EXPTE. D- 3133 /16-17

Provincia de Buenos Aires
Honorable Cámara de Diputados

FOLIO 1

LA HONORABLE CAMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DECLARA

Que vería con agrado que el Poder Ejecutivo declare de interés provincial la publicación en la reconocida revista científica "International Journal of Gynecology and Obstetrics" del artículo "A replication of the Uruguayan model in the province of Buenos Aires, Argentina, as a public policy for reducing abortion related maternal mortality" escrito por Marisa Matía, Eugenia Trumper, Nery Fures y Jimena Orchuela representando a nuestra provincia. Allí se brinda evidencia científica en relación a un proyecto llevado adelante por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia dependiente del Ministerio de Salud de la PBA, con la que se logró reducir significativamente la mortalidad materna en el periodo 2010-2015.

LAURO GRANDE
Diputado
Frente Para la Victoria
H. C. Diputados Pcia. de Bs. As.

GABRIEL GODOY
Diputado
Honorable Cámara de Diputados
Provincia de Buenos Aires

Dra. LUCÍA PORTOS
Diputada
Bloque Frente para la Victoria
H.C. Diputados Pcia. de Bs. As.

JUAN AGUSTIN DEBANDI
Diputado
Bloque Frente para la Victoria
H.C. Diputados Pcia. de Bs.As.

MIGUEL ANGEL FUNES
Diputado Frente Para la Victoria
H.C.D. Provincia de Buenos Aires

Lic. CESAR D. VALICENTI
Diputado
Honorable Cámara de Diputados
de la Provincia de Buenos Aires

FUNDMENTOS

Sr. Presidente,

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires llevó adelante una política pública centrada en la reducción de los indicadores de mortalidad de mujeres por causas ligadas al embarazo y el parto en consonancia con las obligaciones que el Estado Argentino había tomado al comprometerse a cumplir las metas del milenio. La exitosa experiencia y sus resultados han sido sistematizada en un artículo científico, que se acompaña en su versión original (Idioma Inglés) y una traducción propia, en la prestigiosa revista International Journal of Gynecology and Obstetrics.

La mortalidad materna por aborto es un problema de salud pública. En la Argentina en los últimos años fue la primera y segunda causa de mortalidad materna. El Código Penal Argentino establece en el art. 86 incisos 1 y 2 que el aborto no es punible cuando corre peligro la vida o la salud de la mujer y en los casos de violencia sexual. En la Provincia de Buenos Aires se registró un aumento de la mortalidad por aborto hasta el año 2010. Ante esta situación, el Ministerio de Salud desarrolló la estrategia de reducción de riesgo y daño en el primer nivel de atención con médicos generales y obstétricos con el apoyo del segundo nivel (iniciado en 2010). En el año 2012 el Fallo FAL de la Corte Suprema de Justicia de la Nación ratifica el aborto en casos de violación evitando su judicialización. El Ministerio de Salud actualizó el Protocolo de Atención de los Abortos No Punibles e implementó una segunda estrategia: el acceso a la ILE en el primer de atención a través de un proyecto piloto incorporando a médicos generales y obstétricas, con la asistencia técnica de la FIGO. Esta se basó en la atención integral de la mujer y la incorporación de la técnica AMEU. Los resultados fueron: el aumento de casos resueltos de ILE en el primer nivel en proporción a la estrategia de reducción de riesgo y una variación en las causales con mayor énfasis en la causal salud integral; Las muertes de mujeres por aborto disminuyó en dos tercios en el año 2014 con respecto al año 2011.

Consideramos de vital importancia que el Poder Ejecutivo declare de interés Provincial este artículo como reflejo de una experiencia a los fines de generar una modalidad de difusión necesaria en todos los ámbitos de esta provincia a los fines de fortalecer el conocimiento de

los y las bonaerenses, en especial de los y las profesionales de la salud pública respecto a la implementación de estrategias exitosas en relación con un asunto que nos preocupa y requiere de acciones concretas para lograr la baja de la mortalidad de mujeres, niñas y adolescentes.

Por todo lo expuesto, entendemos que corresponde celebrar la presentación del protocolo, y confiamos en que nuestros pares nos acompañaran en nuestra iniciativa.

LAURO GRANDE
Diputado
Frente Para la Victoria
H. C. Diputados Pcia. de Bs. As.

GABRIEL GODOY
Diputado
Honorable Cámara de Diputados
Provincia de Buenos Aires

Dra. LUCIA PORTOS
Diputada
Bloque Frente para la Victoria
H.C. Diputados Pcia. de Bs. As.

JUAN AGUSTIN DEBANDI
Diputado
Bloque Frente para la Victoria
H.C. Diputados Pcia. de Bs.As.

MIGUEL ANGEL FUNES
Diputado Frente Para la Victoria
H.C.D. Provincia de Buenos Aires

Lic. CESAR D. VALICENTI
Diputado
Honorable Cámara de Diputados
de la Provincia de Buenos Aires

FOLIO
4

International Journal of Gynecology and Obstetrics 134 (2016) S31–S34

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

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

www.figo.org

A replication of the Uruguayan model in the province of Buenos Aires, Argentina, as a public policy for reducing abortion-related maternal mortality

Marisa G. Matía [a,*], Eugenia C. Trumper [b], Nery Orlando Fures [c], Jimena Orchuela [a]

[a] Ministry of Health of the Province of Buenos Aires, La Plata, Argentina
[b] Argentine Federation of Societies of Gynecology and Obstetrics (FASGO), Buenos Aires, Argentina
[c] Faculty of Medical Science, UNLP Province of Buenos Aires, Argentina

ARTICLE INFO

Article history:
Accepted 16 June 2016

Keywords:
Legal abortion
Manual vacuum aspiration
Medical abortion
Primary care
Risk reduction
Unsafe abortion

ABSTRACT

Objective: To describe the application of the risk and harm reduction model at primary care level to decrease the mortality due to unsafe abortion in the Province of Buenos Aires, Argentina, and evaluate the results. *Methods:* The services offered at primary health units to women undergoing abortion are described—first, only risk reduction and later, legal termination of the pregnancy—including their evolution between 2010 and 2015. The changes in abortion-related maternal mortality are also evaluated. The χ^2 test was used to evaluate the differences in the percentage of abortion-related deaths out of the total number of maternal deaths. *Results:* Primary care services increased progressively, both for risk reduction and for legal termination of pregnancy, which was carried out successfully, including manual vacuum aspiration, by general physicians and midwives. The proportion of abortion-related maternal deaths with respect to total maternal deaths fell by two-thirds between 2010 and 2014 ($P < 0.001$). *Conclusion:* The Uruguayan risk reduction model was successfully applied in primary care in the Province of Buenos Aires.

© 2016 International Federation of Gynecology and Obstetrics. Published by Elsevier Ireland Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

1. Introduction

The Province of Buenos Aires covers an area of 307 571 km² and occupies 11.06% of the country's territory [1]. With 16.5 million inhabitants, it is the country's most populated province, comprising 39% of Argentina's population [2]. Because of its size and its proximity to the capital, it is a major federal unit in Argentina.

The Province of Buenos Aires' Sexual and Reproductive Health Program (PSSR) was created in 2003 by means of Law 13066 with the goal of guaranteeing policies aimed at promoting sexual and reproductive health, without discrimination [1].

Despite this initiative and the improvement of other health indicators, maternal mortality continued to increase in the Province of Buenos Aires until 2010. Abortion was the first or second cause of maternal death in Argentina during those years and poor women were and still are those who suffer the consequences of the lack of access to safe abortion.

Since 1921, the Argentinean Criminal Code states that: "Abortion performed by a qualified physician with the pregnant woman's consent is not punishable:

a. if it has been performed to prevent a danger for the woman's life, if this danger cannot be avoided by other means,
b. if it has been performed to prevent a danger for the woman's health, if this danger cannot be avoided by other means,
c. if the pregnancy is the outcome of sexual violence,
d. if the pregnancy is the outcome of an indecent assault on a subnormal or insane woman" [2].

In March 2012, the Nation's Supreme Court of Justice ratified the legality of abortion in cases of rape and stated that the woman's sworn declaration presented to the attending health professional was sufficient. With this Sentence, the Provincial Ministry of Health updated the Protocol for the Integral Care of Non-Punishable Abortions (ANP), informed consent forms, and the woman's Sworn Declaration Form for cases of rape [3].

That same year, the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) started to provide technical assistance to the Ministry

* Corresponding author at: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Avenida 51 y 17 (1900), La Plata, Argentina. Tel.: +54 2214292700.
E-mail address: mgmatia@gmail.com (M.G. Matía).

http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.008
0020-7292/© 2016 International Federation of Gynecology and Obstetrics. Published by Elsevier Ireland Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Table 1
Evolution of the number of women treated by abortion services (risk and harm reduction plus legal termination of pregnancy), Province of Buenos Aires, 2010–2015.

	Municipality of 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

through the Program, with the goal of supporting strategies for reducing abortion-related maternal mortality.

The present article describes the health policies and strategies adopted by the Province of Buenos Aires' Ministry of Health through the PSSR, in particular, the care program for women seeking abortion, which started by replicating the Uruguayan risk and harm reduction model. The activities are described and their results are evaluated in terms of services rendered and variations in total and abortion-related maternal mortality between 2010 and 2014.

2. Materials and methods

The Provincial Sexual and Reproductive Health Program developed two main strategies for reducing abortion-related maternal mortality [4].

(1) A risk and harm reduction strategy in primary health care with general physicians and midwives, with the support of secondary care (started in 2007).
(2) The provision of legal termination of pregnancy (LTP) services, also in primary health care in the same medical centers, since 2012, with the assistance of the Argentine Federation of Societies of Gynecology and Obstetrics (FASGO) and FIGO.

Care has been provided since 2007 to women seeking abortion, consisting of the risk and harm reduction model developed by "Iniciativas Sanitarias" (Health Initiatives) in Uruguay. Services were initially provided at the community health center at the Specialist Subzonal Hospital "Dr José Ingenieros," District of La Plata, and at two primary healthcare centers in the Municipality of Morón, subsequently adding another two centers after 2013.

This model took as its premise women's right to information and health and its goal is to reduce abortion-related maternal morbidity and mortality. It consists of giving advice/counseling before and after abortion to women with an unintended pregnancy, based on the right to confidentiality, privacy, and self-empowerment. This program is run by an interdisciplinary team consisting of a general physician, a psychologist, a midwife, and a social worker.

The advice/counseling has also enabled detection of situations in which the law allows legal abortion. These situations require repositioning of the health team, accepting the need to support the decisions made by women [5]. In turn, this intervention creates an institutional responsibility to provide an adequate response. In the case of primary care, the institutional response in these situations was to indicate outpatient administration of the medical abortion or referral to secondary care.

Starting in October 2014, theoretical and practical training was given to the general practitioners at the primary health centers to enable the health personnel committed to effective protection of women's sexual and reproductive rights to give a better service. The goal pursued by the training was to increase knowledge of the legal framework regulating access to LTPs and the scope of the causes under which abortions can be performed in our criminal code, and also to include manual vacuum aspiration (MVA) in primary health care.

Today, in the province of Buenos Aires, a growing number of primary care teams exist, most of them led by general practitioners and midwives, who show a high level of commitment to caring for women seeking an abortion.

Data on the number of unsafe abortion prevention services provided by the primary care units described above were gathered systematically from January 2010 to December 2015 and are shown in the descriptive tables. The data on total and abortion-related maternal deaths are collected systematically by the Provincial Ministry of Health from the death certificates.

The statistical significance of the differences in the proportion of abortion-related maternal deaths out of the total maternal deaths between 2011 and the following three years was evaluated using the χ^2 test with Yates correction.

As the data collected did not identify the women who received the services, it was not necessary to use an informed consent form. The study protocol was submitted and approved by the Ethical Committee of the Ministry of Health of the Province of Buenos Aires.

3. Results

Both in the Municipality of Morón and at the José Ingenieros Hospital Community Health Center in La Plata, the number of visits increased 10-fold between 2010 and 2015, particularly in the Municipality of Morón where the number of centers offering counseling doubled from two to four (Table 1).

In addition, the proportion of LTP cases out of the total number of women seen increased from 15.4% in 2014 to 43.7% in 2015 (data not shown in the tables).

Likewise, the number of women who received LTP services in primary care was very low until 2012 but subsequently increased in the following years to reach almost 100% of the cases in 2015. MVA was not performed in primary care until 2013. However, after the training given in 2014, the number of cases treated with MVA at primary health services increased, reaching almost one-third of the cases in 2015 (Table 2).

The experience acquired in the use of MVA by primary care general practitioners has been very positive; no complications have been recorded and the level of acceptance by the women who chose the procedure has been high.

The indication justifying LTP has also changed in recent years. Until 2011, there were no LTPs for health reasons and all were for rape. The first cases arose in 2012 and their number gradually increased until, in 2015, they accounted for almost three quarters of all cases (Table 3).

On the other hand, the maternal mortality rate in the Province of Buenos Aires, which had peaked in 2010 with 43 deaths per 100 000 live births, fell substantially during the following years, reaching 28 and 29 deaths per 100 000 live births in 2013 and 2014, respectively (Fig. 1).

At the same time, there was a considerable decrease in the number of abortion-related maternal deaths in the Province of Buenos Aires.

Table 2
Changes in the level of care of legal termination of pregnancy cases at the Mercedes Sosa Health Center (Morón) and José Ingenieros Hospital Community Health Service (La Plata), Province of Buenos Aires, 2010–2015.

Level of care			
Year	Primary care No. (%)	Secondary care No. (%)	Total
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] In 2015, 9 (14%) MVA procedures were carried out at primary care level out of 64 pregnancy terminations.
[b] In 2015, 37 (31.3%) MVA procedures were carried out at primary care level out of 118 pregnancy terminations.

Table 3
Change in the proportion of causes of legal termination of pregnancy at the Mercedes Sosa Health Center (Morón) and José Ingenieros Hospital Community Health Service (La Plata), Province of Buenos Aires, 2010–2015.

Cause of legal termination of pregnancy			
Year	Rape No. (%)	Health No. (%)	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

Table 4
Maternal deaths due to abortion and other causes in the Province of Buenos Aires, 2010–2014.

	Abortion	Other	Total	% Abortion	Difference in % of abortion-related deaths between 2011 and 2014[a]
2011	32	61	93	34.4	Ref
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] χ^2 test with Yates correction.

While this cause accounted for 34.4% (n = 32) of all maternal deaths in 2011, by 2014 it was responsible for only 12.4% (n = 11) of maternal deaths in the province. The differences in the proportion of abortion-related maternal deaths with respect to total deaths between 2011 and the following three years was statistically significant ($P < 0.02$; 0.05 and 0.001, respectively). It appears that the reduction in maternal mortality during this period was due to the reduction in abortion-related mortality, as the number of deaths for other causes increased between 2010 (n = 61) and 2014 (n = 78) (Table 4).

Lastly, a sustained decrease is observed in the number of discharges for pregnancies terminated by abortion in the province's public hospitals, which peaked at 18 524 cases in 2011 and then fell gradually year by year to 14 999 in 2014 (data not shown in the tables).

It is clear, therefore, that since 2011 both maternal mortality and discharges for abortion have dropped substantially in the Province of Buenos Aires.

4. Discussion

These data concerning the experience of the Province of Buenos Aires strongly suggest that the Uruguayan risk and harm reduction model applied to abortion can be replicated in other contexts, at least in the Latin American region. This experience also shows that, as happened in Uruguay, spending a number of years applying this strategy brings health professionals into contact with unplanned pregnancies and how women who decide to abort feel, making them more willing to provide pregnancy termination services to the full extent allowed by the law [6].

This experience also shows that the involvement of specialists from secondary or higher level centers, as was done in Uruguay, is not indispensable and general physicians and midwives can do the job equally well, motivated by their greater proximity to the women's reality, particularly of the more vulnerable segments of the population. It is true that in Uruguay the nurses and midwives played an important role, but always with the support of the gynecologists, which was not common in the Province of Buenos Aires.

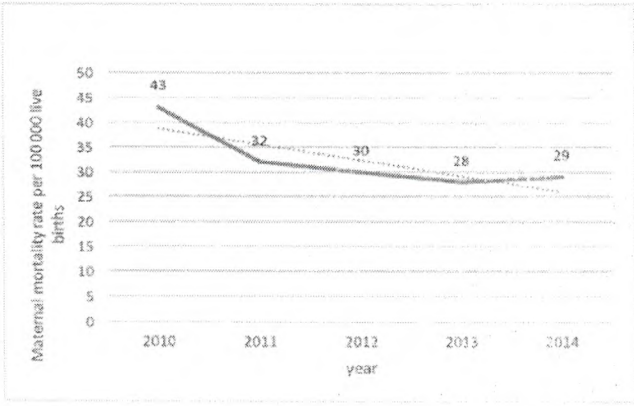

Fig. 1. Evolution of the maternal mortality rate in the Province of Buenos Aires, 2010–2014.

This primary care capacity was not limited to the risk and harm reduction strategy but was extended to LTP services. The data given in this article show that most of the cases of LTP can be dealt with at primary care level, given the low complexity of the procedures recommended, whether medical abortion or MVA, therefore reserving access to hospital care for patients with more complex complications [7].

The advantage of providing treatment at primary care level is shown by the fact that the total number of LTPs carried out in five primary care units during the period from 2012 to 2014 is very similar to the number of LTPs carried out in 18 hospitals using the same program at secondary care level.

The Supreme Court's sentence in March 2012, defining the conditions for performing a pregnancy termination within the terms of the law, acted as a significant facilitator for this program implemented by the Province of Buenos Aires' Ministry of Health.

The marked decrease in abortion-related maternal mortality has contributed considerably to obtaining political support for the programs that have been implemented, although it is not possible to credit this result to the work of a few primary health units alone. However, the fact is that in addition to the formal program that is being evaluated here, the risk and harm reduction strategy has become widely known and adopted in practice in the province's primary health network, although no figures are available as to how many units are taking part or how many women are being treated.

Nevertheless, the results are very encouraging, confirming that including general practitioners and midwives in providing care for these situations improves the quality of care provided to women who are seeking an abortion. Most cases do not require hospital treatment and can be handled in primary care centers, given the procedures' low level of complexity. In turn, the inclusion of general practitioners and midwives allows a more effective and safer resolution, minimizing costs and maximizing care convenience and timeliness for the woman [8].

We hope that the publication of this experience will encourage health managers in our province and in the rest of the country, and even in other countries, to introduce similar programs that help improve women's health and reduce maternal mortality.

Conflict of interest

The authors have no conflicts of interest.

References

[1] Dirección de Información sistematizada - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; 2014.
[2] Secretaría de Politicas, Regulacion 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 Creacion Del Programa Provincial De Salud Reproductiva Y Procreacion Responsable – Secretaria de los Derechos Humanos – Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

[4] República Argentina. Código Penal de la Nación. (Ley N° 11179) Libro Primero Disposiciones Generales; 1921.
[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; 2012http://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; 2015http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/en/.

Una Replicación del Modelo Uruguayo en la Provincia de Buenos Aires, Argentina, como una Política Pública para reducir la Mortalidad Materna

Matía MG [a], Trumper EC [b], Fures N [c], Orchuela J [d]

[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. [d] Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires La Plata, Argentina

Autor para correspondencia: Marisa Gisela Matía
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
Coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Avenida 51 y 17 (1900) La Plata, Argentina. 00542214292700
mgmatia@gmail.com

Palabras llaves: Aborto inseguro, aborto legal, reducción de riesgos, Aborto con medicamentos, Aspiración Manual Endo-uterina, primer nivel de atención

Sinopsis: Se aplicó exitosamente en la atención primaria de salud, Provincia de Buenos Aires, Argentina, el modelo de reducción de riesgos reduciendo la morbimortalidad por aborto

Resumen (190 words)

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 una 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 obstetricas. 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.

Introducción (2158 words)

La provincia de Buenos Aires tiene una superficie de 307.571 km² y ocupa el 11,06% del territorio nacional (Dirección de Información sistematizada- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2014). Con 16 y medio millones de habitantes, es la mayor en población del país, con 39% de todos los habitantes de Argentina (SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION 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)

. Por su tamaño y por ser vecina inmediata de la capital, es una unidad federal de relevancia en la República 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:*

*a. 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,*

*b. 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,*

*c. si el embarazo proviene de **violencia sexual**,*

d. 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 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.

Materiales y métodos

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 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 Fasgo / 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. [5] 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 descritos más arriba fueron recolectadas 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

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 2 a 4 centros (Tabla 1).

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)

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 casi tres cuartos de todos los casos en 2015 (Tabla 3).

Tabla 3

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

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< que 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 (61) y 2014 (78), (Tabla 4).

Tabla 4

Por ultimo se observa una disminución sostenida del numero 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.

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 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. [7]

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 [8].

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 periodo 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 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.

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 POLITICAS, REGULACION 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 CREACION DEL PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACION RESPONSABLE – Secretaria de los Derechos Humanos – Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

[4] República Argentina. *Código Penal de la Nación, 1921.* (Ley Nº 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] MATIA, M. Las desigualdades sociales en la utilización de métodos anticonceptivos de mujeres y varones de la Provincia de Buenos Aires. Revista Epidemiología y Salud, SIIC, 2012.

[7] BRIOZZO, I. FAUNDES, A. The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. School of Medicine, University of the Republic, Montevideo, Uruguay International Journal of Gynecology and Obstetrics (2008) 100, 291–294

[8] Dirección de Estadisticas e información de Salud. Estadisticas Vitales, Información Basica, 2014

[9] Coppola F, et al. Objeción de conciencia como barrera para implementar la Interrupción voluntaria del embarazo en el Uruguy. La actitud y comportamiento de los ginecólogos. Int J Gynecol Obtset 2016 (suppl).

[10] World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems; Second edition, 2012:1-134.

FOLIO 12

Tabla 1: Evolución del numero de mujeres atendidas por servicios de aborto, RRD+ 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

Tabla 2. Cambios en el nível de atención de los casos de ILE. Provincia de Buenos Aires, 2010 a 2015

	NÍVEL DE ATENCIÓN				
Año	**Atención primaria**		**2º nível**		**Total**
	N	**%**	**N**	**%**	
2010	-	0	1		0
2011	1	50	1		1
2012	2	67	1		3
2013	13	65	7		20
2014*	64	77	9		73
2015**	118	97.5	3		121

* (9 AMEU o 14%)

** (37 AMEU 0 31,3%)

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		Salud		**TOTAL**
	N	(%)	N	(%)	

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**

Figura 1. Evolución de la Razón de Mortalidad Materna.

Provincia de Bs As, Argentina. 2010-2014. (Estadísticas del Ministerio de Salud)

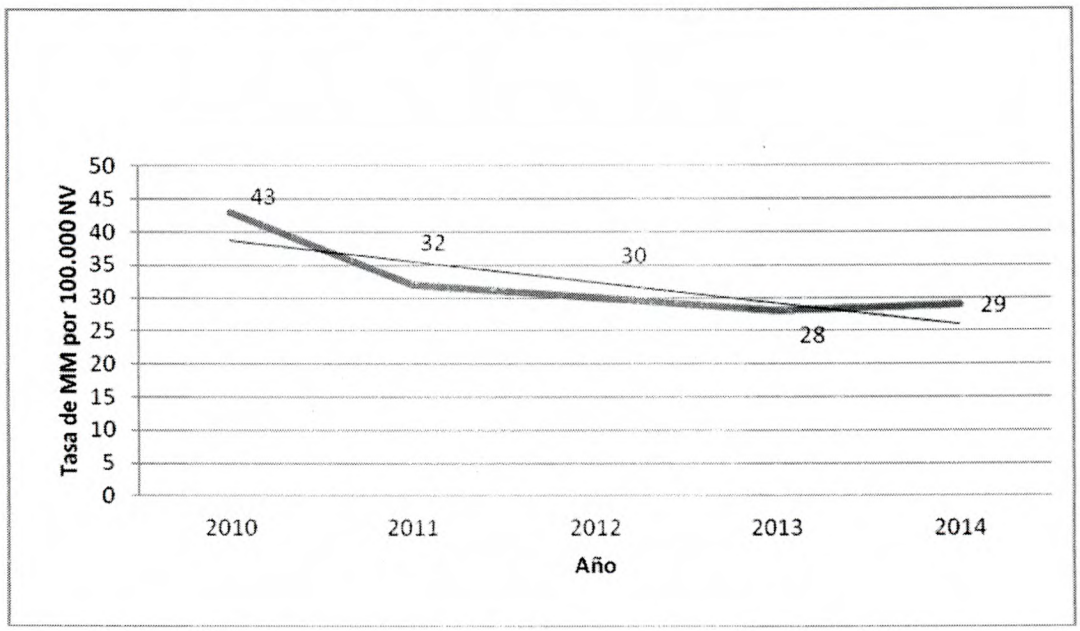

Tabla 4 - Muertes maternas por aborto y por otras causas en la Provincia de Buenos Aires, Argentina, 2010-2014. (Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires) [6]

	Aborto	**Otros**	**Total**	**% Aborto**	**Diferencia en % de muertes por aborto entre 2011 y años siguientes ***
2011	32	61	93	34,4	Ref
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

* Test de Chi cuadrado con corrección de Yates