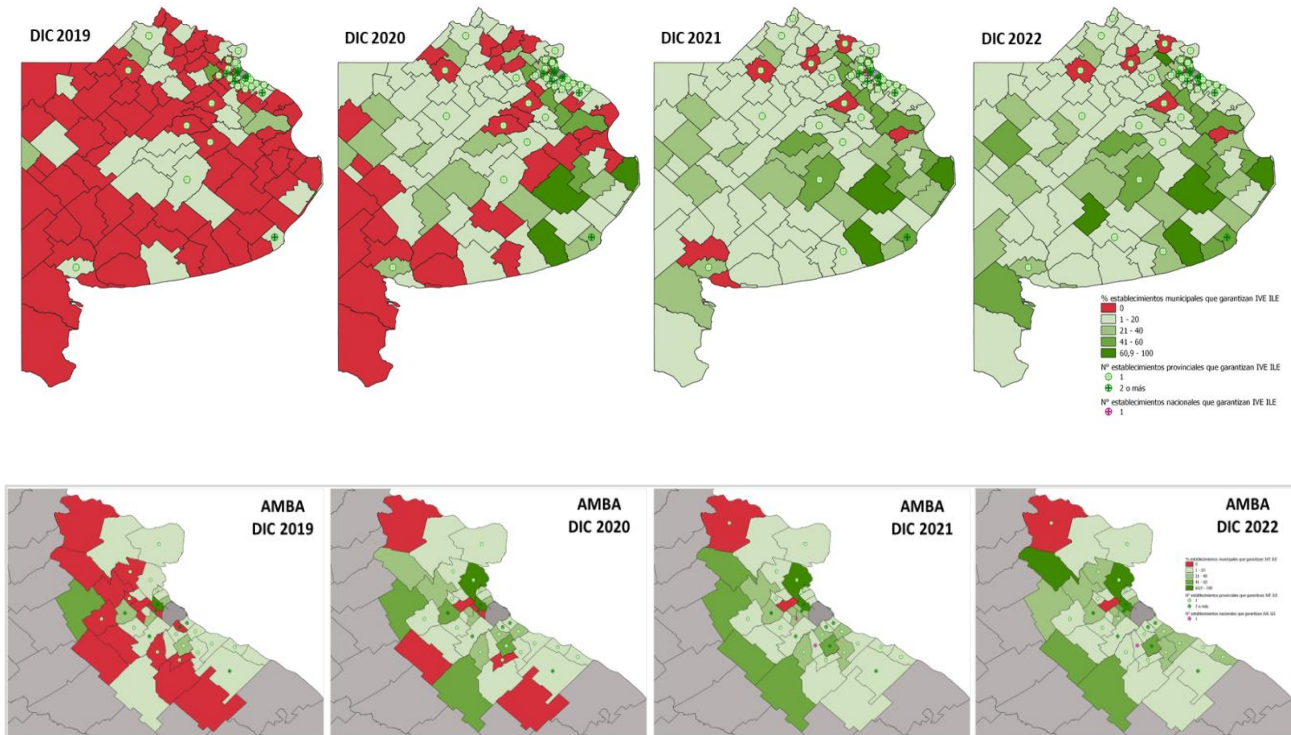
En los procesos de diálogo con diferentes actores se produjo lo que fuimos llamando “**efecto mapa**”: personas en lugares de decisión política que activaron estrategias para incorporarse al mapa provincial al verse no integrados a la Red, equipos de salud que se sintieron parte de una red colectiva y mayor accesibilidad para las personas que deciden realizar un aborto.

En los **mapas estáticos** que compartimos a continuación podemos conocer la ampliación de acceso a aborto en la Provincia por año. Representan en una graduación de tonos de color verde a los municipios que garantizan el acceso a IVE/ILE, según el porcentaje de establecimientos de salud municipales que lo garantizan sobre el total de establecimientos. En rojo se representan los municipios que aún no garantizan el acceso a estas prácticas con establecimientos propios, y su identificación posibilita definir estrategias específicas para estas situaciones. También se localizan (con puntos verdes) los establecimientos provinciales que realizan IVE/ILE en cada uno de los municipios.

² Para más información sobre el “efecto mapa” se puede acceder al documento “Efecto mapa”: Los sistemas de información geográfica como parte de la estrategia de reducción de las inequidades en el acceso al aborto en la Provincia de Buenos Aires” publicado en el Dossier de Género, Feminismos e Innovación para el desarrollo, en la Revista de estudios Sociales de la Ciencia y la tecnología”

³ El mapa dinámico con la Red de Aborto Bonaerense actualizada se puede encontrar en el siguiente link: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/aborto/>

Mapa 1. Municipios con establecimientos de salud municipales que realizan IVE/ILE y localización de establecimientos provinciales y nacionales que realizan IVE/ILE. PBA y AMBA. Comparación diciembre 2019, 2020, 2021 y 2022.



Fuente: Registro de establecimientos de salud que realizan IVE/ILE de la DPEGS. MSAL PBA, diciembre 2022.

Desde el inicio de la gestión, incorporamos 344 nuevos centros de salud y hospitales (municipales, provinciales y nacionales) a la RED DE ACCESO AL ABORTO de la provincia de Buenos Aires, de los cuales 134 se incorporaron desde la promulgación de la Ley, alcanzando a diciembre de 2022 un total de **540 establecimientos públicos** municipales, provinciales y nacionales (en diciembre de 2019 eran 196)⁴.

En la Tabla 1 comparamos el diagnóstico realizado en diciembre de 2019 sobre los establecimientos de salud que garantizaban acceso al aborto en el territorio, así como su distribución por cada uno de los 135, con los avances en la Red de aborto hasta el año 2022. En diciembre de 2019 la Provincia contaba con 196 establecimientos no conformados en red, ni institucionalizados por el organismo rector en salud de la Provincia, concentrados en el 38% de los municipios. En el primer año de gestión duplicamos la cantidad de establecimientos de salud, y a diciembre de 2022 casi triplicamos con un **aumento del 176%, distribuidos por el 95% de los municipios** (132 municipios), constituyendo de esta manera una red que se amplía con fuerte potencia de equidad territorial.

⁴ Como el crecimiento de la Red es una estrategia priorizada del Ministerio de Salud de la provincia al momento de publicación de este informe conocemos que la Red asciende a 589 (mayo 2023).

Tabla 1. Municipios y establecimientos que garantizan el acceso a IVE/ILE. PBA, diciembre 2022.

Acceso a IVE/ILE	Diciembre 2019	Diciembre 2020	Diciembre 2021	Diciembre 2022	
Municipios con establecimientos de salud que garantizan el acceso a ILE/IVE (todas las dependencias)	62	104	130	132	
Municipios con al menos un establecimiento municipal de salud que garantiza el acceso a ILE/IVE	51	99	125	128	
Municipios sin establecimientos municipales que garanticen la práctica	84	36	10	7	
Porcentaje de municipios con establecimientos municipales que garantizan la práctica de ILE/IVE	38%	73%	93%	95%	
Total establecimientos que garantizan ILE/IVE	196	406*	494	540	↑ 176%
Establecimientos provinciales que garantizan ILE/IVE**	42	49 (48 hosp+ 1 UPA)	58*** (56 hosp+ 2 CPA-UPA)	59 (57 hosp+ 2 UPA)	↑ 40%
Establecimientos municipales que garantizan ILE/IVE	154	356	432	477	↑ 210%
Establecimientos nacionales que garantizan ILE/IVE	0	1	4	4	

*En el informe de gestión 2020 se publicaron 404 establecimientos totales, ya que no se incluyeron el hospital nacional y la U.P.A

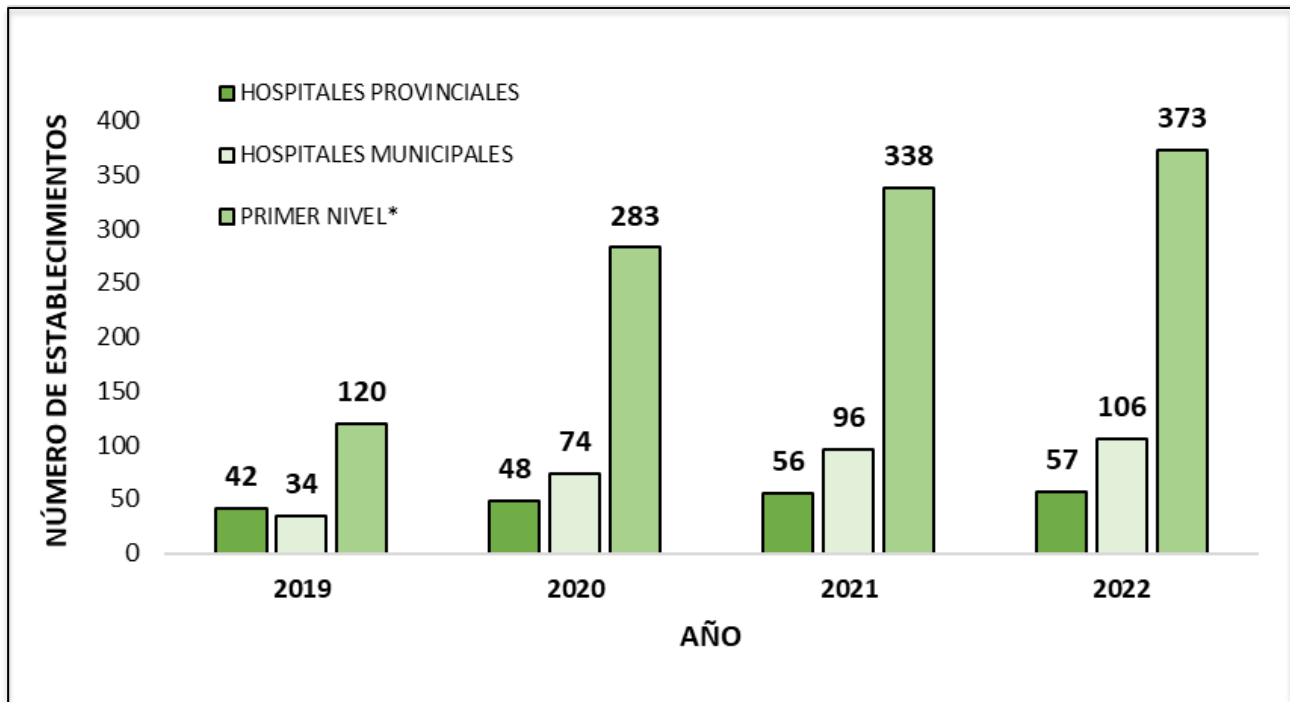
**Dentro de los establecimientos provinciales se contemplan hospitales, C.P.A. y U.P.A

***En el informe 2021 se incluyó un CPA provincial, que corresponde a un CAPS municipal

Fuente: Registro de establecimientos de salud que realizan IVE/ILE de la DPEGS. MSAL PBA, diciembre 2022.

La reducción de inequidades en materia de aborto en la PBA se encuentra atravesado por una estrategia de trabajo con y en los 135 municipios, porque la ampliación del acceso en el primer nivel de atención en su mayoría de dependencia municipal es clave para lograr la capilaridad y cercanía necesaria que necesita el aborto como evento frecuente en la vida de las mujeres y personas con capacidad de gestar. En cuanto a los establecimientos municipales, en diciembre de 2019 eran 154 (entre hospitales municipales y CAPS/C.I.C) los que garantizaban el acceso. En estos tres años de gestión se incorporaron 322, de los cuales 121 se incorporaron desde la promulgación de la Ley. A diciembre de 2022, se contó con un total de 477 establecimientos municipales, representando un aumento de 210% a partir de un fuerte trabajo junto a las regiones sanitarias y los municipios.

Gráfico 3. Evolución del número de establecimientos que realizan IVE/ILE por año. Periodo diciembre 2019- diciembre 2022.



*Primer nivel incluye C.A.P.S, U.S, C.I.C, C.P.A y U.P.A, con establecimientos de dependencia municipal y provincial.

En este gráfico no se incluyen los establecimientos de salud nacionales que se suman a los totales presentados en la Tabla 1.

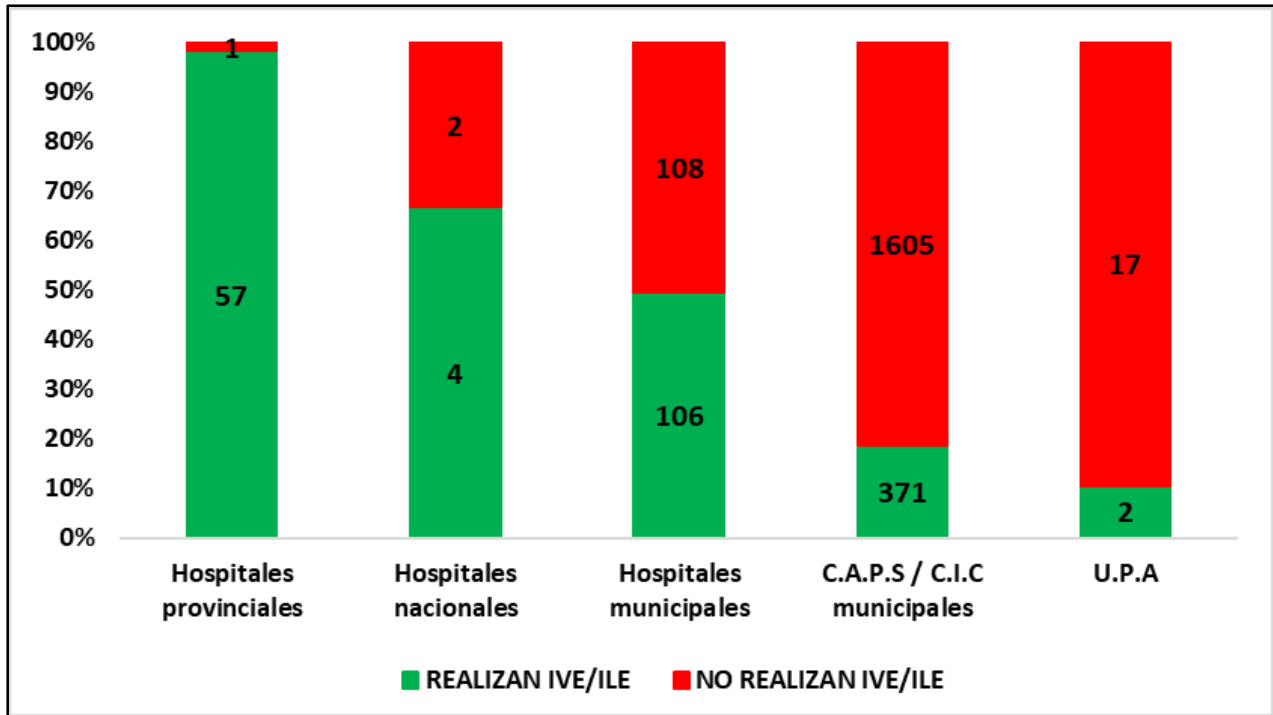
Fuente: Registro de establecimientos de salud que realizan IVE/ILE de la DPEGS. MSAL PBA, diciembre 2022

En el gráfico 3 se puede observar la evolución del número de establecimientos por año desde diciembre del 2019 a diciembre 2022. El mismo muestra un claro aumento en la cifra de todos los establecimientos siendo del 36% para los hospitales provinciales (alcanzando el 100% de la meta propuesta en el inicio de la gestión); 212% para hospitales municipales y 210% para el primer nivel respectivamente.

En cuanto a la relación entre establecimientos de primer y segundo nivel de atención, se observa un aumento de la red del primer nivel de atención en el año 2020. Así, el primer nivel de atención pasó del 61,2% en el 2019 al 69,8% en el 2020. A partir de ese año las proporciones en los distintos niveles de atención se mantienen estables.

En el gráfico 4 observamos la Red de establecimientos según tipo de establecimiento y dependencia. Se observa que a pesar del aumento de establecimientos en el primer nivel de atención aún representan solo el 18,8% del total de CAPS/CIC, lo que pone de manifiesto que necesitamos, en conjunto con los 135 municipios, seguir ampliando el acceso al aborto en este nivel. Sumamos al análisis las UPA y los CPA porque, sin que formen parte de la estrategia inicial, se fueron incorporando, lo que nos permite pensar la Red también con otros tipos de establecimientos.

Gráfico 4. Porcentaje total y número de establecimientos que realizan IVE/ILE respecto del total de establecimientos, según tipo de establecimiento. PBA, diciembre 2022.⁵



Fuente: Registro de establecimientos de salud que realizan IVE/ILE de la DPEGS. MSAL PBA, diciembre 2022

A diciembre del 2022 eran 132 municipios los que contaban con al menos un establecimiento de salud municipal o provincial que garantizara el acceso al aborto. Quedaban 7 municipios sin establecimientos municipales (Tabla 1B), de los cuales 4 tenían establecimientos provinciales que daban acceso: Carmen de Areco, Junín, Lobos, Zárate. Los 3 que no contaban a esa fecha con ningún establecimiento de salud que garantizara eran: San Miguel, Capitán Sarmiento y Lezama⁶, municipios que no cuentan con hospitales provinciales en su territorio.

Tabla 1B. Municipios que no cuentan con establecimientos municipales que garantizan el acceso a IVE/ILE. PBA, diciembre 2022.

MUNICIPIOS EN ROJO EN EL MAPA	
SIN ESTABLECIMIENTOS QUE REALICEN IVE/ILE	CAP. SARMIENTO
	LEZAMA
	SAN MIGUEL
SOLO ESTABLECIMIENTOS PROVINCIALES	CARMEN DE ARECO
	JUNÍN
	LOBOS
	ZÁRATE

⁵ En el año 2023, todos los hospitales provinciales que se definieron como meta se encuentran garantizando el acceso a IVE/ILE.

⁶ En el año 2023, el municipio de Lezama se sumó a la red con establecimientos propios.

Los mapas son una herramienta para la construcción de imágenes que capturan momentos específicos de los procesos de trabajo desencadenados. Ofrecen la posibilidad de devenir, de ser transformados y transformadores. Describen las redes desplegadas a lo largo y ancho de la Provincia, expresan relaciones, conflictos y consensos alcanzados.

En la Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud hablamos del **“efecto mapa”** para referirnos al impacto político-estratégico que tienen estos mapas, tanto para quienes toman decisiones en distintos niveles de gobierno, para las trabajadoras y trabajadores de salud, como para las personas que necesitan acceder a un aborto en los establecimientos de salud de la provincia de Buenos Aires.

2. CARACTERIZACIÓN DE LOS ABORTOS VOLUNTARIOS Y LEGALES EN LA PBA⁷

Desde inicios del año 2020, el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires construyó el **primer Registro centralizado de Prácticas de Interrupción del Embarazo y Uso de Misoprostol**. Durante estos tres años se registraron **91.032 situaciones**, de las cuales el 96% se corresponden con **abortos intencionales (n=87.195)**. Las otras situaciones se corresponden con: mola, embarazo ectópico, aborto espontáneo, huevo muerto y retenido, pos aborto, entre otras. Este registro nos permite acompañar la política de acceso al aborto en la Provincia, monitorear los avances territoriales en términos de equidad, conocer la magnitud de abortos, como caracterizar las prácticas realizadas en la provincia de Buenos Aires.

En el año 2020 registramos un total de 14.330 interrupciones de embarazos, identificadas como interrupciones legales (ILE). En el año 2021, con la sanción de la Ley N° 27.610 registramos 33.147 prácticas de interrupciones legales o voluntarias de embarazos, lo que representa un aumento de más del doble (131%). En el año 2022 se registraron 39.718 prácticas de interrupciones legales o voluntarias de embarazos lo que representa un aumento acumulado del 177% en relación al año 2020. (Tabla 2 y 3)

Tabla 2. Evolución del número de prácticas totales registradas⁸ como aborto en PBA Período 2020 - 2022

2020	2021	2022
15.330	34.544	41.158

Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. DPEGS. MSAL PBA

Tabla 3. Evolución del número de eventos de interrupciones legales o voluntarias de embarazos PBA Período 2020 - 2022

2020*	2021	2022
14.330	33.147	39.718

*En el año 2020 sólo se registraban las prácticas correspondientes al evento ILE.
Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. DPEGS. MSAL PBA

Vale destacar que **el aumento de las situaciones no significa que los eventos de aborto en la Provincia se hayan duplicado, sino que, por el contrario, lo que se amplía significativamente es el acceso a la práctica segura en el sistema de salud⁹**. Este proceso fue acompañado por el compromiso y trabajo de los más de 500 equipos de acceso al aborto de toda la Provincia, distribuidos en las 12 regiones sanitarias, en 132 municipios.

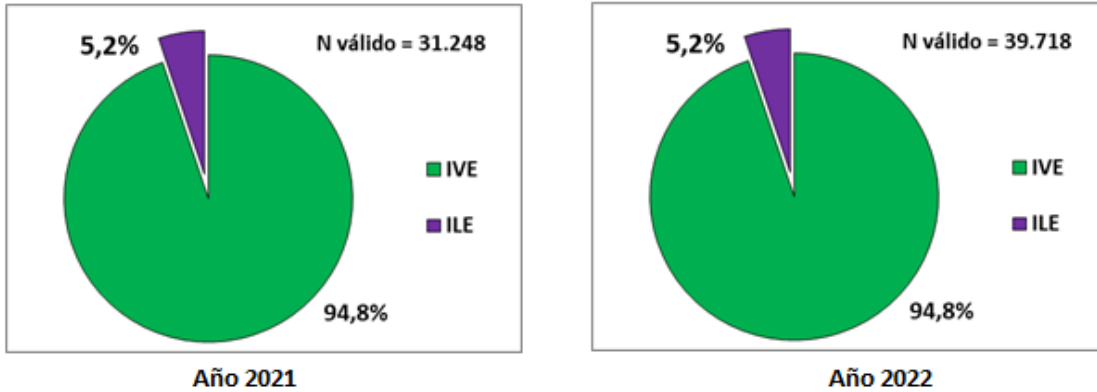
⁷ Los gráficos aquí presentados no incluyen el análisis de los valores sin datos o inválidos, por lo que se observarán totales (N) diferentes en cada variable analizada.

⁸ Incluye abortos voluntarios y legales, mola, embarazo ectópico, aborto espontáneo, huevo muerto y retenido, pos aborto.

⁹ Ver punto "Estimaciones de abortos en Provincia de Buenos Aires"

En el año 2022 del análisis del total de registros IVE/ILE el **94,8% se corresponden a abortos voluntarios (hasta la semana 14 inclusive)** mientras que el 5,2% comprenden interrupciones legales del embarazo (más de 15 semanas de gestación). Resulta relevante señalar que estos porcentajes no se modificaron en comparación con el año 2021 (Gráfico 5).

Gráfico 5. Porcentaje de interrupciones voluntarias y legales registradas. PBA. Periodo 2021-2022*.

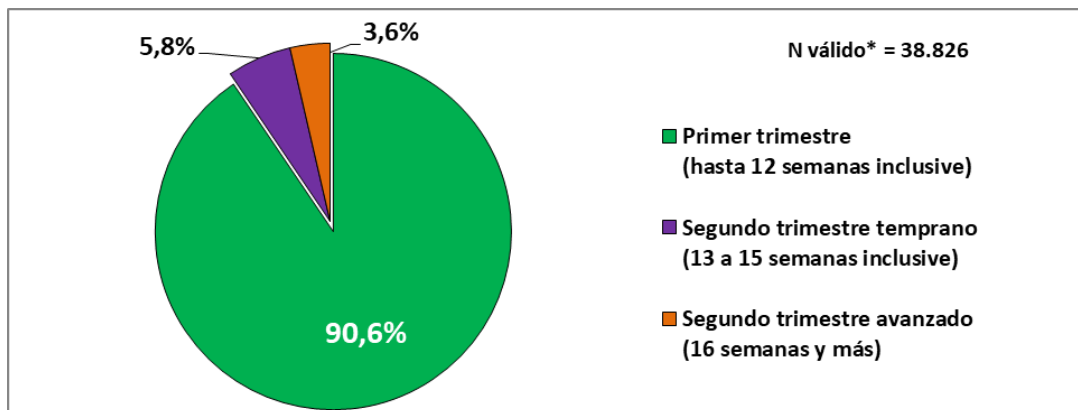


*Se excluye del análisis porcentual el año 2020 por presentar solo eventos ILE.
 N válido = sólo se incluyen las interrupciones IVE/ILE a partir de la vigencia de la Ley 27.610
 Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. DPEGS. MSAL PBA. Año 2022

Las interrupciones legales del embarazo se encuadran, según la legislación vigente, en tres causales: riesgo a la salud, riesgo a la vida de la persona gestante y por violación. El 95,2% de las ILE corresponden al causal de salud, 1,6% riesgo a la vida de la persona gestante y 2,8% por violación.

El **90,6%** de las personas que solicitaron acceder a un aborto en el año 2022 lo realizaron dentro del **primer trimestre** de gestación, es decir hasta la semana 12 inclusive (Gráfico 6). Este porcentaje en el año anterior fue de 89,1%. Sólo el 3,6% de las prácticas se corresponden con abortos del segundo trimestre avanzando, a partir de la semana 16 de gestación.

Gráfico 6. Porcentaje de prácticas IVE-ILE según edad gestacional en la 1era. consulta. PBA. Año 2022.



*N válido: número total de eventos IVE/ILE con registro de trimestre de gestación.
 Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. DPEGS. MSAL PBA. Año 2022

Análisis de abortos en Segundo Trimestre

Para el análisis el segundo trimestre de gestación (2T) se analizó cómo temprano el intervalo comprendido entre las semanas 13 a 15 inclusive, y tardío a partir de la semana 16 de gestación y más.

En el año 2022 se registraron 3.682 prácticas IVE/ILE en el segundo trimestre de gestación, representando el 9% del total de las prácticas IVE/ILE. Durante el año 2021 habían sido 3.486, alrededor del 11% del total de IVE/ILE registradas. **Si bien el número absoluto aumentó por el aumento en el acceso al aborto en el sistema de salud, se registró un descenso de 2 puntos en la proporción de interrupciones en el segundo trimestre.**

En el año 2022, se observó que un 66% de los abortos de 2T fueron abordados con tratamiento farmacológico exclusivamente, mientras que un 31% con tratamiento quirúrgico combinado con misoprostol y solo un 3% de manera quirúrgica exclusiva, lo que indicaría un aumento de tratamientos farmacológicos en este trimestre en relación al año 2021 (57%). Sin embargo, resulta imprescindible continuar trabajando en mejorar la calidad de la información.

Se observó que el 62% de los abortos de 2T fueron durante el segundo trimestre temprano y 38% en el segundo trimestre avanzado (año 2022). En el año anterior el 60,4% fueron en el segundo trimestre temprano.

Al comparar los abortos de segundo trimestre avanzado registrados en los últimos tres años, se observa también un aumento del número absoluto de prácticas registradas -al igual que en los abortos totales, dado que lo que aumentó fue el acceso y el registro de las prácticas-. Sin embargo, al analizar el porcentaje que éstas prácticas representan respecto del total de IVE /ILE viene disminuyendo.

Resultados que indican que se sigue trabajando para mejorar el acceso temprano y oportuno de las situaciones de aborto en general y de los abortos de 2T en particular, ya que es un evento sensible al tiempo.

Tabla 4. Total y porcentaje de prácticas de segundo trimestre avanzado respecto al total de IVE/ILE. PBA, período 2020-2022.

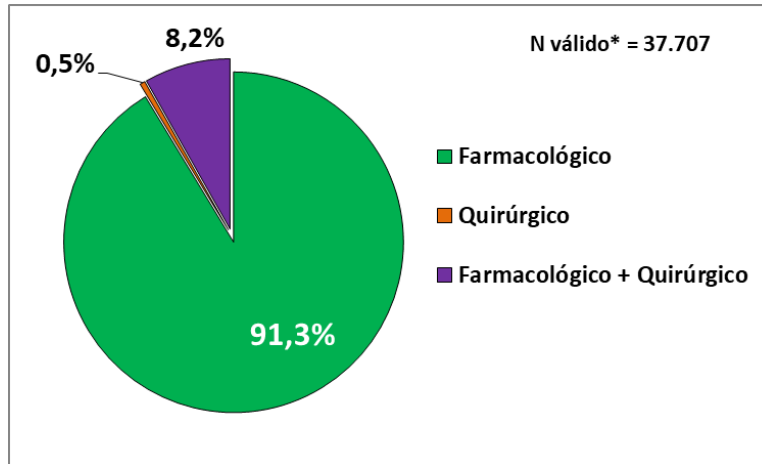
SEGUNDO TRIMESTRE AVANZADO	2020	2021	2022
TOTAL PRÁCTICAS	625	1380	1411
% PRÁCTICAS	5,0	4,3	3,6

Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. DPEGS. MSAL PBA. Años 2020-2022

Tipo de tratamiento

En el año 2022, el **91,3%** de los abortos voluntarios y legales se resolvió con **tratamientos de tipo farmacológico**, con uso de misoprostol o combipack (mifepristona + misoprostol). El promedio de misoprostol utilizado fue de 12,1 comprimidos (ambos datos se manifiestan estables con lo analizado en relación al año anterior). El 8,2% de los abortos se resolvió con tratamiento combinado (farmacológico y quirúrgico), mientras que un 0,5% fue exclusivamente con tratamiento quirúrgico. (Gráfico 7).

Gráfico 7. Porcentaje de prácticas IVE-ILE registradas según tipo de tratamiento utilizado. PBA. Año 2022.

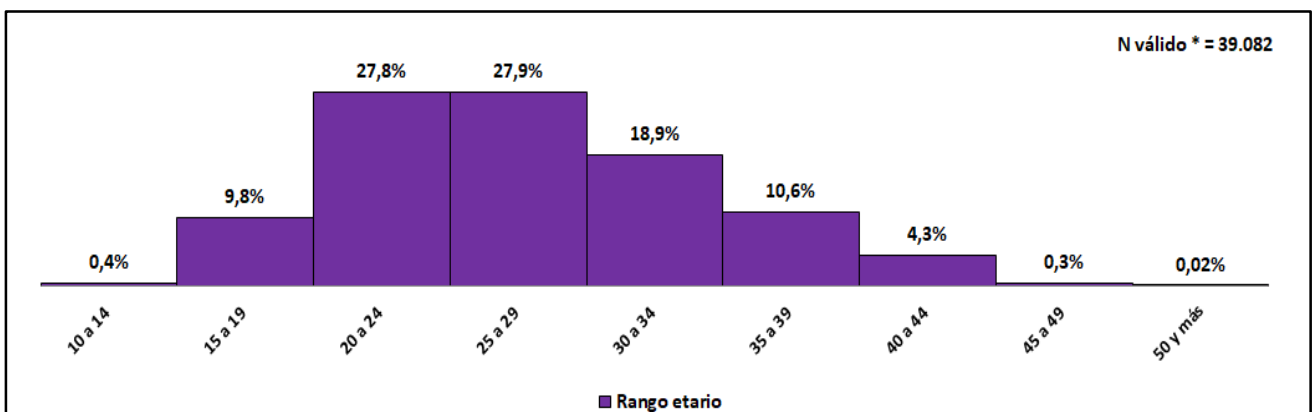


*N válido: número total de eventos IVE/ILE con registro de al menos un tipo de tratamiento realizado.
Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. DPEGS. MSAL PBA. Año 2022

Análisis por edad

En el año 2022, el rango etario que concentra el mayor porcentaje de interrupciones es el de 20 a 29 años, comprendiendo un 55,7% de las mismas. Le sigue el rango entre los 30 a 34 años con un 18,9%, estos datos se mantienen estables en relación a los años previos (2020 y 2021). A su vez, el 10,2% de las prácticas IVE/ILE corresponden a menores de 19 años. El 0,4% de las prácticas fueron en niñas de 10 a 14 años (Gráfico 8).

Gráfico 8. Porcentaje de prácticas de IVE/ILE registradas por grupo etario. PBA. Año 2022.



*N válido: número total de eventos IVE/ILE con registro de edad.
Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. DPEGS. MSAL PBA. Año 2022

Aborto en niñas

Durante el año 2022, se registraron en niñas de 10 a 14 años un total de 164 situaciones de aborto, con una edad mínima registrada de 10 años para el año 2022. Del total de casos, 159 corresponden a eventos IVE/ILE, 134 fueron enmarcadas como IVE (84.3%) y 25 como ILE (15.7%). Vale destacar que en este grupo etario el porcentaje de ILE es significativamente mayor que para el total (5.2%), debido a que las situaciones de violencias suelen venir acompañadas de demora en el contacto con el sistema de salud, reforzando la importancia del trabajo intersectorial. En relación a las causales, el 71% especificaron riesgo para la salud integral y el 29% violación.

De las situaciones IVE/ILE el 76,5% se encontraba en el primer trimestre de gestación, el 13,0% en el segundo trimestre temprano y el 10,5% en el segundo trimestre avanzado. Si comparamos con el año anterior, en el año 2021 se registraron un total de 191 abortos. En el año 2022 se disminuyeron las interrupciones en el segundo trimestre avanzado en un 1,5%.

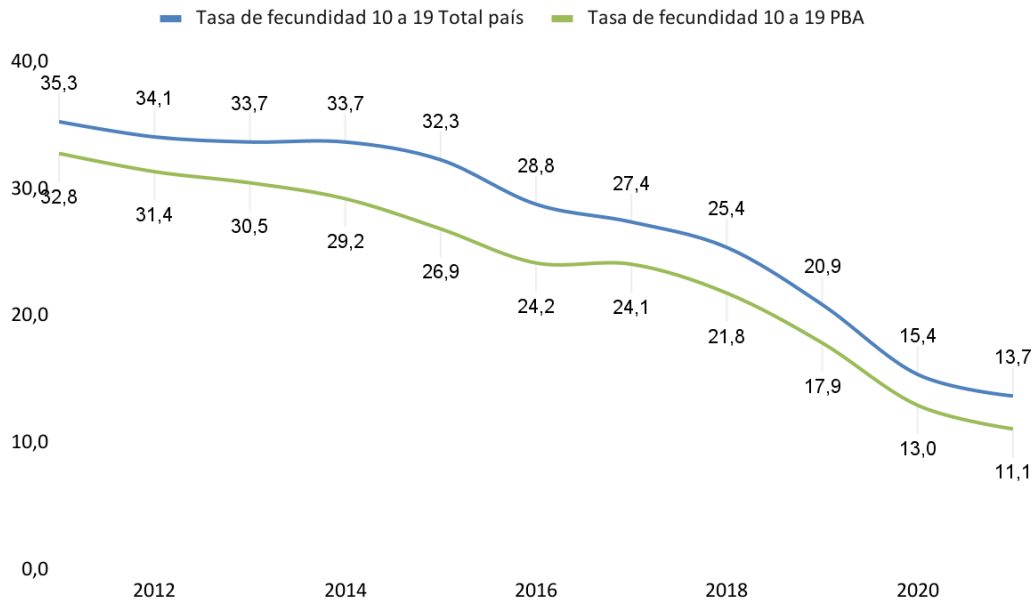
El Ministerio de Salud de la provincia viene desarrollando y fortaleciendo, desde el año 2020, una estrategia intersectorial denominada *Niñas No Madres* (NNM), que tiene por objetivo construir lineamientos de políticas públicas para el abordaje de la problemática del embarazo forzado de niñas menores de 15 años de edad, desde una perspectiva integral y corresponsable, para la equidad de género en salud.

Esta estrategia adopta el nombre de Niñas No Madres, recuperando una demanda social del movimiento de mujeres para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y sosteniendo una posición clara: la niñez y la maternidad son excluyentes. La naturalización del embarazo en las niñas se apoya en estereotipos y mandatos de género condicionados por relaciones de dominación y valores patriarcales, que es necesario problematizar y desmontar. El embarazo en estas circunstancias es abuso y es forzado, las niñas no deberían gestar ni parir. Bajo dicho paradigma se estructura esta mesa de trabajo, con el objetivo de acompañar a los equipos que atienden estas situaciones, pero también -y fundamentalmente- trabajar para que la deconstrucción del imaginario social se traduzca en prácticas asistenciales cuyo soporte sea el reconocimiento pleno del concepto niñas NO madres. Cada vez que el sistema de salud contribuye a que las niñas transiten una maternidad no deseada, buscada o consentida, las expone a una situación de vulnerabilidad e inequidad en cuanto a sus posibilidades.

Desde su creación en el año 2020 se conformaron Mesas NNM en las 12 regiones sanitarias, y hasta mayo 2023 se notificaron y acompañaron 512 casos.

En la Provincia entre los años 2019 a 2021 **los nacimientos en niñas y adolescentes (10 a 19 años) se redujeron un 36,4%**, casi 3 puntos más de descenso que en todo el país (33.6%), esto representó para la Provincia **8.434 embarazos menos en niñas y adolescentes en 2 años**.

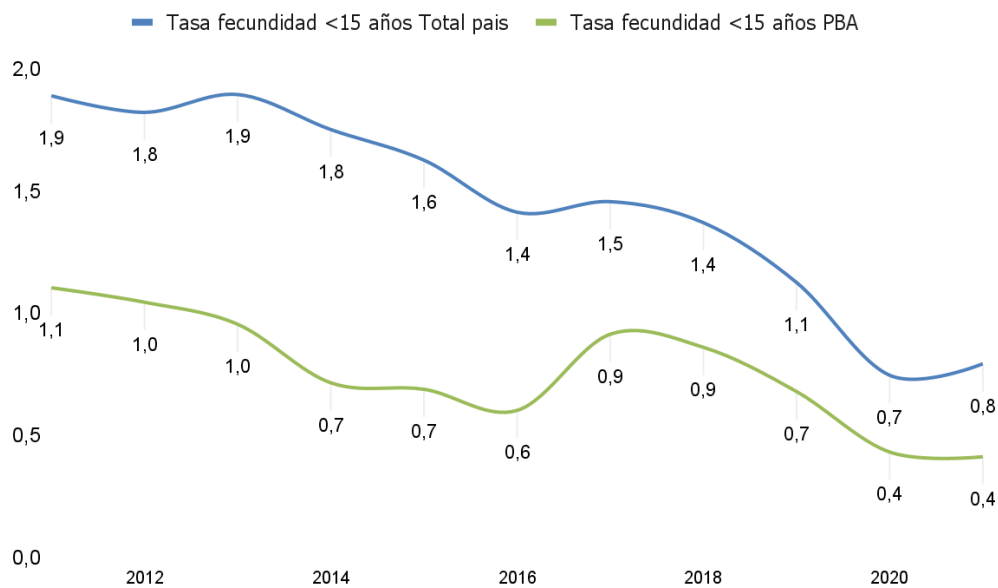
Gráfico 9. Tasa de fecundidad específica en niñas y adolescentes (10 a 19 años). Total país y PBA. Serie histórica 2011-2021.



Fuente: DEIS. MSAL. Gráfico de elaboración propia

En el caso de niñas (menores de 15 años) la Provincia alcanzó entre 2019 y 2021 una reducción significativa del 37% superando en 9 puntos a la reducción equivalente a nivel nacional. La estrategia provincial **Niñas No Madres** implementada desde el año 2020 y el acceso al aborto en todo el territorio provincial, pudieron contribuir a este impacto diferencial.

Gráfico 10. Tasa de fecundidad específica en niñas (10 a 14 años). Total país y PBA. Serie histórica 2011-2021.



Fuente: DEIS. MSAL. Gráfico de elaboración propia

Tiempos de acceso a la interrupción del embarazo

De acuerdo al artículo 5 de la Ley 27.610, "toda persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción de su embarazo en los servicios del sistema de salud o con su asistencia, en un plazo máximo de diez (10) días corridos desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la Ley 27.610 y en las Leyes 26.485, 26.529 y concordantes". En el presente informe, para la medición del plazo consideramos el tiempo transcurrido entre la primera consulta y el acceso al tratamiento.

Del total de casos a analizar el 47,5% no cuenta con información (n=18.869), con lo que resulta una variable para seguir trabajando en su calidad. De aquellos casos que sí contamos con información **el promedio de días fue de 4,8 días y el 85% accedió al tratamiento entre los 0 y 10 días.**

La dimensión del tiempo resulta relevante para problematizar porque, por un lado, el aborto es una práctica sensible al tiempo, y por otro, los acompañamientos de calidad requieren de un proceso que no debe resultar acelerado.

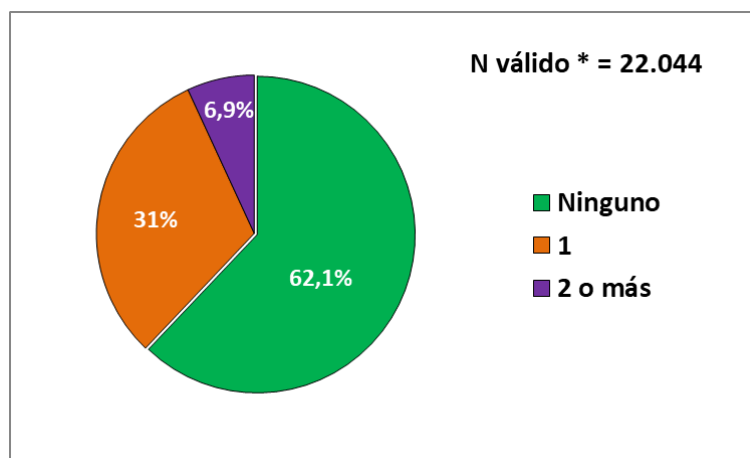
Tenemos que seguir trabajando y fortaleciendo la calidad de la información registrada y completitud de todas las variables porque son claves en el diálogo con las políticas que llevamos adelante. El Sistema de Registro y Gestión de Abortos de la PBA que se encuentra actualmente en proceso de implementación en las 12 regiones sanitarias y en los equipos de la Red, apunta entre sus objetivos a mejorar la calidad de la información obtenida.

Situación de abortos previos

De las personas registradas que accedieron a un aborto el 62,1% no tenía abortos previos, (porcentaje que se mantuvo estable en relación al año 2021) esta proporción rompe con el imaginario de que la mayoría de las personas que realizan un aborto lo hacen de modo frecuente. Por su parte un 31% tenía 1 aborto previo¹⁰, y sólo un 6,9% había realizado 2 o más (Gráfico 11). Lo que indica que **el acceso a un aborto es una oportunidad de diálogos de cuidado, prácticas sexuales y de acceso a métodos anticonceptivos oportunos.** Cabe resaltar que esta variable presenta baja calidad de registro, tenemos más de un 44,5% de "sin datos", si bien la calidad del dato ha mejorado en este último año, aún sigue habiendo una gran faltante de registros.

¹⁰ La categoría aborto previo no distingue si el mismo fue intencional o espontáneo.

Gráfico 11. Porcentaje de abortos previos realizados registrados en la 1era consulta. PBA. Año 2022.



*Número de casos registrados con la variable aborto completa.
Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. DPEGS. MSAL PBA. Año 2022

Análisis por Región Sanitaria

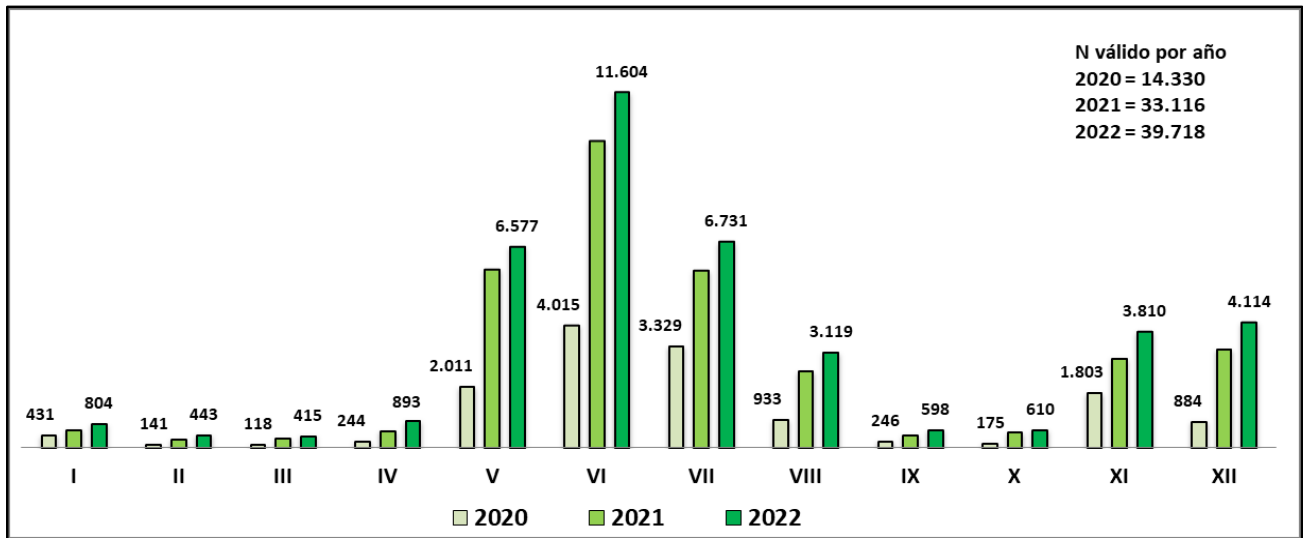
Las 12 regiones sanitarias presentan registros de prácticas de IVE/ILE, dando cuenta que la Red de aborto bonaerense se construye y consolida en sus 12 regiones. El 63% de las IVE/ILE se concentraron en las regiones sanitarias V, VI y VII, donde se concentra el 59% de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) de la Provincia. Se observa en el siguiente gráfico un aumento en las prácticas registradas de IVE/ILE en todas las regiones sanitarias. Siendo las RS II, IV y IX las que presentaron un mayor aumento en relación al año anterior (49%, 56% y 37% respectivamente).

Tabla 5: Aumento porcentual de prácticas IVE/ILE por Región Sanitaria total período 2020-2022 PBA

RS	Aumento % total período 2020 - 2022
I	86,5%
II	214,1%
III	251,6%
IV	265,9%
V	227%
VI	189%
VII	102,1%
VIII	234,2%
IX	143%
X	248,5%
XI	111,3%
XII	365,3%

Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. DPEGS. MSAL PBA. Año 2020-2022

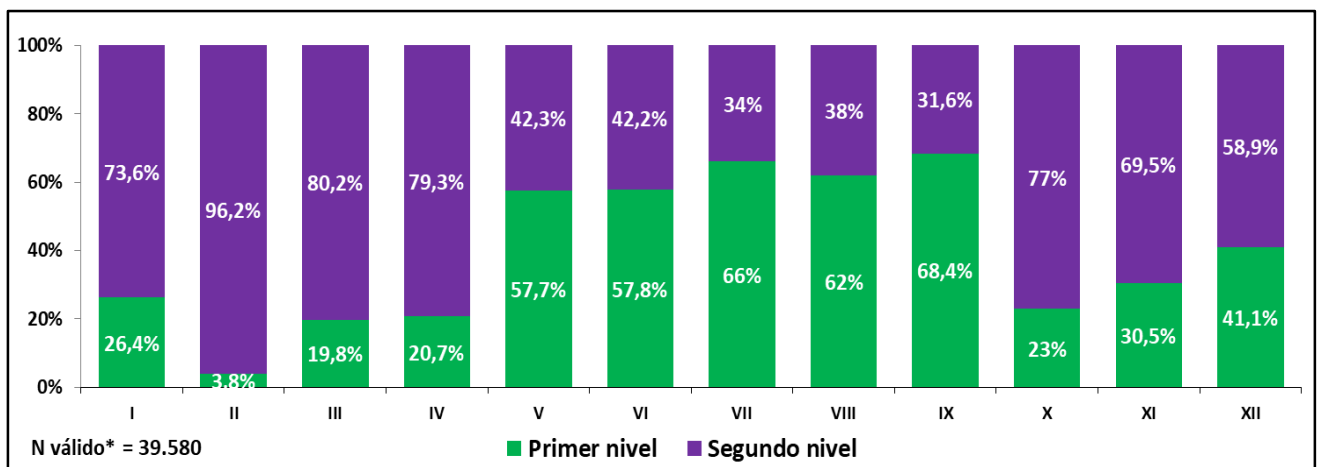
Gráfico 12. Cantidad de prácticas en relación a las prácticas registradas IVE/ILE según Región Sanitaria por año periodo 2020-2022 PBA.



Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. DPEGS. MSAL PBA. Año 2022

Al analizar la distribución de las prácticas registradas IVE-ILE según nivel de atención y disgregadas por regiones sanitarias, se observa un comportamiento similar entre la región V, VI, VII, VIII y IX, donde aproximadamente el 65-70% de las prácticas se ven absorbidas por el primer nivel de atención. En el resto de las regiones, las prácticas se encuentran mayoritariamente registradas en el segundo nivel de atención que concentran a partir del 70% del total de las mismas. Lo que indica la importancia de seguir trabajando en la ampliación del primer nivel de atención.

Gráfico 13: Porcentajes de prácticas IVE-ILE registradas según nivel de atención del establecimiento por región sanitaria año 2022 PBA.



*N válido: Número de prácticas IVE/ILE registradas en establecimientos

Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. DPEGS. MSAL PBA. Año 2022

Análisis de identidad de género

En relación a la variable identidad de género, del total de 87.195 abortos registrados en los años 2020, 2021 y 2022, solo 8 prácticas fueron inscriptas con categorías de identidades de género que no pertenecen a la identidad mujer, es decir, por cada 10.900 abortos producidos en mujeres se registra 1 en personas con otras identidades de género. Del total (8), 3 pertenecen a los registros de aborto en establecimientos públicos de salud del año 2020, 1 al año 2021 y 4 a las prácticas registradas durante el año 2022. Las categorías de identidad de género registradas fueron: varones trans (6), persona no binaria (1) y “otra identidad” (1).

En este sentido creemos necesario señalar la importancia de la construcción de información epidemiológica no cisexista que permita incluir y representar al conjunto de la población. Las estadísticas de salud desempeñan un papel fundamental como guía para orientar los esfuerzos y asignación de recursos en el ámbito de las políticas públicas¹¹.

Para avanzar en políticas de equidad en salud, resulta fundamental comprender las determinaciones del proceso salud-enfermedad-atención de los distintos grupos sociales. Es necesario conocer cuáles son sus enfermedades y causas de mortalidad, así como los facilitadores y los factores que obstaculizan el acceso a los servicios de salud. En relación a las prácticas de aborto nos preguntamos ¿De qué forma y dónde están abortando las personas trans y no binarias? ¿Todos los equipos están relevando la variable identidad de género autopercibida de quienes abortan? ¿Cómo lo están haciendo? Estos conocimientos son imprescindibles a la hora de diseñar políticas transformadoras que impulsen cambios significativos.

En el contexto de la provincia de Buenos Aires, desde el Programa de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual en Salud del Ministerio de Salud, estamos trabajando en la formulación de iniciativas dirigidas a la implementación de registros que contemplen la variable identidad de género.

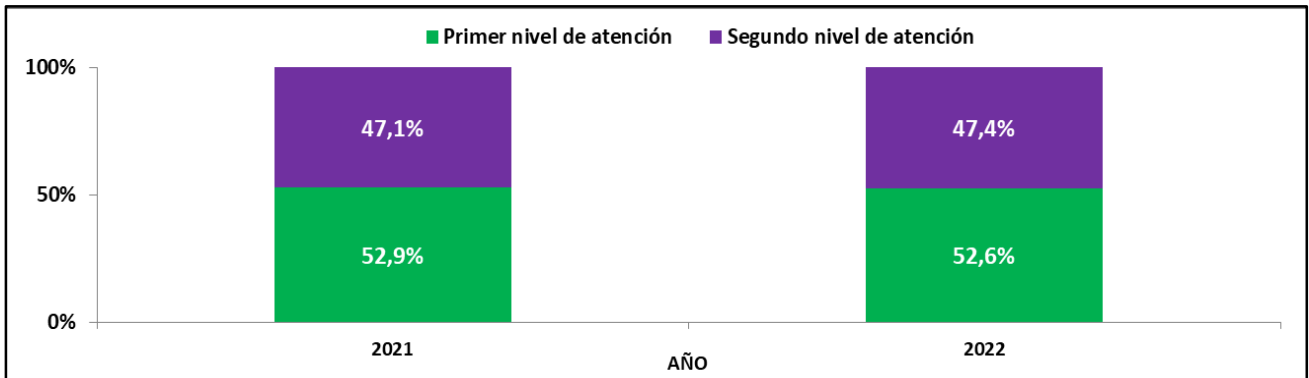
Análisis de acceso según nivel de atención

Desde el inicio de nuestra gestión desencadenamos procesos para ampliar la Red de acceso al aborto con perspectiva de equidad territorial, y desarrollar una Red cercana a las comunidades y personas que lo necesiten. En ese sentido, continuamos desarrollando estrategias para ampliar el primer nivel de atención que es un sector clave por su inserción en los barrios y las estrategias comunitarias.

En el año 2022 el 52,6% de los abortos se realizaron en el primer nivel de atención (C.A.P.S, C.I.C, U.S, C.P.A, U.P.A), porcentaje que se mantiene casi sin cambios en relación al año 2021. Si bien en estos tres años hubo un mayor aumento en la red de establecimientos de primer nivel (ver gráfico 14) este aumento no pudo impactar en una mayor absorción de la demanda en términos proporcionales.

¹¹ Para más información sobre la variable identidad de género y los desafíos de su incorporación en los registros en salud les proponemos leer un documento que publicamos en enero del 2023 titulado. [“Cisexismo, información epidemiológica y salud. Aportes para el debate sobre los usos de la variable identidad de género en los registros de salud”](#).

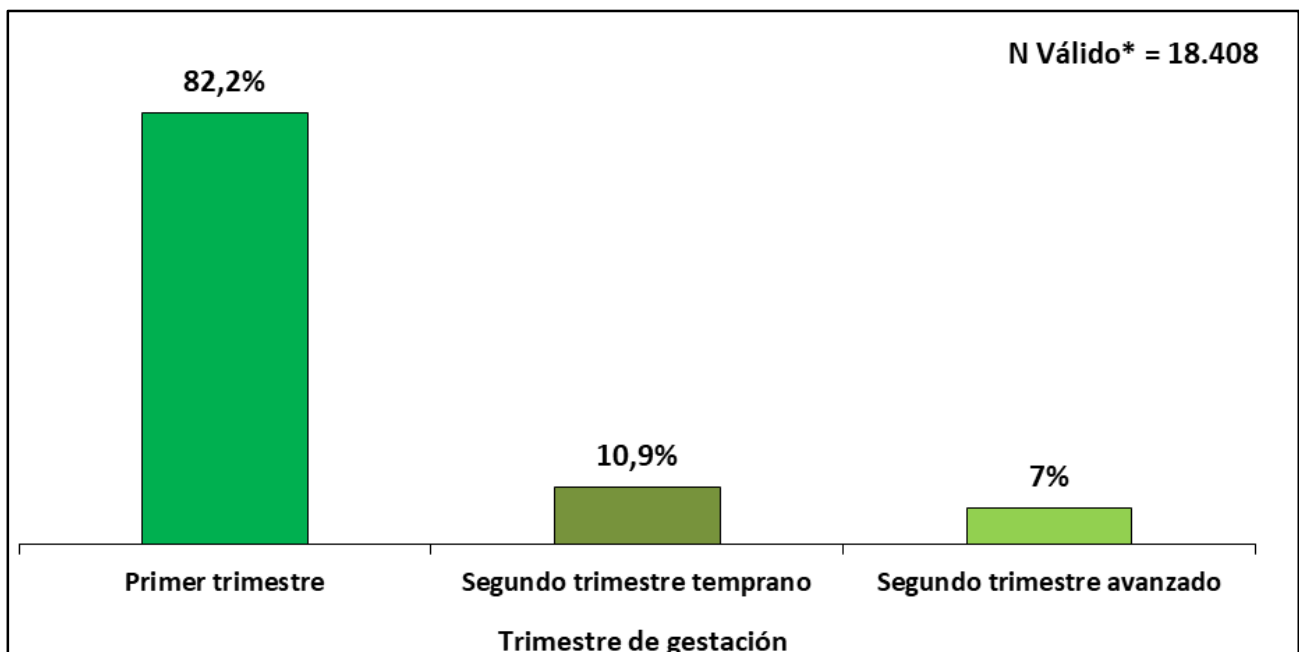
Gráfico 14. Porcentaje de prácticas de IVE-ILE registradas según nivel de atención. PBA. Año 2021 y 2022.



Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. DPEGS. MSAL PBA. Año 2022

Es necesario seguir ampliando y fortaleciendo junto con los municipios la Red de aborto en el primer nivel de atención en términos de cantidad de establecimientos y días de atención. El 82,2% de los abortos que se realizan en el segundo nivel de atención corresponden a abortos del primer trimestre de gestación, dato estable en relación al 2021 (ver Gráfico 15). **El 80,6% de las situaciones atendidas en hospitales se resuelven con tratamiento farmacológico exclusivo. Lo que indica que estas prácticas podrían resolverse con el acompañamiento de equipos en el primer nivel de atención.**

Gráfico 15. Porcentaje de prácticas IVE-ILE registradas en el segundo nivel de atención según edad gestacional en la primera consulta. PBA. Año 2022.



*N Válido: total de eventos IVE/ILE atendidos en establecimientos del segundo nivel de atención con trimestres de gestación registrados hasta la semana 24 inclusive.

Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. DPEGS. MSAL PBA. Año 2022

Análisis de los municipios que no tienen establecimientos que garantizan el acceso a IVE/ILE ¿Dónde están accediendo esas personas a un aborto?

Hasta diciembre de 2022 eran tres los municipios de la provincia de Buenos Aires que no contaban con establecimientos que garantizaran el acceso a IVE/ILE. Durante el 2022 se registraron 485 abortos de personas que residen en estos municipios, que se resolvieron en establecimientos de salud de otros municipios, de las mismas u otras regiones sanitarias (Tabla 6).

Tabla 6. Abortos registrados en municipios sin establecimientos que garantizan el acceso a IVE/ILE. PBA. Año 2022.

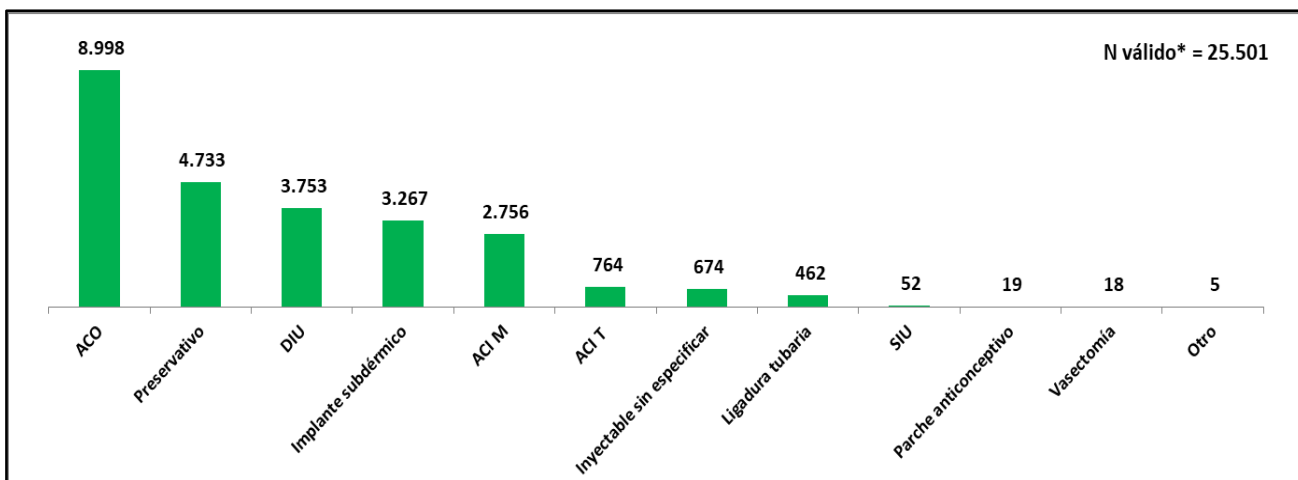
Municipio de residencia	Cantidad de abortos registrados	Municipios que están resolviendo esos abortos
Capitán Sarmiento	4	Pergamino (4)
San Miguel	481	José C. Paz (257), Moreno (84), Pilar (58), Gral. San Martín (26), Morón (24), San Fernando (15), Escobar (7), Tres de Febrero (4), Malvinas Argentinas (3), General Rodríguez (1), Ituzaingó (1), Tigre (1).

Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. DPEGS. MSAL PBA. Año 2022

Análisis de la provisión de anticoncepción inmediata post evento obstétrico

Al analizar la anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPEO), en el 41% de los casos no contamos con datos, lo que sigue indicando la importancia de trabajar en la calidad de la información a través del sistema digital en proceso de implementación. Del 59% de los casos que contamos con información el método que se otorgó con mayor frecuencia fue el Anticonceptivo Hormonal Combinado Oral (ACO) (n=8.998), seguido por el preservativo (n=4.733) y el DIU (n=3.753). Finalmente, en 2.282 casos se brindó más de un método (Gráfico 16).

Gráfico 16. Provisión de método anticonceptivo post evento obstétrico (AIPEO). PBA. Año 2022



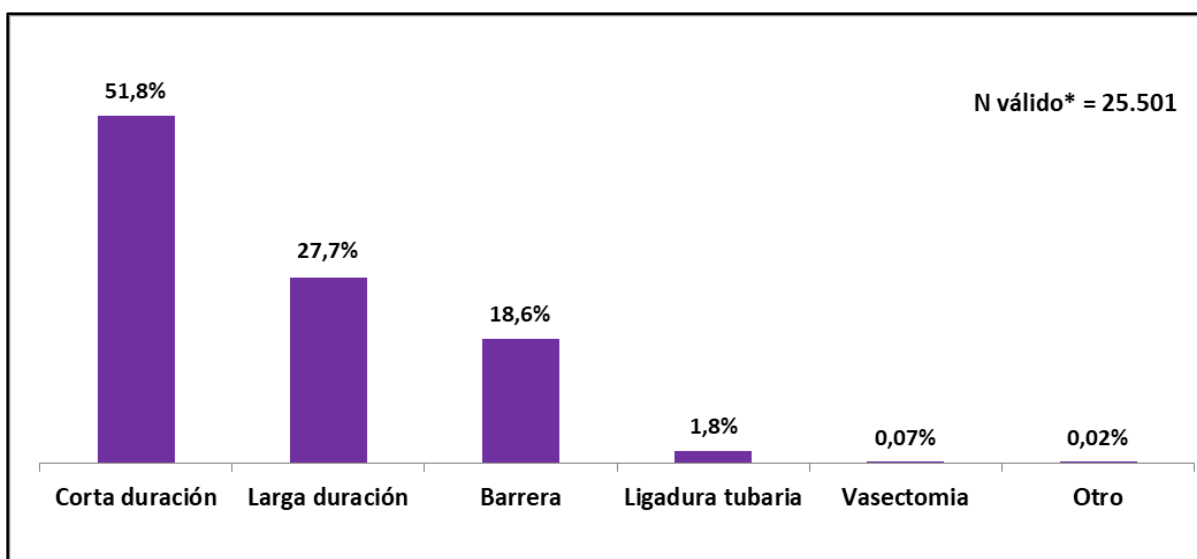
N válido = 25.501: total de métodos AIPEO otorgados en prácticas IVE/ILE. Esto implica que más de un método pudo ser entregado en una misma situación.

Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. DPEGS. MSAL PBA. Año 2022

En relación al tipo de método anticonceptivo, se observa que más de la mitad (51,8%) de las personas fue provista de métodos de corta duración, el 27,7% de larga duración, el 18,6% método de barrera, el 1,8% fue ligadura tubaria (Gráfico 17).

Estos datos nos muestran el gran desafío del sistema de salud para facilitar el acceso a métodos de larga duración y métodos quirúrgicos en el caso que las personas lo elijan. Así también como conocer cuáles son los métodos que las personas eligen para construir una política de acceso de acuerdo a los deseos y cuidados.

Gráfico 17. Provisión de método anticonceptivo post evento obstétrico (AIPEO). PBA. Año 2022

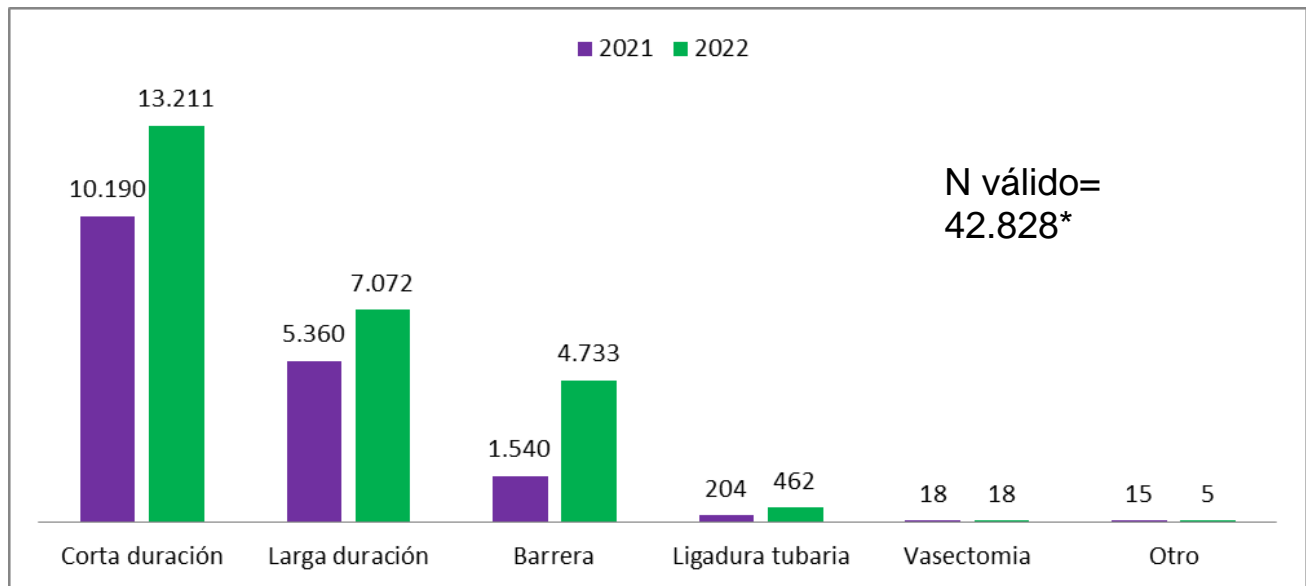


*N válido = 25.501: total de métodos AIPEO otorgados en prácticas IVE/ILE. Esto implica que más de un método pudo ser entregado en una misma situación.

Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. DPEGS. MSAL PBA. Año 2022

En las situaciones en las que la anticoncepción provista no fue únicamente preservativo, éstos fueron entregados sólo en el 11% de las situaciones. Es necesario hacer hincapié en la importancia del uso del preservativo ya que es el único método anticonceptivo que además es efectivo para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Gráfico 18. Provisión de métodos anticonceptivos post evento obstétrico (AIPEO). PBA. Comparación año 2021 y 2022.



*N válido = 42.828: total de métodos AIPEO otorgados en prácticas IVE/ILE. Esto implica que más de un método pudo ser entregado en una misma situación.

Fuente: Registro de prácticas de IVE/ILE y uso de misoprostol. DPEGS. MSAL PBA. Año 2021 y 2022

Entre el año 2021 y 2022 hubo un **aumento en la cantidad de anticonceptivos entregados en AIPEO** (Anticoncepción Pos Evento Obstétrico) tanto de larga duración (31,9%), de corta (29,6%), como de barrera (207,3%) y ligadura tubárica (126,5%). Sin embargo, como se observó en el gráfico 17, la mitad de los métodos anticonceptivos entregados (51,8%) en situación de AIPEO fueron métodos de corta duración. Continúa siendo un desafío seguir trabajando para ampliar la cobertura de métodos de larga duración de acuerdo a los deseos y elecciones, para así poder ampliar la cobertura efectiva.

Acceso a medicamentos esenciales: Misoprostol y Mifepristona

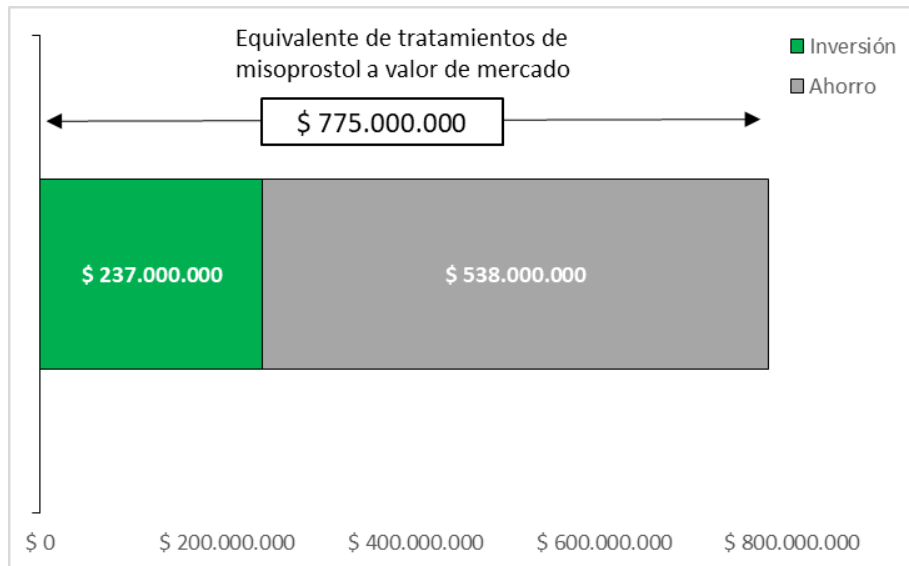
En el año 2020, por primera vez el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, realizó una **compra centralizada de misoprostol** al laboratorio de producción pública (LIF Santa Fe) con el objetivo de contar con el insumo esencial, en el marco de un convenio interprovincial con Santa Fe. Esta estrategia implicó un ahorro significativo para la Provincia y contribuyó al fortalecimiento de la estrategia de producción y provisión estatal de medicamentos.

Hasta diciembre de 2022 **hemos adquirido 91.699 tratamientos del LIF Santa Fe**, lo que representa **una inversión de \$237 millones de pesos y un ahorro de \$538 millones** comparado con el mismo medicamento a valor de mercado¹² (Gráfico 19). Esta inversión permitió asegurar las

¹² La referencia del valor de mercado surge de: los antecedentes acompañados en los expedientes de cada compra y las publicaciones en la 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.

condiciones necesarias para los equipos que ofrecen servicios de aborto, manteniendo la continuidad del abastecimiento a lo largo de los casi 4 años de gestión.

Gráfico 19. Comparación de la inversión en pesos en la compra de misoprostol al laboratorio de producción pública LIF Sta. Fe y el ahorro estimado en pesos alcanzado según valores de mercado del mismo insumo. PBA. 2020-2022



Fuente: DSSyR. DPEGS. MSAL PBA, diciembre 2022

El uso de la mifepristona y misoprostol combinados es, según la evidencia consolidada, uno de los procedimientos más seguros y eficaces para la interrupción del embarazo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a estos medicamentos como esenciales para proveer servicios de salud de calidad¹³.

En ese sentido, la Ley 27.610 establece, en su artículo 5, que se deben “ofrecer servicios en consonancia con los mejores estándares basados en las evidencias, tal como recomienda la Organización Mundial de la Salud”. Esto incluye asegurar la disponibilidad y el acceso a las tecnologías y medicamentos adecuados para la interrupción del embarazo.

En virtud de esto, la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación introdujo a la canasta de insumos el **combipack**: mifepristona 200 mg (1 comprimido) + misoprostol 200 µg (4 comprimidos), que comenzó a distribuirse a partir de junio 2022. Respecto a su distribución, en 2022 la **provincia de Buenos Aires recibió 11.090 tratamientos**.

Muertes definidas como maternas por causa principal de aborto

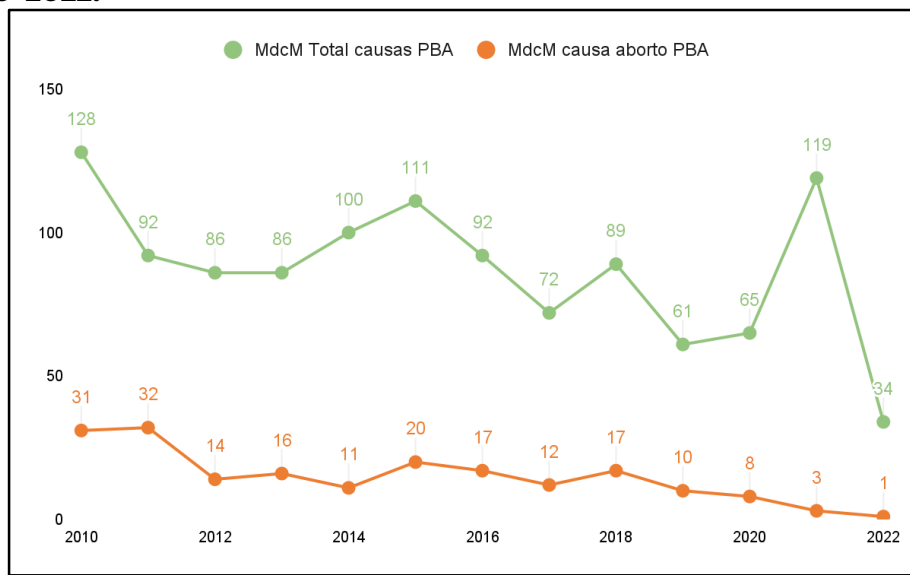
Las muertes por aborto incluyen en la CIE-10 tanto las muertes por aborto intencional (aborto médico o considerado intencional) como las que no lo son (ectópicos, mola, aborto espontáneo). Si consideramos el período 2010-2022, se puede observar que las muertes por causa de aborto en la PBA tuvieron un comportamiento oscilante, a partir del año 2019 se inicia un descenso

¹³ OMS, Directrices sobre la atención para el aborto (2022)

ininterrumpido. El año que más muertes registradas por esta causa hubo fue el año 2011, con 32 defunciones.

Si consideramos el período previo a la sanción de la Ley 27.610 el promedio anual de muertes fue de 17 (años 2010-2020). A partir del año 2021 se observa en la PBA una fuerte disminución, registrándose 3 muertes en ese año y 1 muerte (por aborto espontáneo) en el año 2022. Lo que confirma el impacto que tuvo la conjunción de la Ley de IVE junto a una política de acceso al aborto en el sector público, con una **reducción del 90% de las muertes por aborto entre 2019 y 2022**.

Gráfico 20. Muertes definidas como maternas, total de causas y causa aborto. PBA. Serie histórica 2010-2022.



Fuente: DEISBA. MSAL PBA, Gráfico de elaboración propia

En el período 2010 a 2021 las muertes por aborto intencional siempre obtuvieron mayor porcentaje en relación a las muertes por aborto espontáneo, con excepción del año 2018 donde las muertes por aborto intencional fueron menos. **En el año 2022 no hubo muertes por aborto intencional**, siendo la única muerte por aborto espontáneo¹⁴.

Tabla 7. Muertes definidas como maternas por aborto según tipo. PBA. Serie histórica 2010-2022.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
MdcM por aborto O00 a O03 (embarazo ectópico, mola, otros productos anormales de la concepción, aborto espontáneo)	5	8	1	5	1	6	6	3	11	3	1	1	1
MdcM por aborto O04-O06 (aborto médico, otro aborto o aborto no especificado)	26	24	13	11	10	14	11	9	6	7	7	2	0
Causal aborto total PBA	31	32	14	16	11	20	17	12	17	10	8	3	1
% de muertes por aborto medico o intencional sobre el total de muertes por aborto	83.9%	75.0%	92.9%	68.8%	90.9%	70.0%	64.7%	75.0%	35.3%	70.0%	87.5%	66.7%	0.0%

Fuente: DEISBA. MSAL PBA,

¹⁴ Muerte que al momento de publicar el informe se encuentra bajo análisis.

En relación al total de muertes definidas como maternas, las muertes por aborto representaron en promedio el 19% en el período 2010-2020, esta relación disminuye al 2% en el año 2022.

Tabla 8. Muertes definidas como maternas: % de muertes por aborto. PBA. Serie histórica 2010-2022.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total causas PBA	128	92	86	86	100	111	92	72	89	61	65	119	50
Causal aborto total PBA	31	32	14	16	11	20	17	12	17	10	8	3	1
% de muertes por aborto sobre total de MdcM	24.2%	34.8%	16.3%	18.6%	11.0%	18.0%	18.5%	16.7%	19.1%	16.4%	12.3%	2.5%	2.0%

Fuente: DEISBA. MSAL PBA,

Estimaciones de abortos en provincia de Buenos Aires

Durante el 2022 junto con el Instituto del Cálculo de la UBA se realizó un estudio que estima la cantidad de abortos que se realizan en la PBA por año, a fin de caracterizar el acceso al aborto en el sistema de salud. Utilizando un enfoque bayesiano y los registros de abortos en la provincia de Buenos Aires en 2021, se estimó la incidencia de abortos por cada mil mujeres en edad fértil. El método empleado permite corregir el sesgo causado por el subregistro de prácticas. Este estudio, basado en una metodología de conteo directo de casos, es el primero de su tipo en Argentina.

Se realizaron abordajes estadísticos que consideran diferentes escenarios. Se realizaron y compararon tres modelos de estimaciones, a partir de lo que se pudo establecer un rango de valores. Asumiendo que la tasa de abortos entre el sector privado y público es homogénea, **se estiman entre 108.259 y 129.374 abortos en toda la Provincia por año.**

La estimación considerando los múltiples modelos arroja valores que van desde 25,50 hasta 30,47 abortos cada 1.000 mujeres en edad fértil durante el año 2021. Específicamente, el modelo con corrección por el subregistro de prácticas arroja un valor de 29,92 (IC95: [29,38; 30,47]). Los resultados son consistentes con investigaciones previas a nivel nacional y concuerdan con las estimaciones realizadas para la región.

El estudio cobra una gran relevancia porque permite dar cuenta del volumen de abortos esperado, confirma que el aborto es un evento frecuente y se convierte en una herramienta clave para la toma de decisiones en salud pública: construir metas en relación a la ampliación de la Red de establecimientos de salud que se necesitan, cantidad de equipos, su distribución territorial; así como para la planificación de las compras de insumos necesarias para garantizar el derecho en todo el territorio provincial. En esta línea quedan pendientes futuros estudios acerca de la heterogeneidad y el impacto de las desigualdades de acceso en el territorio bonaerense, lo que podría permitir la definición de áreas priorizadas.

Registro y Gestión de Abortos de la PBA

Al inicio de la gestión no existían registros ni datos oficiales sistematizados sobre ILE, por ese motivo se inició un proceso de registro focalizado en la construcción de un sistema de gestión de información que permitiera caracterizar las prácticas de aborto (de ILE en un comienzo, e

incorporando la IVE a partir de la implementación de la Ley 27.610), uso de misoprostol y distribución de insumos. El mismo se realizó colectiva y paulatinamente con un fuerte trabajo en conjunto entre la Dirección Provincial de Equidad de Género y la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, con las referencias de salud sexual en las 12 regiones sanitarias y todos los equipos de salud que conforman la red.

Para mejorar el registro y su sistematización, comenzamos a desarrollar el **sistema digital de “Registro y Gestión de Abortos de la Provincia de Buenos Aires”** en conjunto con la Dirección de Tecnologías, Sistemas de la información y Comunicación del Ministerio de Salud de la PBA. Este sistema posibilita gestionar situaciones de aborto, así como también facilitar el proceso de registro, envío y análisis de datos, mejorar la calidad de los mismos, y disponer de información de manera oportuna.

El registro tiene la mirada puesta en “la situación de aborto”, lo que permite tener una mirada integral, facilitando, por un lado, la gestión del caso y, por el otro, la recopilación de datos completos abarcando todo el proceso de acceso al sistema de salud. Esta mirada concuerda con la implementación de la Historia de Salud Integrada (HSI), que busca entre otras cosas consolidar una política de información en salud que favorezca la integración de sistemas de información. Entendemos que los sistemas de información son claves para la implementación de las políticas públicas ya que permiten acompañar críticamente los procesos, formular nuevas preguntas y crear problemas que le den sentido a la política, pudiendo resultar una herramienta de transformación.

El “Registro y Gestión de Abortos de la Provincia de Buenos Aires”, que ya se encuentra en proceso de implementación en las XII regiones sanitarias, nos permite: analizar y monitorear el acceso a las interrupciones del embarazo, mejorar la caracterización de las prácticas, actualizar la red de establecimientos y visibilizar las barreras de acceso. Algunos de sus principales beneficios se orientan a garantizar una mejor calidad en la atención, la generación de información epidemiológica respecto a las prácticas, el monitoreo farmacológico de los medicamentos utilizados, así como también brindar soporte para la toma de decisiones en cuanto a la política pública.

PALABRAS DE CIERRE EN EL MARCO DE UN PROCESO DE TRANSFORMACIÓN

Hemos organizado este informe, como un insumo para identificar y reflexionar acerca de los avances y los desafíos en la implementación de la Ley 27.610, pero también para echar luz a lo que falta, aquello que necesita ser transformado o mejorado. Los gráficos y los indicadores resultan insuficientes para describir la multiplicidad de actores y territorios que se entrelazan para asegurar el acceso al aborto, pero también respecto al cuidado y a los saberes compartidos que conforman rizomáticamente la Red bonaerense de acceso al aborto. Tampoco dan cuenta del impacto que las barreras y violencias que aún persisten tienen en la vida de las personas que no pueden ejercer libre e informadamente el derecho a decidir. La construcción de una política sanitaria que promueva los cuidados y acompañe los deseos y proyectos de vida es una tarea infinita, pero hay inmensas conquistas construidas y conseguidas a lo largo de décadas de organización y lucha. En la provincia de Buenos Aires la decisión política del gobernador Axel Kiciloff ha sido fundamental para la implementación de la Ley; los equipos y la sociedad organizada han sido el motor y el empuje que sostuvieron y sostienen las redes de acceso a prácticas seguras y cuidadas.

Es por eso que ponemos a disposición esta información, no como un producto cerrado ni con la pretensión de afirmaciones absolutas sino, por el contrario, para poner en diálogo un proceso de construcción de gestión feminista en salud. Esperamos que este insumo permita orientar las futuras acciones en un proceso de conversación permanente con la comunidad organizada, con los equipos de salud, áreas de gobierno y otros actores gubernamentales y no gubernamentales entendiendo que los derechos están siempre en disputa y solo la comunidad organizada puede defenderlos.

Glosario

ACI (M)	Anticonceptivo Hormonal Combinado Inyectable (Mensual)
ACO	Anticonceptivo Hormonal Combinado Oral
AIPEO	Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstétrico
AMEU	Aspiración manual endouterina
AMP (T)	Anticonceptivo Hormonal Inyectable (Trimestral)
C.A.P.S.	Centro de Atención Primaria de Salud
C.I.C.	Centro de Integración Comunitaria
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades (décima revisión)
C.P.A.	Centro Provincial de Atención
DIU	Dispositivo Intrauterino
DPEGS	Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud
HSI	Historia de Salud Integrada
ILE	Interrupción Legal del Embarazo
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
LIF santa fé	Laboratorio Industrial Farmacéutico (Santa Fé)
NNM	Niñas No Madres
MSAL	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PBA	Provincia de Buenos Aires
RS	Región Sanitaria
SIU	Sistema Intrauterino
U.B.A.	Universidad de Buenos Aires
U.S.	Unidad Sanitaria
U.P.A.	Unidad de Pronta Atención

Referencias bibliográficas

- Balaña Sabrina, Finielli Agostina, Josid Sharon, Paz Andrea, Ramírez Carlota, Sebastián Paula, Stimbaum Camila (2022) “Efecto mapa”: Los sistemas de información geográfica como parte de la estrategia de reducción de las inequidades en el acceso al aborto en la Provincia de Buenos Aires. En el Dossier de Género, Feminismos e Innovación para el desarrollo, en la Revista de estudios Sociales de la Ciencia y la tecnología. Disponible en: <https://revistaredes.unq.edu.ar/index.php/redes/article/view/222/276>
- Código Civil y Comercial de la Nación. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=235975>
- Código Penal de la Nación. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=16546>
- Constitución Nacional Argentina. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>
- CSJN (2012). Fallo “F., A. L. s/Medida autosatisfactiva”. Disponible en <http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicianacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf>
- DEIS (2013). Estadísticas de Servicios de Salud. Dirección de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación.
- DSSyR (2019). Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”. 2º Edición.
- Faúndes, Aníbal y Shah, Iqbal H. (2015). Evidencia que apoya un mayor acceso al aborto legal y seguro Disponible en: <https://amada.org.ar/index.php/numeros-anteriores/volumen-12-n-2-2016/28-revista/revista-n2-2016/113-evidencia-que-apoya-un-mayor-acceso-al-aborto-legal-y-seguro>
- FIGO (2017). Misoprostol solo: regímenes recomendados 2017.
 - <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-06/FIGO%20Dosage%20Chart%20-%20SPANISH.pdf>
- Ipas (2018). Guía de referencia sobre dilatación y evacuación (D y E): aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación (‘segundo trimestre’). Disponible en: <https://www.ipas.org/resource/guia-de-referencia-sobre-dilatacion-y-evacuacion-d-y-e-aborto-inducido-y-atencion-postaborto-a-las-13-semanas-o-mas-de-gestacion-segundo-trimestre/>
- Ipas (2020). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. L. Castleman y N. Kapp (editoras). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Disponible en: www.ipas.org/actualizacionesclinicas
- Ley Nacional N° 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (2020). Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>
- Mario S. Pantelides E (2009). Estimación de la magnitud del aborto inducido en Argentina. Notas de población N° 87: 95-120. CEPAL. Disponible en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/NotasPoblacion/NP87Mario.pdf>
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. DSSyR (2023) Cisexismo, información epidemiológica y salud. Aportes para el debate sobre los usos de la variable identidad de género en los registros de salud. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/generoydiversidad/files/2023/03/Cisexismo-informaci%C3%B3n-epidemiol%C3%B3gica-y-salud.pdf>

- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. DSSyR (2021). Guía de implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en la Provincia de Buenos Aires, en el marco de la Ley Nacional N° 27.610. Disponible en: <https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/drive/archivos/guiaimplementacionive.pdf>
- OMS (2006). Constitución de la OMS. Documentos básicos, suplemento de la 49a edición. Octubre. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/s/index.html>
- OMS (2012). Aborto sin riesgos: Segunda edición guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2da edición. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf
- OMS (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro.
 - https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=AE8AE70639DF92CB65177555B1A10FBA?sequence=1
- OMS (2018). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera edición <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565400>
- OMS (2019). Tratamiento médico del aborto. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>
- OMS (2022) Directrices sobre la atención para el aborto. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/directrices-sobre-la-atencion-para-el-aborto-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud>
- Paz Andrea , Josid Sharon, Rodríguez María Carla, Lamela Giselle, Poullain Matías, Marín Lupe, Marsico Franco (2023) Estimación de abortos en la provincia de Buenos Aires, Argentina, mediante un enfoque bayesiano. En Revista TI Futuros Comunes, año III, número 3, UNPAZ.
- Resolución N° 65/2015, Ministerio de Salud de la Nación, “Nuevo código civil y comercial, lectura desde los derechos sexuales y los derechos y reproductivos”. Código civil y comercial. Marco interpretativo. Disponible en:
 - <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=257649>
- 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>
- UNICEF, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación (2019).
- Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas: hoja de ruta: herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/atencion-ninias-adolescentes-menores-15-embarazadas>

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**