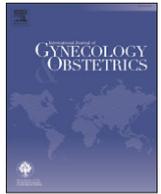




www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

Una replicación del modelo uruguayo en la provincia de Buenos Aires, Argentina, como una política pública para reducir la mortalidad materna



Marisa G. Matía ^{a,*}, Eugenia C. Trumper ^b, Nery Orlando Fures ^c, Jimena Orchuela ^a

^a Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, Argentina

^b Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO), Buenos Aires, Argentina

^c Facultad de Ciencias Médicas, UNLP Provincia de Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras llaves:

Aborto con medicamentos
Aborto legal
Aborto inseguro
Aspiración manual endo-uterina
Primer nivel de atención
Reducción de riesgos

RESUMEN

Objetivo: Describir la aplicación del modelo de reducción de riesgos y daños para disminuir la mortalidad por aborto inseguro en el nivel de atención primaria de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, y evaluar los resultados. **Método:** Se describen los servicios ofrecidos en unidades de salud primaria a mujeres en situación de aborto, primero solo de reducción de riesgos y luego también de interrupción legal del embarazo, y se evalúa su evolución entre 2010 y 2015, así como los cambios en mortalidad materna asociada al aborto. Diferencias en el porcentaje de muertes por aborto sobre el total de muertes maternas, se evaluaron utilizando Chi cuadrado. **Resultados:** Hubo un aumento progresivo de los servicios a nivel primario tanto de reducción de riesgo como de interrupción legal del embarazo, que se practicó con éxito, incluyendo aspiración manual endouterina, por médicos generales y obstetras. La proporción de muertes maternas por aborto sobre el total de muertes maternas se redujo en dos tercios entre 2010 y 2014 ($P < 0,001$). **Conclusión:** El modelo uruguayo de reducción de riesgos y daños se aplicó con éxito en el nivel primario de atención en la Provincia de Buenos Aires.

© 2016 Publicado por Elsevier Ireland Ltd en nombre de International Federation of Gynecology and Obstetrics. Artículo de acceso abierto bajo licencia CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introducción

La provincia de Buenos Aires tiene una superficie de 307 571 km² y ocupa el 11,06% del territorio nacional [1]. Con 16 y medio millones de habitantes, es la mayor en población del país, con 39% de todos los habitantes de Argentina [2]. Por su tamaño y por ser vecina inmediata de la capital, es una unidad federal de relevancia en la Republica Argentina.

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva (PSSR) de la Provincia de Buenos Aires fue creado en el año 2003 mediante la Ley 13066 con el propósito de garantizar las políticas orientadas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, sin discriminación alguna [1].

A pesar de esa iniciativa y de la mejora de otros indicadores de salud, la mortalidad materna continuó incrementándose en la Provincia de Buenos Aires hasta el año 2010. El aborto fue la primera o la segunda causa de muerte materna en la Argentina durante esos años y las mujeres pobres fueron y son las que sufren las consecuencias de la falta de acceso al aborto seguro.

El Código Penal Argentino prescribe, desde el año 1921 que: “El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

- si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios,
- si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la salud de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios,
- si el embarazo proviene de violencia sexual,
- si el embarazo proviene de un atentado al pudor sobre mujer idiota o demente” [2].

En marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el Fallo FAL s/ medida autosatisfactiva, ratifica el alcance del permiso para el aborto en casos de violación y señala que basta la declaración jurada de la mujer presentada ante el profesional de la salud interviniente. A partir de este Fallo el Ministerio de Salud Provincial realizó la actualización del Protocolo de Atención Integral de los Abortos No Punibles (ANP), Modelos de Consentimiento informado y del Modelo de Declaración Jurada de la mujer para los casos de violación [3].

Ese mismo año la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) inició una asistencia técnica al Ministerio a través

* Autor para correspondencia: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Avenida 51 y 17 (1900) La Plata, Argentina. Tel.: +542214292700. Dirección de email: migmatia@gmail.com (M.G. Matía).

Tabla 1

Evolución del número de mujeres atendidas por servicios de aborto (reducción de riesgos y daños + IVE), 2010 a 2015.

	Municipio de Morón	José Ingenieros	Total
2010	35	21	56
2011	84	72	156
2012	125	108	233
2013	179	180	359
2014	348	241	589
2015	404	201	605

del Programa, con el objetivo de brindar apoyo a las estrategias para la reducción de la mortalidad materna por aborto.

En este artículo se describen las políticas sanitarias y estrategias adoptadas por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires a través del PSSR, principalmente el programa de atención a la mujer en situación de aborto que se inicia replicando el modelo uruguayo de reducción de riesgos y daños. Se describen las actividades y se evalúan sus resultados en términos de servicios prestados y de variaciones en la mortalidad materna total y asociada al aborto entre los años 2010 y 2014.

2. Materiales y método

El Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva desarrolló dos estrategias principales para reducir la mortalidad materna por aborto [4].

- (1) Estrategia de Reducción de riesgo y daño en el primer nivel de salud con médicos generales y enfermeras obstétricas, con el apoyo del segundo nivel (iniciado en 2007).
- (2) Prestación de servicios de Interrupción Legal del Embarazo (ILE), también en atención primaria de salud en los mismos centros de salud, desde 2012, con la asistencia de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) y FIGO.

La atención a mujeres en situación de aborto aplicando el Modelo de Reducción de riesgos y daños desarrollado por Iniciativas Sanitarias en el Uruguay, fue aplicado desde el año 2007, inicialmente en el Centro de Salud Comunitaria del Hospital Subzonal Especializado “Dr. José Ingenieros,” Partido de La Plata, y en dos Centros de Atención Primaria de la Salud del Municipio de Morón, agregándose más tarde dos centros adicionales a partir de 2013.

Este modelo toma como premisa el derecho a la información y a la salud de las mujeres y tiene el objetivo de disminuir la morbilidad y la mortalidad materna por aborto. Consiste en dar consejería/asesoría pre y pos aborto a las mujeres en situación de embarazo no planificado, basado en el derecho a la confidencialidad, la privacidad y la autonomía. Este programa es realizado por un equipo interdisciplinario conformado por médico/a generalista, psicólogo/a, obstétrica y trabajador/a social.

Las consejerías/asesorías han permitido además detectar situaciones en que la ley permite el aborto legal. Estas situaciones requieren de un nuevo posicionamiento del equipo de salud aceptando que es preciso acompañar las decisiones adoptadas por las mujeres [6]. Esta intervención genera a su vez la responsabilidad institucional de dar respuesta de forma adecuada. Para el primer nivel, la respuesta institucional adoptada ante estas situaciones fue la indicación del procedimiento farmacológico para ser llevado adelante de forma ambulatoria o la derivación oportuna al segundo nivel de atención.

A partir del mes de octubre de 2014 se comenzó a dar capacitación teórico-práctica a médicos generales de los centros de salud primaria con el objetivo de que el personal de salud comprometido con la

efectiva realización de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres brindara un mejor servicio. El objetivo de las capacitaciones era aumentar el conocimiento respecto al marco normativo que regula el acceso a las ILEs y el alcance de las causales de permisión que habilita nuestro código penal, así como en la incorporación de la técnica de AMEU en el primer nivel de atención de la salud.

En la actualidad, en la provincia de Buenos Aires hay un número creciente de equipos del primer nivel de atención, en su mayoría liderados por médicos generales y obstétricas, los que demuestran mayor nivel de compromiso con la atención de las mujeres en situación de aborto.

Los datos sobre número de servicios de prevención del aborto inseguro prestados por las Unidades de atención primaria descriptos más arriba fueron recolectados sistemáticamente desde enero de 2010 hasta diciembre de 2015 y se muestran en tablas descriptivas. Los datos sobre muertes maternas totales y relacionadas a aborto son recogidos sistemáticamente por el Ministerio de Salud provincial a partir de los certificados de defunción.

La significación estadística de las diferencias en la proporción de muertes maternas por aborto en relación al total de muertes maternas, entre 2011 y los tres años siguientes, fue evaluada utilizando el test de Chi cuadrado con corrección de Yates.

Dado que los datos recolectados nunca identificaban las personas atendidas por los servicios, no se aplicó la utilización de un término de consentimiento informado.

3. Resultados

Tanto en el Municipio de Morón como en el Centro de Salud Comunitaria del Hospital José Ingenieros de la Plata, el número de consultas se multiplicó 10 veces entre 2010 y 2015, particularmente en el Municipio de Morón donde el número de centros que ofrecen consejerías se duplicó yendo de dos a cuatro centros (Tabla 1).

Además la proporción de casos de ILE sobre el total de mujeres atendidas subió de 15,4% en 2014, a 43,7% en 2015 (datos no mostrados en tablas).

Así mismo, el número de mujeres que recibieron servicios de ILE en el primer nivel fue muy pequeño hasta 2012, pero fue aumentando en los años siguientes hasta llegar a casi 100% de los casos en 2015. No se practicaba AMEU en este nivel de atención hasta 2013, pero después del entrenamiento realizado en 2014 el número de casos tratados con AMEU en servicios de salud primario fue aumentando, hasta llegar a casi un tercio de los casos en 2015 (Tabla 2).

La experiencia con el uso de AMEU por médicos generales en el primer nivel de atención ha sido muy positiva, sin que se haya registrado complicación alguna y con una alta aceptación por parte de las mujeres que optaron por la práctica.

La indicación que justificaba la ILE también fue cambiando en los últimos años. Hasta el año 2011 no hubo ILE por la causal salud y todos eran por violación. Los primeros casos surgieron en 2012 y su número fue aumentando hasta constituirse en tres cuartos de todos los casos en 2015 (Tabla 3).

Tabla 2

Cambios en el nivel de atención de los casos de ILE. Provincia de Buenos Aires, 2010 a 2015.

Año	Nivel de atención		Total
	Atención primaria N (%)	2º nivel N (%)	
2010	- (0)	1 (100)	0
2011	1 (50)	1 (50)	1
2012	2 (67)	1 (33)	3
2013	13 (65)	7 (35)	20
2014 ^a	64 (77)	9 (23)	73
2015 ^b	173 (98,3)	3 (1,7)	176

^a En 2014, 9 de los 64 ILE (14%) fueron realizados con AMEU.

^b En 2015, 37 de los 118 ILE (31,3%) con esa información registrada fueron realizados con AMEU.

Tabla 3

Cambio en la proporción de las causales de ILE de 2010 a 2015. Centro de Salud Mercedes Sosa (Morón) y Servicio de Salud Comunitaria del Hospital José Ingenieros (La Plata), Provincia de Buenos Aires.

Causal de ILE			
Año	Violación N (%)	Salud N (%)	Total
2010	1 (100)	0 (0)	1
2011	2 (100)	0 (0)	2
2012	1 (33)	2 (67)	3
2013	15 (71)	6 (29)	21
2014	28 (38)	45 (62)	73
2015	43 (24,5)	133 (75,5)	176

Por otra parte, la razón de mortalidad materna en la Provincia de Buenos Aires que había alcanzado su nivel máximo en 2010, con 43 por 100 000 nacidos vivos, tuvo una reducción importante en los años siguientes, alcanzando 28 y 29 por 100 000 en los años 2013 y 2014 (Figura 1).

Al mismo tiempo hubo un descenso muy importante en el número de muertes maternas asociadas al aborto en la provincia de Buenos Aires. Mientras que en el año 2011 dicha causa representó el 34,4% (n=32) en 2014 fue responsable de solo el 12,4% (n=11) de las muertes maternas en la provincia. Las diferencias en la proporción de muertes maternas asociadas a aborto sobre el total, entre 2011 y los tres años siguientes fue estadísticamente significativa ($P < 0,02$; 0,05 y 0,001, respectivamente). Aparentemente, la reducción en la mortalidad por aborto fue responsable por la reducción de la mortalidad materna durante ese período, ya que el número de muertes por otras causas aumentó entre 2010 (n=61) y 2014 (n=78) (Tabla 4).

Por último se observa una disminución sostenida del número de egresos por embarazos terminados en abortos en los hospitales públicos de la provincia que alcanzó un máximo de 18 524 casos en 2011 y bajó paulatinamente año a año, hasta 14 999 en 2014 (datos no mostrados en tablas).

Es evidente entonces que desde el año 2011 se asiste a una disminución importante tanto de la mortalidad materna como de los egresos por aborto en la Provincia de Buenos Aires.

4. Discusión

Los datos que mostramos de la experiencia de la Provincia de Buenos Aires sugieren fuertemente que el modelo uruguayo de reducción de riesgos y daños aplicado al aborto, puede ser replicado con éxito en otros contextos, por lo menos de la región Latino Americana. Esta experiencia muestra además, que de la misma forma que ocurrió en Uruguay, algunos años de trabajo aplicando esa

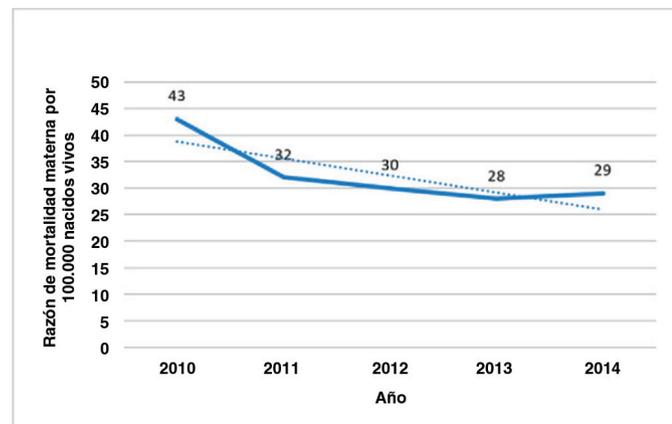


Fig. 1 Evolución de la razón de mortalidad materna en la Provincia de Buenos Aires, Argentina, 2010–2014.

Tabla 4

Muertes maternas por aborto y por otras causas en la Provincia de Buenos Aires, 2011–2014.

	Aborto	Otros	Total	% Aborto	Valor de p de diferencia de % de muertes por aborto entre 2011 y años siguientes ^a
2011	32	61	93	34,4	Referencia
2012	14	70	84	16,7	$p < 0,02$
2013	16	68	84	19,0	$p < 0,05$
2014	11	78	89	12,6	$p < 0,001$

^a Test de Chi cuadrado con corrección de Yates.

estrategia familiariza a los profesionales de salud con la vivencia del embarazo no planeado y de la mujer que decide abortar, facilitando su disposición de dar servicios de interrupción del embarazo en toda la extensión de la ley [6].

Esta experiencia muestra, también, que no es indispensable la participación de especialista en nivel secundario o superior, como se practicó en el Uruguay, y que médicos generales y obstétricas pueden cumplir esa tarea con igual eficiencia y ayudados por su mayor proximidad a la realidad vivida por las mujeres, sobre todo de los sectores más vulnerables de la población. Es verdad que en el Uruguay las obstétricas también jugaron un papel importante, pero siempre con el apoyo de los ginecólogos, lo que no fue frecuente en la Provincia de Buenos Aires.

Esta capacidad del primer nivel no se limitó a la estrategia de reducción de riesgos y daños, sino se extendió a los servicios de ILE. Los datos de este artículo muestran que la mayoría de los casos de ILE pueden resolverse en el primer nivel, dada la baja complejidad de los procedimientos recomendados, tanto aborto con medicamentos como AMEU, reservando el acceso al nivel hospitalario para aquellas pacientes con complicaciones que necesitan de mayor nivel de complejidad [7].

La ventaja de dar atención a nivel primario se ilustra al notar que el total de ILEs resueltas en cinco unidades del primer nivel en el período 2012 a 2014 es muy semejante al número de ILE resueltas en 18 hospitales con este mismo programa en el segundo nivel de atención.

El Fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación de marzo de 2012, definiendo las condiciones para realizar una Interrupción del Embarazo dentro de la ley, fue un factor ampliamente facilitador de todo este programa del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

El marcado descenso de la mortalidad materna por aborto ha contribuido mucho a dar apoyo político a los programas implementados, aunque es imposible atribuir al trabajo de unas pocas unidades de salud primaria ese resultado. Lo que ocurre es que sin haber un programa formal que esté siendo evaluado, la estrategia de reducción de riesgos y daños se ha hecho muy conocida y adoptada en la práctica en la red de salud primaria de la provincia, sin que se pueda estimar ni cuantas unidades participan ni cuantas mujeres son atendidas.

De cualquier forma, los resultados son muy estimulantes, confirmando que la incorporación de médicos generalistas y obstétricas a la atención de estas situaciones mejora de la calidad de atención de las mujeres en situación de aborto. La mayoría de los casos no requieren del nivel hospitalario y pueden resolverse en centros de atención primaria dada la baja complejidad de los procedimientos. A su vez, la incorporación de los médicos generales y enfermeras obstétricas permite una resolución más efectiva y segura, que minimiza los costos y maximiza la conveniencia y la puntualidad de la atención para la mujer [8].

Esperamos que la publicación de esta experiencia sirva para que los administradores de salud en nuestra provincia y en el resto del país, y aun de otros países, se estimulen a introducir programas

similares, que contribuyan a mejorar la salud de las mujeres y a reducir la mortalidad materna.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

- [1] Dirección de Información sistematizada - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2014.
- [2] Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica - Año 2014. Serie 5 - Número 58. Buenos Aires, República Argentina. Diciembre de 2015.
- [3] Ley 13066 Creación Del Programa Provincial De Salud Reproductiva Y Procreación Responsable - Secretaría de los Derechos Humanos - Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.
- [4] República Argentina. Código Penal de la Nación, 1921. (Ley N° 11179) Libro Primero Disposiciones Generales.
- [5] Protocolo De Atención Integral De Los Abortos No Punibles. Resolución N° 3146/12. Buenos Aires Salud/BA, 2012:1-9.
- [6] Briozzo L, Faundes A. The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. *Int J Gynecol Obstet* 2008;100(3):291-4.
- [7] World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: WHO; 2012. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/
- [8] World Health Organization. Health worker roles in providing safe abortion care and post abortion contraception. Geneva: WHO; 2015. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/en/