



Universidad
Nacional
de Rosario



CENTRO DE ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

“Análisis de la implementación de la ley de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en el primer nivel de atención del partido de Bahía Blanca durante el año 2023”.

Departamento de Epidemiología y Calidad.

Secretaría de Salud.

Municipio de Bahía Blanca.

Maestrando: Méd. Ignacio Buffone.

Director: Mg. Ezequiel Jouglard.

Bahía Blanca, marzo 2025

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por acompañarme en todo momento durante el proceso de cursada, estudio e investigación.

A mi Director de Tesis por su tiempo y permanente presencia en el desarrollo de la investigación.

A la Secretaría de Salud de Bahía Blanca, en especial al Departamento de Epidemiología, por darme el aval y compartir datos que me permitieron llevar adelante la tesis.

Al Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur por despertar mi pasión por la Salud Pública.

Al Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario, en especial al equipo docente de la Maestría en Salud Pública por el espacio de formación e intercambio que permitieron enriquecer mi aprendizaje.

Aclaración: Esta investigación se basa en estrategias de comunicación inclusiva, no sexista, priorizando en primera instancia términos genéricos, abstractos y colectivos, y el masculino genérico en segundo lugar, sin dejar de tener en cuenta la importancia de incluir perspectiva de género en la escritura académica.

ÍNDICE DE CONTENIDOS:

RESUMEN	4
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO II: ESTADO DE LA CUESTIÓN	11
CAPÍTULO III: EXPLICITACIÓN DE LOS OBJETIVOS E HIPÓTESIS	17
CAPÍTULO IV: DESARROLLO DE PRESUPUESTOS TEÓRICOS	19
CAPÍTULO V: ABORDAJE METODOLÓGICO	34
CAPÍTULO VI: CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
CAPÍTULO VII: RESULTADOS	43
CAPÍTULO VIII: DISCUSIÓN	56
CAPÍTULO IX: CONCLUSIÓN	66
CAPÍTULO X: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXO 1: ENTREVISTAS	80
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	84

RESUMEN:

Introducción: La Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo fue aprobada en Argentina en enero de 2021, representando un avance en derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, su implementación en el Primer Nivel de Atención de Bahía Blanca no había sido evaluada formalmente. Este estudio analiza su aplicación durante 2023, enfocándose en disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios.

Objetivo: Analizar la implementación de la Ley IVE en el PNA de Bahía Blanca desde una perspectiva de derechos humanos.

Metodología: Se utilizó un enfoque mixto. La fase cuantitativa incluyó el análisis de datos del sistema de salud local sobre recursos disponibles y distribución geográfica. La fase cualitativa consistió en entrevistas a profesionales de salud y tomadores de decisión para identificar barreras y facilitadores.

Resultados: Durante 2023 se realizaron 423 procedimientos de IVE, con un promedio de edad de 27 años. El 83% de las solicitantes no tenía cobertura social. En 20 de los 45 efectores de salud se realizaron prácticas de IVE. De 80 profesionales habilitados, 42 realizaron procedimientos, mientras que 13 fueron objetores de conciencia. Las entrevistas señalaron avances en cobertura y protocolos, pero también persisten barreras como la falta de insumos y dificultades en derivaciones.

Conclusión: Aunque hubo avances en la implementación de la Ley IVE en Bahía Blanca, persisten desigualdades y barreras logísticas. Se recomienda mejorar la distribución de recursos, asegurar insumos y reforzar la capacitación profesional para garantizar un acceso equitativo y de calidad.

Palabras Clave: Implementación de plan de salud, Aborto Legal, Atención Primaria de la Salud.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.

I.I. Situación Problema:

De acuerdo con los datos del Instituto Guttmacher- Lancet y la Organización mundial de la Salud (OMS), entre 2015 y 2019, ocurrieron en el mundo aproximadamente 121 millones de embarazos no planeados por año. De ese total, el 61 % concluyeron en aborto, donde un 45 % de ellos se llevaron a cabo en un ambiente inseguro, dando origen a un 7,9 % de las muertes maternas (González A., et al, 2021). En Argentina, durante el 2016 se internaron en hospitales públicos 39.025 personas por situaciones relacionadas al aborto (Ministerio de Salud; 2016). Casi la mitad de ellas (48%) tenía entre 20 y 29 años y 16% eran niñas y adolescentes entre 10 y 19 años. En el trienio 2016-2018, 459 personas de sexo femenino asignado al nacer murieron por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio; 65 de ellas estuvieron relacionadas con el aborto (Ministerio de Salud, 2018). Estas muertes representan el 15% del total de las defunciones maternas, ocupando el tercer lugar luego de las causas obstétricas directas e indirectas. Nueve de las muertes por aborto fueron de adolescentes de entre 15 y 19 años y casi la mitad de personas con sexo femenino asignado al nacer de 20 a 29 años.

En los países que tienen amplias restricciones para el ejercicio de un aborto seguro o Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), las personas con capacidad de gestar se ven obligadas a realizarlo en condiciones no seguras, con alta morbilidad y consecuencias deletéreas para su salud física y mental, incluso con probabilidad de morir. Por su parte, los profesionales que lo ejercen pueden ser condenados con años de prisión e impedimento para volver a ejercer su labor (González A., et al., 2021). Los valores religiosos, tendencias políticas y la interpretación moral de las instancias involucradas no son una situación menor, ya que en un momento dado podrían facilitar u obstaculizar el acceso a anticonceptivos modernos y a servicios seguros de IVE. Incluso, en países donde la legislación del aborto no es restrictiva, las personas con capacidad de gestar siguen teniendo barreras para ejercer su autonomía en temas de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y para acceder a servicios de aborto seguro (Zulu JM, 2019).

En Latinoamérica son pocos los países en los que se ejerce el derecho a IVE en todas sus condiciones, entre los que se destacan Uruguay, Colombia, Guyana, Cuba, Puerto Rico, Belice, algunos estados de México y Argentina (Monzón B, 2021).

En lo que respecta a nuestro país, en diciembre del 2020 fue aprobada la ley 27.610 que regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo de todas las personas con capacidad de gestar. Desde su puesta en vigencia, la Secretaría de Salud de Bahía Blanca, ente rector, gestor y coordinador de los efectores del Primer Nivel de Atención (PNA) adhirió al protocolo de abordaje del Ministerio de Salud de la Nación y elaboró una sistemática propia indicando circuito de atención y red de efectores disponibles para su realización. De este modo, en el año 2022, se atendieron 266 personas que solicitaron IVE (Dto. Epidemiología, 2022). En 16 de los 47 efectores activos (34%) se realizó al menos una intervención, participando 33 de los 77 profesionales médicos (43%) en condiciones de realizar la práctica, notificándose como objetores de conciencia un total de 13 (17%). Sólo una de las 10 áreas programáticas en las que se divide la estructura asistencial del partido no presentó un efector disponible para práctica de IVE. A pesar de ello, dicha área fue donde vivían la mayor cantidad de personas que solicitaron la práctica, por lo que debieron migrar a otros sectores de la ciudad para su atención.

Si bien la ley era reciente en dicho periodo, estos datos revelaron que la cobertura y accesibilidad aún no estaban garantizadas en el partido. En este marco, uno de los principales desafíos que afrontan los sistemas de salud consistió en identificar la manera de adoptar intervenciones de eficacia demostrada y aplicarlas en la práctica (OMS, 2013). Es por ello que resultaba pertinente indagar si hubo una progresión de la cobertura y acceso durante el año 2023 desde una perspectiva de derechos, con foco centrado en la disponibilidad de la infraestructura, recurso humano y consultas por un lado, y por el otro, en la existencia de factores facilitadores y obstaculizadores que podrían influir sobre el acceso, aceptabilidad y calidad de los servicios. Para ello, resulta necesario complementar enfoques cuantitativos y cualitativos, incluyendo en este último la mirada de los profesionales de la salud y tomadores de decisión con el fin de

obtener información contextualizada y acorde a la realidad de la práctica diaria.

Al día de la fecha no existen estudios que evalúen desde este tipo de enfoque los resultados de la implementación de la ley a nivel local, más allá de los reportes estadísticos realizados por el Departamento de Epidemiología y Calidad del municipio.

La evaluación de la implementación en términos de derechos humanos resulta esencial en el terreno de las políticas públicas y el manejo efectivo de programas, particularmente en el contexto de la provisión de servicios de salud, por ser todos ellos, un medio necesario para avanzar en la atención de las necesidades de la población y constituirse a la vez, en un mecanismo de redistribución de recursos que busque compensar las desigualdades entre los distintos sectores de la sociedad, con criterios de equidad y justicia social.

De lo anterior se desprende que la evaluación de la implementación de intervenciones en salud en contextos locales, es un mecanismo indispensable para una adecuada gestión de los servicios de salud, en tanto aporta información y conocimientos valiosos para orientar la toma de decisiones y el uso racional de los recursos destinados a tal fin (Gob México, 2014).

I.II. Anclaje empírico y contextualización:

Luego de 3 años de implementada la ley 27.610 resulta necesario caracterizar las consultas de las personas gestantes con intención de realizar la interrupción de su embarazo y determinar la existencia de factores que puedan influir en su correcta implementación con el fin de generar información útil para sostener prácticas o reformular acciones que permita al sistema de salud avanzar con la garantía de los derechos de las personas en condición de gestar. Cobra interés partir de un análisis centrado desde el PNA ya que allí es donde ocurren los contactos iniciales de las personas con el sistema formal de salud, y en donde las prácticas se centran en la prevención, consejería y educación. Esto sumado a la evidencia empírica que demuestra que gran parte de las interrupciones del embarazo pueden realizarse de manera ambulatoria, sin necesidad de internación para tal fin (Crimer, Lo Sasso; 2022).

En relación a ello, el protocolo nacional abordaje de la IVE establece que hasta las 12,6 semanas de gestación, el proceso puede llevarse adelante de manera ambulatoria.

Un procedimiento ambulatorio es aquel que no requiere hospitalización prolongada, permitiendo que la persona reciba la atención y regrese a su domicilio el mismo día. En el caso de la IVE, esto implica la posibilidad de acceder a la interrupción del embarazo sin internación, utilizando métodos seguros como el misoprostol o la aspiración manual endouterina (AMEU), según la edad gestacional y las condiciones de salud de la persona. La posibilidad de acceder a una IVE ambulatoria en el PNA disminuye desigualdades geográficas y socioeconómicas, evitando que las personas deban desplazarse a hospitales de mayor complejidad, lo cual es clave en zonas rurales o con escasa infraestructura hospitalaria. Esto trae una serie de importantes beneficios como la mayor accesibilidad (al realizarse en centros de atención primaria y no requerir internación, el acceso se amplía a más personas), reducción de costos para el sistema de salud (los procedimientos ambulatorios requieren menos recursos hospitalarios y pueden realizarse en contextos comunitarios con acompañamiento adecuado), mayor privacidad y autonomía (permite que la persona elija el entorno en el que transcurrirá el proceso, con menor exposición a barreras institucionales o estigmatización)(OMS;2019).

El análisis de implementación fue desarrollado en el partido de Bahía Blanca, subsector público de salud, ya que el maestrando desarrolla allí sus prácticas profesionales.

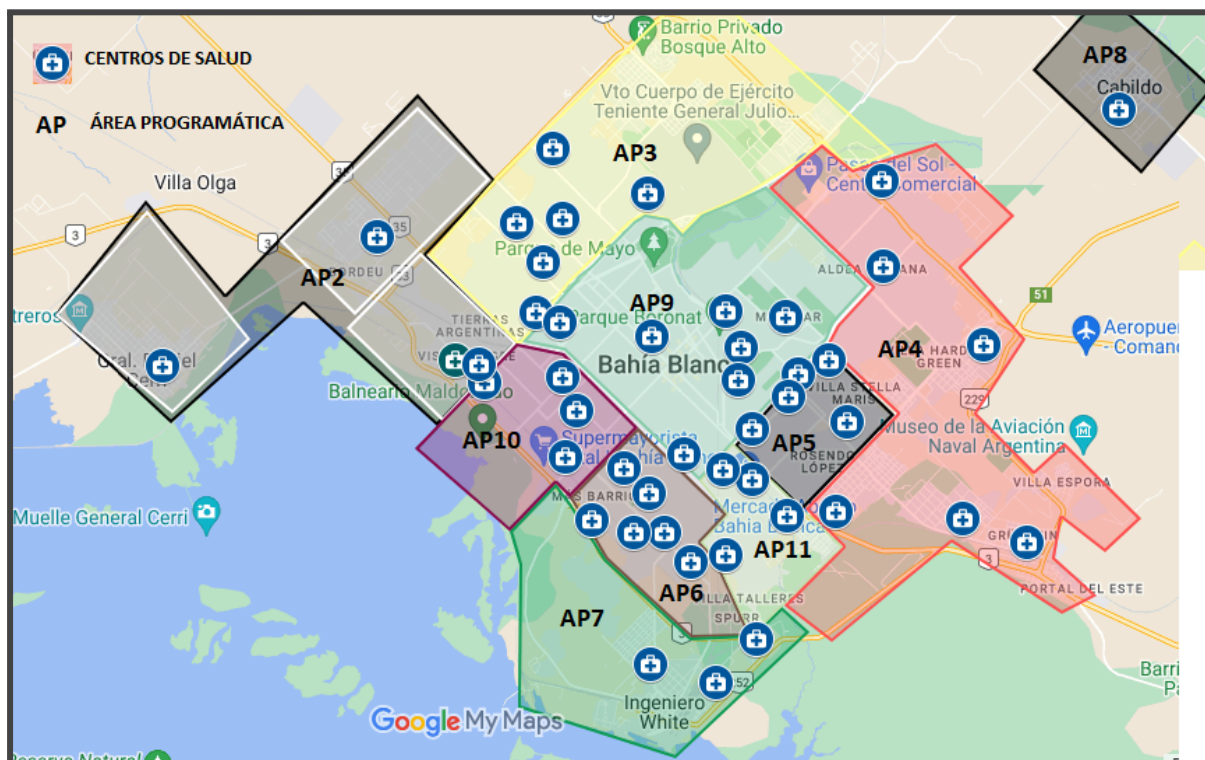
Bahía Blanca se encuentra al sudoeste de la Provincia de Buenos Aires, e incluye a la localidad que lleva el nombre del partido, la localidad de Ingeniero White, General Daniel Cerri y Cabildo. Según el Censo del año 2022 cuenta con 335.190 habitantes, de los cuales 82.520 son personas de sexo femenino asignado al nacer que se encuentran en edad reproductiva (24%) (INDEC, 2023).

Su sistema de salud cuenta con un subsector público, de seguridad social y privado. Dentro del subsector público se dispone de un Hospital Interzonal de

gestión provincial, un Hospital Municipal de autogestión y Centros de PNA bajo la rectoría de la Secretaría de Salud del municipio. Este último cuenta con 45 efectores de los cuales 3 cuentan con guardias las 24 hs, 10 centros de atención con horario extendido hasta las 18:00 hs y 34 unidades sanitarias donde las prácticas se centran en actividades de promoción, prevención e inmunización con horario hasta las 14:00 hs. Los mismos se encuentran distribuidos dentro de 10 áreas programáticas en las que se divide el partido geográficamente para brindar servicios de salud (**figura 1**). Cada una de ellas se encuentra a cargo de un equipo de gestión integrado por un coordinador general y un coordinador de enfermería.

Dentro de esta estructura trabajan unas 500 personas. De ellos, si se considera sólo el personal médico, hay 57 en condiciones de realizar IVE, definiendo como tal a médicos de familia, generales y gineco-obstetras activos en la actualidad (Gobierno de Bahía Blanca, 2019). En relación a la cobertura de salud, el Censo 2022 estableció que el 27% de la población en Bahía Blanca (90.501 personas) posee cobertura de salud estatal exclusiva, por lo que la asistencia depende exclusivamente del sub sector público. A pesar de ello, la cantidad de personas atendidas en el 2022 alcanzó al 52% de la población censada ese mismo año, por lo que parte de la población con cobertura utiliza servicios que ofrece el PNA (Jouglard E., Napal M.,2023).

Figura 1. Distribución geográfica de áreas programáticas y sus efectores del PNA. Periodo 2023. Partido de Bahía Blanca



Fuente: Elaboración Propia. Google “My Maps”

I.III. Preguntas de investigación:

- En el PNA del partido de Bahía Blanca, ¿Cómo se ha desarrollado la implementación de la ley de IVE durante el año 2023 en términos de garantía de Derechos Humanos?

En base a dicha pregunta surgen otras que se consideran de importancia para poder especificar las dimensiones de evaluación de implementación de la Ley:

- ¿Cuál fue la disponibilidad de efectores y profesionales de salud que realizaron IVE durante el 2023 y su distribución a lo largo de las 10 áreas programáticas del partido de Bahía Blanca?
- ¿Cuál fue el nivel de accesibilidad a los servicios de IVE durante el 2023 en el PNA de Bahía Blanca?

- ¿Cómo fue la calidad de los servicios de IVE en el PNA de Bahía Blanca durante el 2023 en relación a la adecuación de recursos, capacitación y cumplimiento de estándares de atención?

CAPÍTULO II: ESTADO DE LA CUESTIÓN.

La historia del derecho a la interrupción del embarazo en Argentina comenzó en 1886 con la sanción del primer Código Penal, en el cual se penalizaban todos los casos de aborto sin excepción alguna. Con la primera reforma del Código en 1903 se incluyó la salvedad de que los casos de tentativa de interrupción de embarazo no eran punibles. Con la segunda reforma del Código en 1921 se estableció que no se debían penar los embarazos que atenten contra la salud de la mujer o que hayan sido fruto de una violación (Calandria M, 2018) . En 1976 bajo el gobierno de facto autodenominado Proceso de Reorganización Nacional derogó todas aquellas leyes que protegían a las personas gestantes y profesionales que participaran del aborto, independientemente de sus causas. Recién en 1984, el gobierno democrático sanciona la Ley N° 23.077, que retrotrae el marco legal al Código Penal de 1921 donde se restablecen los casos de no punibilidad vigentes actualmente. En 2005 inicia la lucha en las calles por los Derechos Sexuales y Reproductivos, impulsada desde grupos feministas y por el movimiento de mujeres a través de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Estos movimientos políticos lograron modificar la praxis democrática, ya que entró en valor los encuentros entre distintos actores que confrontaron y dieron argumentos en distintas posiciones, con participación activa en las calles, donde las mujeres lograron ejercer un liderazgo transversal que neutralizó las diferencias sociales, religiosas e ideológicas (Zicavo E., 2015). Esta lucha constante permitió un logro histórico en relación con una de las legislaciones más importantes en términos de derechos de las personas con capacidad de gestar, como lo fue la aprobación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en diciembre de 2020 (Ley 27.610), apoyada por asociaciones que nuclearon a más de 7.000 profesionales de la salud de todo el territorio nacional. De esta manera, se generaron acciones en salud pública para reducir una de las principales causas de muerte materna, el aborto inseguro, que ha sido ampliamente reconocido como una causa de mortalidad prevenible mediante la

implementación de servicios de salud accesibles, seguros y basados en evidencia científica (OMS, 2022). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los países que han despenalizado el aborto y han garantizado su acceso seguro han experimentado una disminución significativa en la mortalidad materna, demostrando que se trata de una causa de muerte reducible con intervenciones adecuadas en salud pública (OPS, 2021). La legalización del aborto no solo rompió con el negocio de los procedimientos clandestinos, que perpetúan desigualdades y ponen en riesgo la vida de quienes deciden interrumpir un embarazo, sino que además garantiza el acceso a atención integral, reduciendo complicaciones graves como sepsis, hemorragias e infecciones derivadas de prácticas inseguras (Min Sal, 2023).

La Ley 27.610, sancionada el 30 de diciembre de 2020 y promulgada el 14 de enero de 2021, establece de manera expresa los alcances del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres y personas con otras identidades de género hasta la semana 14 de gestación inclusive (Ley 27.610, 2021, art. 4). Fuera del plazo de las catorce (14) semanas de gestación, la Ley 27.610 garantiza el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE) en casos de violación o cuando esté en riesgo la vida o la salud integral de la persona gestante (Ley 27.610, 2021, art. 4). Esta disposición se enmarca contemplada en el Artículo 86, incisos 1 y 2 del Código Penal de la Nación, que establece: *“El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1° Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2° Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”* (Código Penal de la Nación, 1921, art. 86). Este marco fue ratificado y ampliado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el fallo F.A.L. (2012), donde se sostuvo que el acceso al aborto en estos supuestos constituye un derecho humano fundamental y que las instituciones de salud deben garantizarlo de manera oportuna y accesible, sin necesidad de autorización judicial previa.

Asimismo, el Artículo 8 dispone la solicitud de procedimiento según la edad de la persona teniendo en cuenta lo establecido por el Artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación, referido a la capacidad progresiva de niñas, niños y adolescentes. En ese sentido las personas mayores a 16 años tienen plena

capacidad por sí para prestar su consentimiento a fin de ejercer los derechos que otorga la ley por *presunción de aptitud y madurez suficiente para decidir respecto de las prácticas médicas*. Por su parte, entre los 13 y 16 años se requerirá su consentimiento informado conforme lo dispuesto en el artículo 26 del Código Civil y Comercial y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7º del anexo I del decreto reglamentario 415/06 y el decreto reglamentario 1.282/03 de la ley 25.673.

La lectura conjunta de estos artículos permite reconocer que la Ley 27.610 y el Código Civil y Comercial se complementan en la consolidación del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo como un derecho autónomo, que no solo se reconoce a las personas adultas, sino también a las adolescentes, en consonancia con el principio de capacidad progresiva. Esta articulación normativa amplía las garantías para el acceso efectivo a la IVE, ya que habilita la toma de decisiones en salud reproductiva en función de la edad y madurez de la persona gestante, consolidando un marco jurídico que respalda la autonomía, la igualdad y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos en Argentina.

La ley además contempla la necesidad de una adecuada documentación en la Historia Clínica (HC) del proceso. Ello no solo permite un adecuado seguimiento clínico, sino que también es un derecho fundamental de las personas, consagrado en la Ley 26.529 sobre Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Dicha normativa establece que toda persona tiene derecho a una historia clínica completa, accesible y fidedigna, en la que se registre de manera clara y detallada toda la información relacionada con su estado de salud y los procedimientos médicos realizados (Congreso de la Nación Argentina, 2009). Además, garantiza el derecho del paciente a acceder a su HC y a recibir información comprensible sobre su diagnóstico y tratamiento, promoviendo la transparencia en la atención sanitaria y la autonomía en la toma de decisiones sobre su salud.

En este contexto , el acceso a la IVE en Bahía Blanca debe entenderse dentro de un proceso histórico que combina el marco legal nacional con las particularidades del sistema de salud local. En la ciudad, la situación previa a la

implementación sistemática de ILE/IVE se caracterizaba por una marcada invisibilización del aborto como problema de salud pública. En el relato de experiencia de Lamzet y colaboradores (2022), se desarrolló que aunque existía cierta práctica de interrupciones legales en el Hospital Interzonal Dr. José Penna, esta se limitaba a casos excepcionales y bajo estrictos criterios de interpretación. Los datos oficiales del Departamento de Estadísticas y Evaluación de Salud (DPES, 2019) revelan esta realidad: de las 5,872 internaciones en el servicio de maternidad del hospital ese año, 608 correspondieron a complicaciones del embarazo, pero solo 5 casos fueron registrados como abortos, mostrando un evidente subregistro atribuible a la clandestinidad o al temor a represalias institucionales.

El PNA, conformado por centros de salud y equipos interdisciplinarios cercanos a la comunidad, comenzó a jugar un rol fundamental a partir de 2016 en la garantía de estos derechos. La experiencia documentada por Lamzet muestra cómo un grupo de profesionales inició un proceso de articulación con dos redes clave: por un lado, las Socorristas en Red, organización feminista que acompañaba abortos con medicamentos mediante un modelo de consejería entre pares; y por otro, la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, que brindaba soporte técnico y legal a los equipos de salud. Esta sinergia permitió comenzar a ofrecer interrupciones legales en el ámbito ambulatorio, particularmente importante para personas con capacidad de gestar en situación de vulnerabilidad económica que anteriormente enfrentaban el dilema entre abortos inseguros o costosos procedimientos privados.

La implementación de la IVE en el PNA local enfrentó varios desafíos particulares. Por una parte, persistían resistencias culturales dentro del propio sistema de salud, donde algunos profesionales alegaban objeción de conciencia o reproducían prácticas obstructivas. Por otra parte, las personas con capacidad de gestar que accedían al sistema frecuentemente relataban experiencias previas de maltrato institucional o temor a ser denunciadas, lo que generaba desconfianza hacia los servicios formales. Además, la falta de registros sistemáticos y la estigmatización social dificultaban la planificación de políticas públicas adecuadas.

El proceso de implementación en Bahía Blanca muestra cómo la efectivización de derechos requiere más que cambios normativos. La experiencia local demuestra la importancia de tres componentes clave: 1) la articulación entre el sistema formal de salud y las organizaciones de la sociedad civil; 2) la capacitación permanente de los equipos de salud en perspectiva de derechos y género; y 3) la creación de circuitos asistenciales claros que garanticen la continuidad del cuidado. Estos elementos, combinados con el marco legal nacional, han permitido avanzar hacia un modelo de atención más seguro y respetuoso de los derechos de las personas con capacidad de gestar, aunque persisten desafíos importantes en términos de accesibilidad equitativa y calidad de atención.

En cuanto a estudios cuantitativos que evaluaron la implementación de la IVE desde la perspectiva de oferta de servicios y resultados, existen experiencias relevantes en distintas jurisdicciones del país. Un estudio descriptivo realizado en el Hospital HIGA de Junín analizó 83 casos de IVE entre 2020-2021, encontrando que el 93.1% se realizaron de forma ambulatoria a través del consultorio de asesoría, con solo 6.8% de complicaciones y más del 80% de las usuarias adoptando métodos anticonceptivos posteriores (Barile et al., 2022). A nivel nacional, los datos del proyecto MIRAR (2022) evidenciaron una reducción significativa en la tasa de fecundidad adolescente (de 20.9% en 2019 a 12.7% en 2022) y en embarazos no intencionales (6,326 casos menos que en 2020), junto con un incremento del 97.6% en servicios públicos que proveen IVE/ILE (de 907 en 2020 a 1,793 en 2022) y la incorporación de estas prestaciones al Programa Sumar (Romero et al., 2022).

Respecto a investigaciones cualitativas sobre percepciones de profesionales, un estudio en el Hospital Italiano de Buenos Aires (2020) identificó mediante entrevistas a 53 trabajadores de salud que las principales barreras para la accesibilidad fueron: ausencia de políticas institucionales explícitas, falta de circuitos definidos para obtención de medicación y objeción de conciencia (Volpi et al., 2022). Hallazgos similares emergieron en entrevistas a 17 ginecólogos, quienes destacaron deficiencias en su formación académica sobre manejo del aborto, escaso apoyo institucional y experiencias de maltrato hacia colegas que

garantizaban el procedimiento (Romero, 2017). Complementariamente, un estudio con 117 usuarias de Rosario y CABA reveló que, aunque la mayoría reportó experiencias positivas, persistían barreras como desinformación sobre derechos, sistemas de derivación ineficientes, vulneración de confidencialidad y comentarios misóginos por parte de algunos profesionales (Tyseira et al., 2022).

A nivel regional, investigaciones en Uruguay evaluaron estrategias de implementación de IVE en el Hospital de Clínicas de Montevideo y centros de primer nivel, concluyendo que los problemas organizacionales —aún con la efectividad demostrada del modelo ambulatorio— obstaculizan su adecuada ejecución (López-Gómez et al., 2017). En Colombia, un estudio cualitativo con personas de sexo femenino asignado al nacer migrantes identificó como barreras críticas el desconocimiento de derechos sexuales y reproductivos, trámites burocráticos excesivos y actitudes xenófobas en servicios públicos (Quintero et al., 2023). Esta evidencia subraya que, más allá de los avances normativos, persisten desafíos estructurales comunes en la región vinculados a capacitación profesional, gestión institucional y calidad de la atención.

Estos estudios analizados -tanto cuantitativos como cualitativos- coinciden en identificar barreras estructurales para el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, con problemáticas persistentes incluso después de la sanción de la ley IVE. Entre los obstáculos recurrentes destacan: 1) fallas en los circuitos institucionales (derivaciones deficientes, falta de espacios específicos y problemas burocráticos); 2) limitaciones formativas (ausencia de capacitación en grado/posgrado para profesionales); 3) obstáculos actitudinales (objeción de conciencia, maltrato y comentarios misóginos); y 4) desinformación (sobre derechos y legalidad).

Estas barreras aparecen en estudios pre-ley IVE (Romero, 2017; López-Gómez et al., 2017) y persisten en investigaciones pos-ley (Volpi et al., 2022; Tyseira et al., 2022; Quintero et al., 2023), evidenciando desafíos en la implementación efectiva de la normativa. No obstante, datos cuantitativos pos-ley (Barile et al., 2022; Proyecto MIRAR, 2022) muestran avances, como el aumento de servicios de IVE, la reducción de embarazos no intencionales y la mayor

proporción de atenciones ambulatorias exitosas. Los estudios regionales (Uruguay, Colombia) refuerzan la necesidad de abordar las barreras institucionales y socioculturales para garantizar acceso universal.

CAPÍTULO III: EXPLICITACIÓN DE LOS OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

III.I. Objetivo General:

Analizar la implementación de la ley de abordaje integral de la IVE en establecimientos del PNA de la Secretaría de Salud de Bahía Blanca durante el año 2023 desde una perspectiva de Derechos Humanos.

III.II. Objetivos específicos:

- Determinar la disponibilidad de efectores del PNA y de profesionales médicos que realizaron IVE durante el 2023 y su distribución a lo largo de las 10 áreas programáticas del partido de Bahía Blanca.
- Analizar el nivel de accesibilidad a los servicios de IVE en el PNA de Bahía Blanca durante el 2023
- Explorar las percepciones sobre la implementación de los servicios de IVE en el PNA de Bahía Blanca considerando aspecto éticos y profesionales que afectan o vehiculizan la aceptabilidad.
- Evaluar la calidad de los servicios de salud de IVE en el PNA de Bahía Blanca mediante indicadores cuantitativos y cualitativos relacionados con la adecuación de recursos, formación profesional y cumplimiento de estándares de atención que proponen los protocolos de abordaje.

III.III. Hipótesis:

Se parte de la hipótesis de que se ha aumentado el acceso a las consultas por IVE en el PNA durante el 2023, con mayor disponibilidad de efectores y profesionales por área programática. El aumento de la demanda general en el sector público posterior a la pandemia con la subsecuente falta de disponibilidad de turnos o insumos necesarios para la práctica (medicación), sumado a un número considerable de objetores de conciencia, desconocimiento de los protocolos y/o la posible distribución asimétrica de los efectores y profesionales disponibles a lo largo de Bahía Blanca podrían estar influyendo en los objetivos de lograr un acceso pleno al derecho de las personas gestantes como marca la presente ley.

CAPÍTULO IV: DESARROLLO DE PRESUPUESTOS TEÓRICOS.

IV.I Aspectos teóricos vinculados con el Primer Nivel de Atención.

El PNA representa el componente fundamental de los sistemas sanitarios y constituye el primer contacto de las personas con los servicios de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978), el PNA se define como *"la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad"*. Este nivel de atención se caracteriza por su capacidad para resolver entre el 80% y 90% de las necesidades de salud de una población (Starfield, 2002), siendo la puerta de entrada al sistema y el eje articulador con otros niveles de mayor complejidad.

Desde una perspectiva histórica, la conceptualización del PNA se consolidó con la Declaración de Alma-Ata en 1978, que estableció los principios fundamentales de accesibilidad, participación comunitaria y enfoque intersectorial. Posteriormente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005) en su documento "Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas" amplió este marco conceptual, incorporando elementos como la equidad, la integralidad y la atención centrada en la persona. Estos desarrollos teóricos han configurado al PNA como un modelo de atención que trasciende lo asistencial para abordar los determinantes sociales de la salud (Maceira, 2018).

En términos operativos, el PNA se caracteriza por cuatro atributos esenciales según Barbara Starfield (2002): la longitudinalidad (continuidad de la atención a lo largo del tiempo), la integralidad (capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud), la coordinación (articulación efectiva con otros niveles) y la centralidad en la persona (atención personalizada según necesidades). Estos atributos se complementan con las funciones descritas por la OMS (2008), que incluyen la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento de padecimientos comunes y la rehabilitación básica.

La efectividad del PNA depende de múltiples factores interrelacionados. Por un lado, los recursos humanos constituyen un elemento clave, donde no sólo es relevante la cantidad de profesionales sino también su formación en competencias clínicas y en abordaje comunitario (Kringos et al., 2010). Por otro lado, la infraestructura física y la disponibilidad de insumos básicos condicionan la capacidad resolutive de los establecimientos (OPS, 2018). Asimismo, los sistemas de referencia y contrarreferencia representan un componente crítico para garantizar la continuidad asistencial, particularmente en contextos de sistemas de salud fragmentados (Vázquez et al., 2019).

En el contexto actual, el PNA enfrenta desafíos complejos derivados de la transición epidemiológica, los cambios demográficos y las nuevas demandas sociales. Como señala la OPS (2020), *"los sistemas de salud requieren de un PNA fortalecido que pueda responder tanto a las enfermedades transmisibles como al creciente peso de las condiciones crónicas"*. Este reto se ve agravado por problemas estructurales como la fragmentación de servicios, la sobrecarga asistencial y las inequidades en el acceso, particularmente para poblaciones vulnerables (Cejas et al., 2021).

Desde el punto de vista normativo, el marco internacional ha evolucionado desde la Declaración de Alma-Ata hasta los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015), que plantean la cobertura universal de salud como meta fundamental. Este recorrido conceptual ha reafirmado el papel central del PNA como estrategia para lograr sistemas de salud más equitativos y eficientes (OMS, 2019). Sin embargo, como advierte la literatura especializada, la implementación efectiva de estos principios requiere adaptaciones contextuales y voluntad política para superar las brechas entre el discurso teórico y la práctica cotidiana (Giovanella et al., 2019).

El marco teórico del PNA establece las bases para comprender cómo este componente esencial del sistema de salud debería operar como eje articulador de políticas sanitarias sensibles como la IVE.

IV. II. Acerca de la Interrupción del embarazo.

Abordar el tema de la IVE es complejo, ya que convergen diversos intereses políticos, económicos, sociales y religiosos que polarizan el debate e influyen en la toma de decisiones y la legislación sobre este derecho. Desde la perspectiva de la Salud Colectiva, el aborto no puede analizarse únicamente como un evento biológico, sino como un fenómeno social profundamente vinculado a las desigualdades estructurales, el acceso a derechos sexuales y reproductivos y las condiciones de vida de las personas con capacidad de gestar (Laurell, 1982; Breilh, 2013).

Para hablar de IVE, es indispensable considerar el aborto en sus múltiples dimensiones: como un evento que puede presentarse de manera espontánea (por causas genéticas o condiciones de salud), terapéutico (cuando está en riesgo la vida o la salud de la persona gestante) o electivo/voluntario (por decisión personal). Pritchard clasificó el aborto en estas tres categorías, definiendo el aborto electivo como *“la interrupción del embarazo antes de la viabilidad a petición de la mujer, pero no por razones de salud materna o enfermedad fetal”* (Álvarez J., 2008). Esta distinción es relevante en el marco de la Salud Pública, ya que las políticas sanitarias deben garantizar el acceso seguro a la IVE para reducir las muertes y complicaciones derivadas de abortos inseguros (OMS, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto como *“la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente”* (OMS, 2011). Además, establece que el límite de viabilidad se sitúa en 22 semanas de gestación, con un peso fetal aproximado de 500 gramos y una longitud céfalo-nalgas de 25 cm (Berrantes M., 2008). Sin embargo, más allá de los criterios biomédicos, la Salud Colectiva enfatiza que las restricciones legales al aborto no disminuyen su incidencia, sino que incrementan las desigualdades en salud, obligando a las personas con capacidad de gestar con menos recursos a recurrir a prácticas clandestinas e inseguras (Diniz & Medeiros, 2012).

El aborto es un fenómeno que afecta la vida de las personas con capacidad de gestar en todo el mundo, sin distinción de etnia, edad, nivel socioeconómico o ubicación geográfica. Su presencia en distintas sociedades varía en términos de aceptación o rechazo, pero sus condicionantes son multifactoriales. Desde la determinación social de la salud (Breilh, 2013), se entiende que el aborto inseguro es consecuencia de carencias estructurales, como la falta de educación sexual integral, el limitado acceso a métodos anticonceptivos, la violencia de género y la criminalización de la IVE, que recae con mayor fuerza sobre las personas en situación de pobreza (López Gómez et al., 2018).

En América Latina, donde persisten legislaciones restrictivas en varios países, el aborto inseguro sigue siendo un problema de salud pública, con altas tasas de mortalidad materna y graves consecuencias para la salud física y mental de las personas (PAHO, 2017). Frente a esto, la corriente de la Salud Colectiva aboga por un enfoque integral y despenalizado, que priorice la autonomía corporal, la justicia reproductiva y la reducción de riesgos desde una perspectiva de derechos humanos (Garibotti, 2016).

IV.III. Derecho a la salud como Derecho Humano esencial.

La IVE se enmarca en los derechos sexuales y reproductivos, que son un conjunto de derechos humanos que incluyen el derecho a la vida, la libertad, la integridad física y mental, la privacidad, la igualdad de género, la no discriminación y la autonomía en la toma de decisiones reproductivas. Un enfoque basado en los derechos humanos permite determinar quiénes tienen derechos (titulares de derechos) y qué libertades y derechos tienen estos en virtud de las normas internacionales de derechos humanos, así como las obligaciones de los responsables de garantizar que los titulares de derechos disfruten de sus derechos (responsables de dar cumplimiento a sus obligaciones). Dicho enfoque permite empoderar a los titulares de derechos para exigirlos, y a los garantes de derechos para dar cumplimiento a sus obligaciones. En un enfoque basado en los derechos humanos, la promoción de la rendición de cuentas para cumplir con las obligaciones es una actividad constante; un “*ciclo de rendición de cuentas*” en todo el ciclo normativo permite asegurar que las políticas y los programas respondan a las

necesidades de los titulares de derechos, entre ellos, los usuarios de los sistemas de salud.

Pensar desde este enfoque ha cambiado la forma en que se articulan los temas de desarrollo y ha fortalecido la posición de los DESC en la agenda global de derechos humanos. Es un método que permite a los profesionales del desarrollo y a otros actores posicionar de forma firme a los derechos humanos como una meta para el desarrollo, vincular explícitamente los esfuerzos de desarrollo con las normas de derechos humanos y permitir que los principios de derechos humanos principales orienten sistemáticamente el proceso de desarrollo. Se basa en el sistema de derechos humanos y aclara los derechos, obligaciones, funciones y capacidades de los titulares de derechos y de obligaciones. El enfoque toma su punto de partida en los instrumentos y mecanismos de derechos humanos legalmente vinculantes y/o que legítimamente orientan la labor de los estados, de los operadores del sector privado y de la sociedad civil (IDDH, 2017).

Desde el mes de marzo del año 2020, la OMS instó a los Estados a que se respetara y garantizara la disponibilidad y acceso a los servicios de SSyR como servicios de salud esenciales, alertando que su restricción constituye una violación a los derechos humano.

El derecho a la salud fue reconocido como derecho humano en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en el año 1966, describiendo en su artículo 12 que *“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”* (ONU, 2016). Para hacer de este derecho una realidad, los países deben trabajar para lograr el acceso universal, la integridad, la calidad y la inclusión en los sistemas de salud que están disponibles para las personas, las familias y las comunidades. En este sentido, los sistemas de salud deben ser responsables ante los ciudadanos del logro de estas condiciones (OPS, 2011). En el mes mayo del año 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, encargado de supervisar la aplicación del Pacto, adoptó la denominada Observación General N° 14 donde se prescribió que el derecho a la salud en todas sus formas y en todos los niveles

abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad*. (ONU, 2000).

Disponibilidad:

Establece que cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas que garanticen una adecuada cobertura de la población. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán condiciones sanitarias adecuadas, personal médico y profesional capacitado, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS. En este sentido la disponibilidad exige la construcción, el mantenimiento y el desarrollo tanto de un sistema como de una infraestructura que hagan posible la efectividad del derecho a la salud a través de instituciones y procedimientos. Este sistema busca satisfacer la demanda de necesidades en salud y ello se desarrolla a través de una oferta que hace posible la prestación del servicio público de salud. En este mismo sentido, la Observación General 14 (párr. 43) cataloga como uno de los niveles esenciales del derecho a la salud, el diseño de indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos en la realización de este derecho (ONU, 2020). Por su parte, en la Recomendación General 24, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer se insiste en la necesidad de obtener información desagregada sobre la situación de la salud. La protección de la oferta y el suministro de información hacen parte de la disponibilidad de la infraestructura que permite el ejercicio del derecho a la salud (ONU, 1999)

Accesibilidad:

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. Aunque se ofrezcan avances en la infraestructura sanitaria y se mejoren las condiciones de oferta, ello no implica mayor progreso si la mayoría de la población encuentra

dificultades para disfrutar de los servicios en salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Observación General 14, párr. 12) ha precisado que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos vulnerables o marginados, tales como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, y las personas con discapacidades. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua potable y los servicios sanitarios adecuados, sean ubicados a una distancia geográfica razonable, especialmente en las zonas rurales (ONU, 2020). En este sentido existen dos dimensiones de la accesibilidad que están interrelacionadas: la socio-organizacional, en la que se incluyen todas las características de la oferta que facilitan o limitan la atención con excepción de las de carácter espacial. Por ejemplo, aquí incluye las políticas formales o informales de selección de pacientes en función de su condición social, los recursos financieros, el equipamiento y la capacitación y características del personal, entre otros (Donabedian, 1998). La otra dimensión es la geográfica, que refiere a las “medidas de fricción del espacio”, que entre otros aspectos incluye “1) distancia lineal, 2) distancia de traslado, 3) tiempo total transcurrido y 4) costo de traslado” (Donabedian, 1988).

Aceptabilidad:

Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate. Se ha utilizado la idea de aceptabilidad de la salud con el objeto de fundamentar una serie de criterios en torno al respeto de la integridad de las personas, independientemente de su contexto cultural y social. En relación a esta dimensión, los funcionarios del Estado deben abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales y adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores,

teniendo en cuenta los actos de violencia desde la perspectiva de género. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales (CIDH, 2020).

Calidad:

Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. El derecho a la salud no se limita a la disponibilidad de un sistema de salud y a la posibilidad de acceder al mismo sin ningún tipo de discriminación y en condiciones de aceptabilidad. La realización plena de este derecho en el Estado Social de Derecho implica el reconocimiento de un verdadero derecho a la prestación de un servicio público de salud de calidad. Por ello, deben existir una serie de mecanismos que garanticen el control y la evaluación de los servicios que se prestan. Así mismo, la calidad debe evaluarse conforme a los fines del Estado Social de Derecho, de allí su estrecha relación con valores como la dignidad humana. Específicamente en relación con la calidad de la atención sanitaria, ésta debe ser aquella capaz de brindar una vida digna al beneficiario del servicio público de salud. Por ello, dicha atención debe incluir todas las prestaciones necesarias para garantizar la vida digna del paciente. De no ser así, los establecimientos, bienes y servicios de salud no alcanzan un estándar mínimo de calidad (Bonet, 2020).

La Observación General 14 (párr. 44) destaca como obligación de prioridad proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en derechos humanos, asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología, velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, fomentar la educación en materia de salud y velar porque el personal

sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados (ONU, 2020).

IV. IV. Los derechos Sexuales y Reproductivos.

Los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos como derechos humanos. Están establecidos en la Constitución Nacional, por los tratados internacionales de derechos humanos que la integran, otros tratados y acuerdos internacionales aprobados por la Argentina, así como por las leyes nacionales sobre el tema. Derechos sexuales son aquellos derechos que involucran la capacidad de disfrutar una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos y los derechos reproductivos se refieren a la posibilidad de decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijos, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se requiere disponer de información suficiente y acceso a los medios adecuados. En este sentido, toda persona tiene derecho a disfrutar una vida sexual saludable y placentera, sin presiones, coacción ni violencia, elegir el método anticonceptivo que mayor se adapte a sus necesidades, obtener información y orientación clara en relación a sus derechos, y elegir si quiere o no tener hijos (IIDH, 2008). En nuestro país, podemos mencionar leyes importantes vinculadas con el derecho a la SSyR como la Ley 25.673 (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable), Ley 26.130 (Anticoncepción Quirúrgica), Ley 26.150 (Eduación Sexual Integral), Ley 26.485 (Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales), Ley 26.743 (Derecho a la identidad de género de las personas), y la Ley 27610 (Abordaje integral de la IVE (Min. Sal.; 2020). Esta última, sancionada el 30 de diciembre de 2020 y promulgada el 14 de enero de 2021, reconoce el derecho de todas las personas con capacidad de gestar a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) hasta la semana catorce (14) inclusive del proceso gestacional, sin necesidad de invocar causal alguna (Ley 27.610, 2021, art. 2). Este reconocimiento se articula con el Artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación, que establece el principio de capacidad progresiva, asegurando que las decisiones en salud reproductiva puedan ser ejercidas en función de la edad y grado de madurez de la persona gestante (Código Civil y Comercial de la Nación, 2015, art. 26).

Superado dicho plazo, la ley garantiza el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE) en los supuestos ya previstos en el Artículo 86 del Código Penal de la Nación , cuyo alcance fue ratificado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el fallo F.A.L. (2012). La sanción de la Ley 27.610, en este sentido, no deroga el marco normativo preexistente, sino que lo amplía, consolidando un sistema integral que garantiza tanto la IVE como la ILE, fortaleciendo el acceso a derechos sexuales y reproductivos en Argentina.

La atención debe ser integral, realizarse dentro de los 10 días de la solicitud, y cumplir con estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, confidencialidad y respeto por la autonomía. El personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. Se debe garantizar además el acceso a toda la información necesaria para que la persona pueda tomar una decisión informada, acorde a sus necesidades y respetando su autonomía y decisión, por más que cambien en el progreso del tratamiento. La atención deberá ser brindada siguiendo los estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada. El personal de salud deberá capacitarse en los contenidos de esta ley y de la normativa complementaria y reglamentaria (Min Sal, 2022).

Las restricciones u obstáculos en la implementación de las leyes que garantizan estos derechos tienen un impacto negativo y desproporcionado sobre diversos derechos humanos de las personas con capacidad de gestar. La falta de acceso –en condiciones de igualdad, dignidad y seguridad para todas las personas con capacidad de gestar– a los servicios de salud en situaciones de embarazo no deseado y las restricciones a las técnicas de reproducción humana asistida, constituyen una práctica discriminatoria en los términos del artículo 1 de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, que vulnera derechos únicamente de las personas con capacidad de gestar, en tanto se trata de procedimientos médicos que solo ellas necesitan y solo ellas viven las consecuencias físicas y emocionales de su privación (ONU, 1981). Se trata de una situación de discriminación que se genera por la omisión estatal de brindar a las personas con capacidad de gestar la posibilidad de ejercer sus derechos en

forma plena. Pero además, este trato diferenciado afecta especialmente a personas con capacidad de gestar con bajo nivel socioeconómico y adolescentes que no tienen la posibilidad de acceder al sistema de salud privado.

Ello configura un supuesto de discriminación múltiple en razón del género, la condición socio-económica y la edad de la persona con capacidad de gestar. En este sentido los sistemas de salud deben adoptar una perspectiva de género en su funcionamiento y en la atención a las necesidades de las personas gestantes. Esto implica garantizar una atención sin discriminación, asegurar el acceso a información clara y completa sobre los servicios de salud, y respetar la privacidad y confidencialidad de las personas en todo momento. La implementación de políticas de salud que garanticen el acceso a servicios de IVE integrales y seguros requiere de un esfuerzo conjunto por parte del sistema de salud, los proveedores de servicios, los defensores de los derechos de las personas con capacidad de gestar y la sociedad en general (ONU, 2021). Es necesario garantizar la disponibilidad de servicios de IVE en todo el país, así como la capacitación del personal de salud para la atención integral y segura de la IVE.

IV.V. Políticas Públicas: Implementación y evaluación:

La exigencia de garantizar servicios de IVE libres de discriminación y con enfoque de género no es solo un imperativo ético y jurídico, sino también un desafío de política pública. La implementación efectiva de este derecho requiere superar obstáculos estructurales que, lejos de ser neutrales, reproducen desigualdades históricas en razón de género, clase y edad. En este sentido, el acceso a la IVE no puede analizarse únicamente desde la dimensión normativa (el reconocimiento legal del derecho), sino que debe examinarse en su dimensión operativa: cómo el Estado traduce ese mandato en servicios concretos, accesibles y de calidad para todas las personas gestantes.

Las políticas públicas no son meros instrumentos técnicos, sino procesos sociales dinámicos que reflejan luchas por la definición de problemas y soluciones. Autores como Zeller (2007) las conciben como un conjunto de decisiones gubernamentales orientadas a impactar en lo social, aunque reconoce que muchas

veces estas acciones carecen de objetivos explícitos. Esta ambigüedad no es casual: en temas como la IVE, donde confluyen posiciones morales encontradas, las políticas suelen ser resultado de negociaciones que dejan márgenes interpretativos para su implementación.

Desde una perspectiva crítica, las políticas públicas también pueden entenderse como campos de disputa donde actores estatales y no estatales pugnan por imponer sus visiones sobre qué problemas merecen intervención y cómo deben abordarse (Olavarría Gambi, 2007). En este sentido, incluso la inacción estatal –como la falta de regulación clara o la asignación insuficiente de recursos– configura una forma de política, ya que refleja una decisión (explícita o tácita) de no garantizar ciertos derechos. Esta mirada es particularmente útil para estudiar la IVE, cuya legitimidad como política pública ha variado históricamente según los equilibrios de poder y los cambios en las representaciones sociales sobre el aborto.

La implementación, lejos de ser una mera ejecución técnica, es un proceso político donde interactúan normas, recursos, actores y contextos locales. Revuelta Vaquero (2007) la define como el espacio entre las decisiones formales y los resultados alcanzados, destacando que estos últimos rara vez coinciden plenamente con lo planeado. En el caso de la IVE, esta brecha puede manifestarse en demoras en la atención, obstáculos administrativos o interpretaciones restrictivas de la ley por parte de algunos efectores.

La complejidad de implementar políticas en salud sexual y reproductiva radica en que sus resultados dependen no solo de la voluntad política, sino de factores como:

- La capacidad del sistema de salud (infraestructura, personal entrenado).
- Las dinámicas locales (resistencia de profesionales, presión de grupos antiderechos).

- Condiciones estructurales (presupuesto, descentralización de servicios).

Las políticas de salud son decisiones y acciones planificadas que buscan abordar problemas de salud y mejorar el bienestar de la población. Estas políticas pueden incluir medidas regulatorias, programas de prevención y promoción de la salud, estrategias de atención médica, entre otras. La implementación de políticas se refiere al proceso mediante el cual estas políticas se llevan a cabo en la práctica, es decir, se utilizan en acciones y programas concretos. Implica una serie de pasos, que incluyen la traducción de la política en directrices y programas operativos, la designación de recursos necesarios, la capacitación de los profesionales de salud, la creación de mecanismos de supervisión y seguimiento, y la colaboración entre diferentes actores del sistema de salud. La implementación exitosa implica garantizar que las políticas se lleven a cabo de manera efectiva y logren los resultados deseados (Min. Sal., 2018).

La evaluación de implementación de políticas de salud se basa en la recopilación y análisis de datos para evaluar el rendimiento de la política en relación a sus objetivos y metas. También implica analizar los procesos de implementación, identificando barreras y facilitadores, y examinando la equidad en la distribución de los resultados. Puede involucrar tanto métodos cuantitativos como cualitativos, así como el uso de indicadores específicos para medir el impacto y la eficacia de la política. La evaluación cualitativa se enfoca en comprender en profundidad las experiencias, percepciones y significados de los actores involucrados en la implementación de políticas de salud (SFI; 2022). Existen diversas categorías que pueden ser utilizadas para realizar la evaluación de la implementación de la nueva ley de IVE en el PNA. Estas categorías ayudan a organizar y estructurar la información recopilada durante la investigación y proporcionan una base para el análisis de los datos. A continuación, categorías relevantes para este estudio (IEP, 2020):

- Cobertura: Grado en el que una intervención pública alcanza a una parte o a toda la población objetivo.

- Participación: Grado y forma en que los actores están involucrados en la intervención
- Conocimiento y transparencia: Grado de conocimiento y percepción que tienen los actores sobre las medidas adoptadas, así como sobre el proceso de toma de decisiones. Se explora la comprensión de los derechos y las responsabilidades establecidos por la ley, así como los procedimientos y requisitos legales para llevar a cabo la IVE.
- Percepción de la capacitación y actualización: Esta categoría se centra en la percepción de los profesionales de salud sobre la capacitación y la actualización proporcionada en relación a la implementación de la ley.
- Barreras y facilitadores: En esta categoría se explorarán las barreras y los facilitadores identificados por los profesionales de salud en la implementación de la ley. Las barreras podrían incluir estigmatización, falta de recursos, resistencia institucional, entre otros, mientras que los facilitadores podrían ser el apoyo de la comunidad, la colaboración interprofesional o la disponibilidad de recursos adecuados.
- Experiencia en la atención: Esta categoría se refiere a la experiencia de los profesionales de salud en la atención de casos de IVE. Se explora cómo se sienten al brindar este tipo de atención, los desafíos y dilemas éticos que enfrentan, así como las percepciones sobre la calidad de atención brindada y el impacto en la relación médico-paciente.
- Impacto en la equidad y el acceso: Esta categoría se enfoca en el impacto de la implementación de la ley en la equidad y el acceso a los servicios de IVE. Se indaga si los profesionales de salud perciben que la ley ha mejorado el acceso a estos servicios para grupos vulnerables y si considera que se han abordado las desigualdades existentes en el acceso a la atención.

Una evaluación comprensiva de la implementación de la IVE debe considerar múltiples dimensiones interrelacionadas. Desde la cobertura efectiva

(qué porcentaje de establecimientos ofrecen realmente el servicio y con qué tiempos de espera) hasta la calidad de la atención (cumplimiento de protocolos, trato humanizado, respeto a la confidencialidad). Asimismo, debe examinar criterios de equidad (diferencias en el acceso según nivel socioeconómico, ubicación geográfica o pertenencia a grupos vulnerables) y sostenibilidad (existencia de mecanismos institucionalizados para la capacitación continua y la mejora permanente).

Como plantean Fox y Reich (2015), en el caso de políticas sensibles como la IVE, los procesos evaluativos no pueden limitarse a ejercicios técnicos neutrales. Por el contrario, deben concebirse como herramientas para identificar patrones de discriminación (como el trato diferenciado a adolescentes o mujeres rurales), documentar buenas prácticas replicables, generar evidencia científica que contrarreste argumentos ideológicos y fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas.

La llamada "implementación basada en derechos" (Tayllor Goobi, 2016) enfatiza que toda evaluación debe incluir espacios genuinos de participación de las usuarias, reconociendo que son ellas quienes experimentan directamente las brechas entre el derecho formal y su realización concreta. Este enfoque resulta particularmente relevante para la IVE, donde las voces de las personas con capacidad de gestar han sido históricamente marginadas tanto en el diseño como en la evaluación de las políticas que las afectan.

CAPÍTULO V: ABORDAJE METODOLÓGICO.

V.I. Población de estudio:

- 1) Personas en condiciones de gestar que contaron en el sistema informático de salud con al menos una consulta relacionada con la IVE en alguno de los centros asistenciales del PNA pertenecientes a la Secretaría de Salud del partido de Bahía Blanca entre los meses de enero y diciembre de 2023.
- 2) Profesionales médicos pertenecientes a la Secretaría de Salud de Bahía Blanca que registraron en el sistema informático de salud al menos una práctica relacionada con la realización de IVE entre los meses de enero y diciembre de 2023. Dentro de ellos fueron incluidos especialistas en medicina familiar, general y especialistas en gineco-obstetricia. Si bien el abordaje del IVE es multidisciplinar, sólo se incluyeron profesionales médicos ya que cargan el código de la práctica en la Historia Clínica Digital, pudiendo de esta manera ser fácilmente identificados para proponer la realización de las entrevistas.
- 3) Tomadores de decisión de la Secretaría de Salud: Directores de programas, Coordinadores de las áreas programáticas del partido, jefes de Unidades y Departamentos.

V.II. Diseño:

Para el desarrollo de este trabajo se llevó adelante un diseño con enfoque mixto. Este tipo de diseño involucra datos de ambos métodos, tanto cualitativo como cuantitativo, ya sea en un estudio particular o en varios estudios dentro de un programa de investigación. Se respetan las técnicas, los conceptos y el lenguaje propio del paradigma en el desarrollo de cada momento, con la finalidad de asegurar el rigor metodológico, minimizar los sesgos y fortalecer el proceso de investigación. La investigación con este enfoque se ve fortalecida porque permite al investigador incorporar datos como imágenes, narraciones o verbalizaciones de los

actores, que de una u otra manera ofrecen mayor sentido a los datos numéricos. Esto permite la obtención de una mejor evidencia, la comprensión de los fenómenos y por ende, facilitan el fortalecimiento de los conocimientos teóricos y prácticos, permitiendo entonces analizar los datos ampliamente para su interpretación (Sanchez M. et al; 2021).

Para la parte cuantitativa, se ha realizado un análisis descriptivo utilizando como fuente de información el sistema de información digital de la Secretaría de Salud de Bahía Blanca (SISalud) con el fin de caracterizar la consultas por IVE y las respuesta del sistema de salud local en relación al recurso disponible para su implementación. Para el enfoque cualitativo se realizaron entrevistas presenciales a profesionales médicos implicados en la realización de asesoría para IVE y a referentes de la gestión local con el fin de evaluar percepción en relación a los factores que influyen en la implementación de la Ley a nivel local (**anexo 1**).

Enfoque cuantitativo:

La fuente de información mencionada (SISalud) que fue utilizada para obtener los resultados desde éste enfoque, permitió obtener reportes nominalizados por código de práctica, área programática, efector, rango de fechas, rango etario, profesionales, especialidades, etc. Dichos reportes se originan de las cargas que realizan los profesionales de salud dentro del módulo de Historia Clínica Electrónica que interopera con este sistema. Para la realización del filtro de reporte se tomó el código de práctica "O04" (Aborto Médico/ IVE) entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2023. Con dicho reporte se pudo obtener la totalidad de prácticas por edad, mês, profesional, especialidad, área programática y efector. Para determinar el tipo de consejería brindada, semanas de gestación, estudios realizados y seguimiento posterior se evaluó cada una de las historias clínicas, ingresando al historial de consulta que contenía el código ya mencionado.

Enfoque Cualitativo:

Para la identificación de profesionales médicos, se realizó un rastreo dentro del SISalud identificando a todos aquellos que realizaron al menos una práctica

relacionada con IVE. En relación a los tomadores de decisión, fueron identificados teniendo en cuenta los contactos que contaba el tesista relacionado a su trabajo dentro de la Secretaría de Salud del Municipio.

Se elaboró una entrevista semiestructurada con preguntas integradas a las categorías relacionadas con la implementación de la IVE que fueron desarrolladas en el marco teórico. Las mismas se operacionalizan a continuación:

- *Cobertura*: percepción del grado en el que una intervención pública alcanza a una parte o a toda la población objetivo.
- *Participación*: percepción del grado en que los actores del sistema de salud se encuentran involucrados con garantizar la ley.
- *Conocimiento y transparencia*: Grado de conocimiento y percepción que tienen los actores sobre las medidas adoptadas, así como sobre el proceso de toma de decisiones.
- *Percepción de la capacitación y actualización*: percepción de los profesionales de salud sobre la capacitación y la actualización proporcionada.
- *Barreras y facilitadores*: se explorarán las barreras y los facilitadores identificados por los profesionales de salud en la implementación de la ley.
- *Experiencia en la atención de IVE*: experiencia de los profesionales de salud en la atención de casos IVE.
- *Impacto en la equidad y el acceso*: Se indaga si los profesionales de salud perciben que la ley ha mejorado el acceso a estos servicios para grupos vulnerables y si considera que se han abordado las desigualdades existentes en el acceso a la atención.

Se llevaron adelante un total de 8 entrevistas (4 profesionales con rol asistencial y 4 profesionales con rol de gestión). Al finalizar la última entrevista, se

concluyó que la temática se encontraba “saturada”, por lo que no fue necesaria la realización de más entrevistas.

Se realizó un primer acercamiento por vía telefónica con los participantes, exponiendo los objetivos y métodos del estudio, y explicando que la participación era libre y voluntaria, garantizando la confidencialidad de los datos al analizar la información. Aquellos que aceptaron fueron citados para que la entrevista sea desarrollada de manera presencial, firmando un consentimiento informado previo al desarrollo de la misma (**Anexo 2**). Las entrevistas fueron grabadas mediante teléfono celular. Posteriormente se realizó una transcripción en formato Word y guardadas con un código de entrevista. Finalmente fueron integradas en su totalidad para su procesamiento final y análisis de resultados.

Integrando la totalidad de la información se generaron indicadores relacionados a las 4 dimensiones esenciales del derecho a la salud definidos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad*) para determinar las características de implementación de la ley (ONU, 2000).

Disponibilidad:

- Cantidad de Centros de Atención Primaria (CAPS) donde se realiza asistencia a personas que desean interrumpir su embarazo: Relacionado con la disponibilidad de servicios específicos para IVE dentro del sistema de salud.
- Cantidad de profesionales médicos que realizaron la asesoría de IVE en relación a la cantidad de profesionales en condiciones de hacerlo: Evalúa la disponibilidad de talento humano calificado para realizar las IVE.
- Cantidad de profesionales médicos objetores de conciencia en relación a aquellos disponibles para la realización de IVE: Influye directamente en la disponibilidad efectiva del servicio.

Accesibilidad:

- Tasa de IVE por cada 1,000 personas en edad fértil que consultaron en el PNA durante el 2023: Permite analizar la accesibilidad del servicio, considerando la capacidad del sistema de salud para responder a las demandas.
- Lugar de atención: Analiza si los servicios están distribuidos de manera que sean accesibles geográficamente para la población.
- Cantidad de controles posteriores al procedimiento, estudios solicitados y consejería sobre salud sexual: Indica la accesibilidad continua a los servicios de salud después del procedimiento.

Aceptabilidad:

- Percepción de la capacitación y actualización: Evalúa si la formación proporcionada a los profesionales de salud está alineada con las necesidades y valores de la población y los profesionales.
- Experiencia en la atención de IVE: Refleja cómo los profesionales perciben la aceptabilidad de los servicios que brindan.
- Percepción del grado en el que los actores del sistema de salud se encuentran involucrados con garantizar la ley: Relacionado con la aceptabilidad de las políticas de salud entre los profesionales y cómo influyen en la prestación del servicio.

Calidad:

- Total de controles recibidos en el contexto de la asesoría: Indica la calidad de la atención brindada, asegurando que se cumplan los estándares requeridos en cada fase del proceso de IVE.
- Grado de conocimiento y percepción que tienen los actores sobre las medidas adoptadas, así como sobre el proceso de toma de decisiones: Relaciona la calidad de la implementación de la ley con la transparencia y comprensión del proceso por parte de los profesionales de salud.

- Barreras y facilitadores identificados por los profesionales de salud en la implementación de la ley: Evaluar la calidad del proceso en función de los desafíos y apoyos identificados por quienes están en el campo.
- Impacto en la equidad y el acceso: Analiza si la ley ha mejorado la calidad del acceso a servicios de salud para grupos vulnerables, contribuyendo a reducir desigualdades.

V.III. Análisis de datos:

Datos Cuantitativos:

Los datos cuantitativos relacionados con las características demográficas de las personas que consultaron por IVE, así como la disponibilidad de servicios para la realización de estas prácticas, fueron analizados utilizando varias técnicas estadísticas. Las variables de interés, tales como edad, semanas de gestación, lugar de atención, y el número de controles post-procedimiento, se expresaron a través de medidas de frecuencia (números absolutos y relativos), proporciones, y medidas de tendencia central (media, mediana, y moda). Este enfoque permitió una comprensión detallada de los perfiles de los pacientes y la distribución de los servicios disponibles.

La recolección de estos datos se llevó a cabo utilizando el Sistema de Información de la Secretaría de Salud del Municipio, asegurando que todas las variables sean integradas en una base de datos en Excel. Posteriormente, esta base fue importada al software SPSS versión 26.0 para su procesamiento estadístico. El análisis incluyó una exploración inicial de los datos mediante tablas de distribución de frecuencias y gráficos descriptivos, como histogramas y diagramas de barras, lo que facilitó la identificación de patrones o tendencias en la demanda y la oferta de servicios de IVE.

Adicionalmente, se llevó a cabo un análisis de distribución geográfica para evaluar la accesibilidad a los servicios de IVE. Este análisis se realizó utilizando un enfoque basado en SIG (Sistemas de Información Geográfica), para determinar geográficamente la presencia de centros de salud que aseguraron IVE y su relación con los domicilios de residencia de las personas solicitantes. Esto permitió identificar

áreas geográficas sin acceso adecuado, evaluando si la distribución de los CAPS es equitativa y si existen "desiertos de atención" que podrían limitar el acceso a los servicios de IVE.

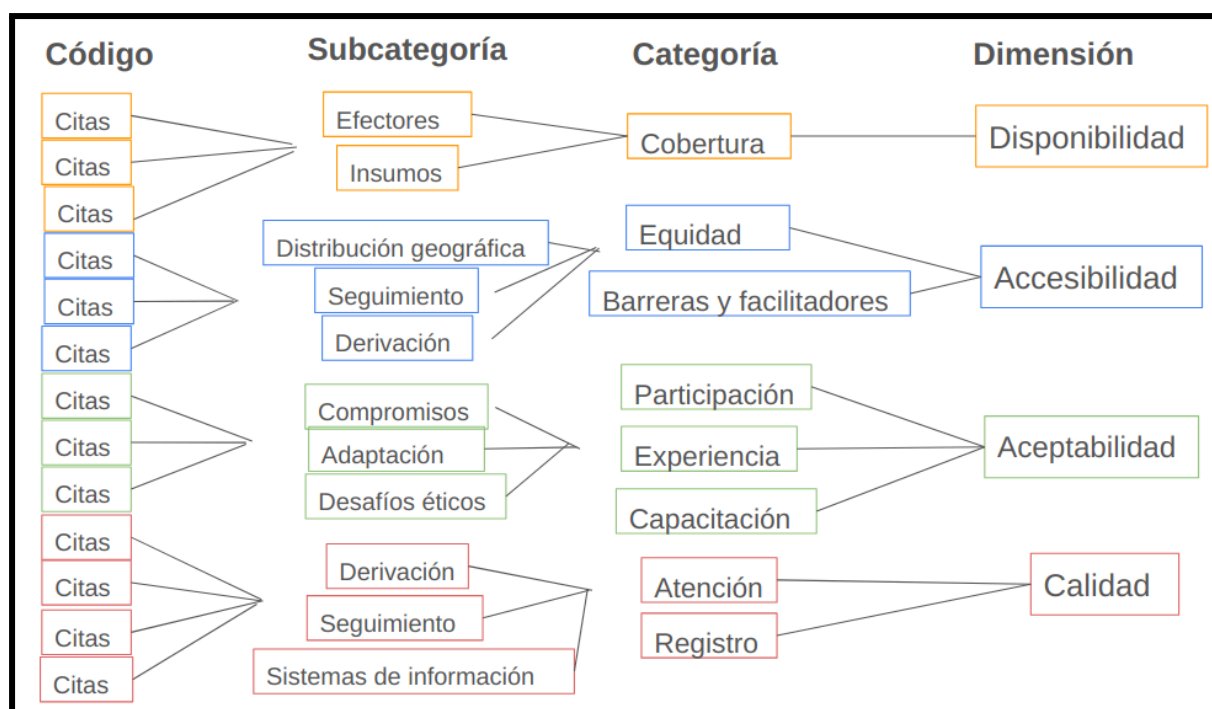
Datos Cualitativos:

Para los datos cualitativos, se realizaron entrevistas en profundidad a profesionales de salud y tomadores de decisiones clave involucrados en la implementación y prestación de servicios de IVE. El análisis cualitativo se realizó utilizando el software Atlas.ti, que facilitó la codificación y organización de grandes volúmenes de texto.

El proceso de análisis cualitativo se estructuró en varias fases. En primer lugar, se generaron categorías de análisis basadas en la literatura existente y en los temas emergentes durante las entrevistas. A cada fragmento de texto se le atribuyó un código que refleje su contenido y significado en relación con las categorías establecidas. Cada fragmento fue agrupado a las categorías, reducido y subdividido en aquellas frases con componente que expresó un avance o facilitador de la ley y aquellas que se identificaron como frases que expresaban obstáculos o retrocesos (**figura 2**). Este enfoque permitió una comprensión profunda de las percepciones, barreras, y facilitadores que los profesionales de salud experimentaron en la implementación de la ley de IVE.

Además del análisis de contenido, se empleó un enfoque narrativo para interpretar cómo los profesionales de salud y los tomadores de decisiones percibieron la implementación de la ley, su impacto en la equidad y el acceso, y las experiencias vividas en la atención de IVE. Este análisis permitió contextualizar las experiencias individuales dentro de un marco más amplio, vinculando las narrativas personales con las dinámicas institucionales y estructurales que afectan la prestación de servicios.

Figura 2. Esquema general de análisis de datos cualitativos.



Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, los resultados del análisis cuantitativo y cualitativo se integraron para ofrecer una visión comprehensiva de cómo se está implementando la ley de IVE en el PNA, evaluando su impacto en términos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de los servicios de salud, tal como lo define el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Esta integración permitió identificar fortalezas, como la disponibilidad adecuada de servicios y la calidad de la atención brindada, así como debilidades en la accesibilidad geográfica y la aceptabilidad del servicio por parte de la comunidad y los profesionales de salud. Además, se pudieron detectar oportunidades de mejora que contribuyan a optimizar la implementación de la ley, asegurando que todos los elementos del derecho a la salud sean respetados y fortalecidos en la prestación de servicios de IVE.

CAPÍTULO VI: CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El estudio fue realizado siguiendo las normas de buenas prácticas clínicas, de acuerdo a las regulaciones nacionales (Resolución 1480/2011 del Ministerio de salud de la Nación). La base de registro de datos relacionada con las consultas por IVE y las entrevistas no contenían información filiatoria de las personas (eliminación de nombre, apellido y DNI). Se designó un número ascendente relacionado con la fecha y hora de consulta y las iniciales de nombre y apellido de los entrevistados para garantizar la confidencialidad. Los registros fueron guardados en dos copias, una en el escritorio de la computadora del investigador principal y otra en la del Director de la tesis. Sólo pudieron tener acceso el investigador principal y director de tesis. Los mismos serán eliminados posterior a la defensa y aprobación de la tesis. Por su parte, las grabaciones también quedaron guardadas en dos copias guardadas en el escritorio de las computadoras del investigador principal y director, siendo eliminadas al finalizar la defensa de la tesis.

En relación a las entrevistas, se le otorgó a cada participante un consentimiento informado (**anexo 2**) con la información necesaria para la participación voluntaria. Toda la información que el participante proporcionó para el estudio fue de carácter estrictamente confidencial, en conformidad con la Ley N 25.326 de protección de Datos Personales. Fue utilizada únicamente por el investigador y no estará disponible para ningún otro propósito. Los resultados serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que los participantes no podrán ser identificados. El protocolo del estudio, así como el formulario de consentimiento informado fueron presentados al Comité de Ética del Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leònidas Lucero”, el cual fue aprobado. Dicho Comité se encuentra inscripto en el Registro Provincial de Comités de Ética Central en Investigación-Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires con fecha 17/09/2010 bajo el Número 017/2010 Folio 54, Libro 1 con última acreditación vigente el 09/09/2022.

CAPÍTULO VII: RESULTADOS.

Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2023 se efectuó IVE en el PNA a un total de 423 personas residentes del partido de Bahía Blanca. La media de edad fue de 27 años, con una mínima de 15 y una máxima de 48 años. El 83% (n=352) de las personas no contó con cobertura social al momento de la consulta.

Por su parte, fueron entrevistados 8 trabajadores de la salud, de los cuales 4 fueron profesionales médicos con actividad asistencial (3 médicos de familia y 1 residente de medicina general) y 4 profesionales con actividad de gestión (1 referente de salud materno-infantil, 1 jefe de unidad, 2 coordinadores de área programática). El 62,5% correspondió al sexo femenino, con una media de edad de 42 años, mínimo de 28 años y máximo de 50 años (**tabla 1**)

Tabla 1. Características de los profesionales de salud entrevistados.

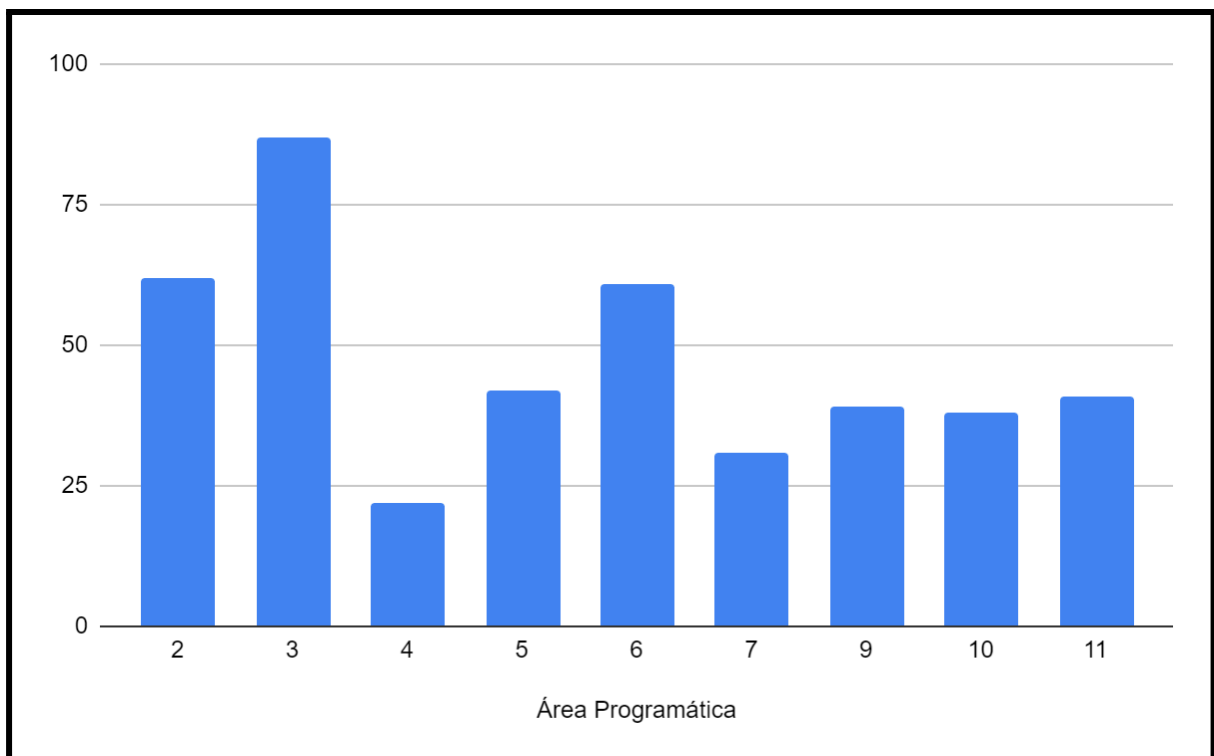
Entrevistado	Cargo	Edad	Sexo legal
EA 1	Asistencial	28	Femenino
EA 2	Asistencial	35	Masculino
EA 3	Asistencial	45	Femenino
EA 4	Asistencial	48	Femenino
EG 1	Gestión	50	Masculino
EG 2	Gestión	45	Femenino
EG 3	Gestión	43	Femenino
EG 4	Gestión	47	Masculino

A continuación, se desarrollan los resultados integrando los enfoques cuantitativos y cualitativos dentro de las 4 dimensiones relacionadas con los Derechos Humanos en relación a la implementación de IVE en el PNA del partido de Bahía Blanca durante el período 2023.

VI.I. Disponibilidad:

De las 10 áreas programáticas del partido que cuenta con efectores de salud del PNA, en 9 se realizó al menos una práctica de IVE, siendo el área N° 8 (localidad de Cabildo) la que no registró ninguna práctica durante el periodo de estudio. Por su parte, el área N° 3 fue la que más realizó IVE durante este periodo con un total de 87 (21%), seguido del área N° 2 que asistió 62 prácticas (15%) (**gráfico 1**).

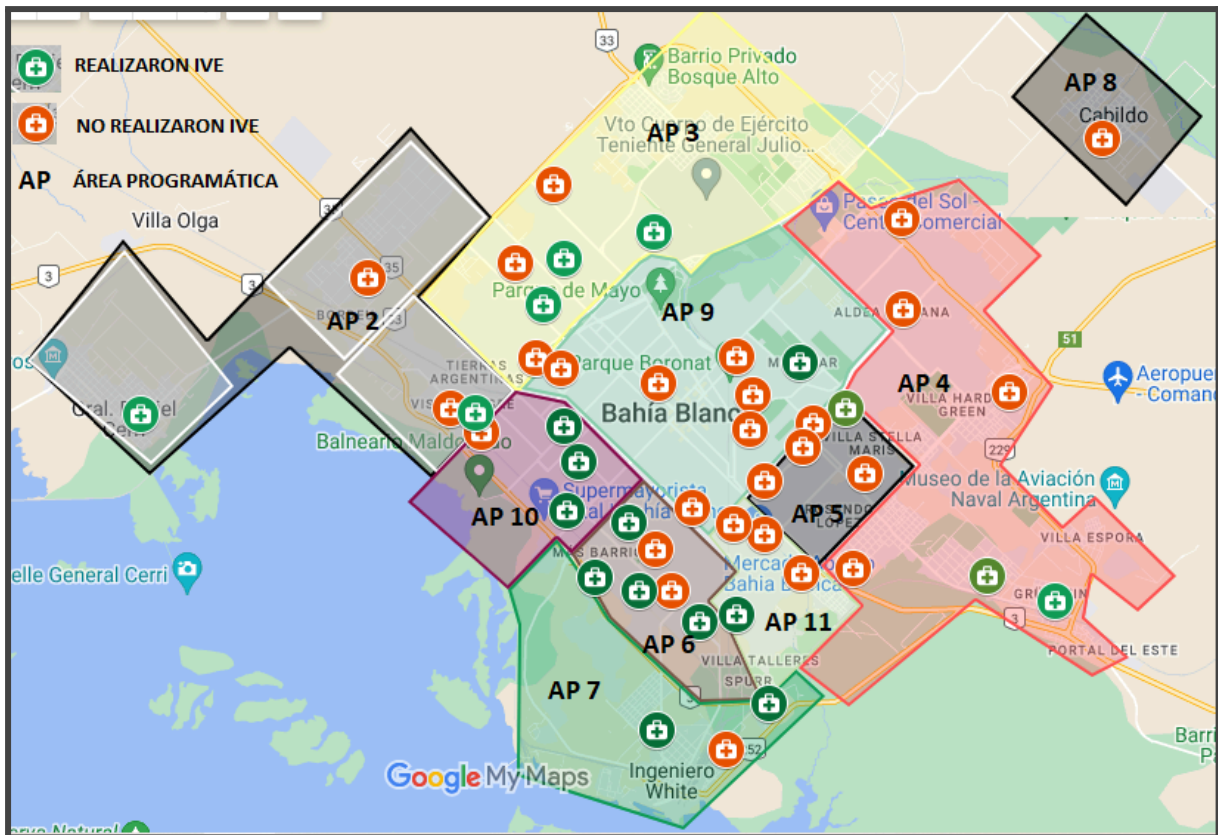
Gráfico 1. Distribución de IVE por área programática de atención durante el 2023. Partido de Bahía Blanca.



Fuente: Elaboración propia. SISalud.

De los 45 efectores disponibles en el PNA, hubo 20 que realizaron al menos una práctica de IVE (45%). De las 9 áreas que garantizaron disponibilidad para el acceso al IVE, la número 6 fue la de mayor cantidad de efectores disponibles, con un total de 4. Por el contrario, el área N°5 y el área N°9 fueron las de menor disponibilidad, con apenas un efector cada una (**figura 3**).

Figura 3. Mapa de áreas programáticas con efectores del PNA y disponibilidad para realización de IVE. Año 2023. Partido de Bahía Blanca.



Fuente: Elaboración Propia. Google "My Maps"

Hubo 80 profesionales médicos en el PNA activos entre médicos generales y familia, y gineco-obstetras durante el periodo de estudio. Fueron 13 los que se declararon como objetores de conciencia (16%). De los 67 restantes, 42 realizaron al menos un IVE (62%) y 25 no realizaron ninguno a pesar de no declararse como objetores de conciencia. El área N° 7 fue la que contó con mayor cantidad de profesionales de salud que realizaron al menos un IVE, seguido del área N° 2 (**tabla 2**).

Tabla 2. Distribución de profesionales médicos en relación a la frecuencia de prácticas de IVE. Año 2023. Partido de Bahía Blanca.

Profesionales	Totales	Objetores de conciencia	Disponibles	Realizaron IVE	% que realizaron IVE en relación a los disponibles
Médicos/as grales y flia	70	8	62	37	59,6
Gineco-obstetra s	10	5	5	5	100
Total	80	13	67	42	62,6
Área 2	20	2	18	13	72,2
Área 3	8	0	8	3	37,5
Área 4	4	2	2	2	100
Área 5	4	2	2	2	100
Área 6	6	2	4	4	100
Área 7	24	0	24	14	58,3
Área 8	5	0	5	0	0
Área 9	2	1	1	1	100
Área 10	4	3	1	1	100
Área 11	4	1	3	3	100

Fuente: Elaboración propia. SISalud.

Siguiendo con la línea de disponibilidad, los profesionales entrevistados destacaron que en los últimos años se ha observado un aumento significativo de áreas y efectores que ofrecieron el servicio de IVE durante el 2023.

EG 1": *"hay más centros que realizan la práctica, y esto ha ampliado la capacidad de atención en el territorio"*.

Este aumento de cobertura fue percibido como un avance importante, permitiendo que las personas accedan más fácilmente a este derecho. Ello se complementa a los datos cuantitativos que revelan que hubo un incremento interanual de disponibilidad de efectores del 10% (ver en sección accesibilidad).

Por otro lado, la mayoría de los entrevistados destacó que la creación de protocolos claros y adaptados localmente ha permitido una implementación más fluida de la ley. Esto sugiere que las políticas se han adecuado a las realidades locales, aumentando su efectividad.

EA 1: *"Hay protocolos locales con adaptaciones a la realidad de la ciudad que son bien claros, con lineamientos de trabajo concretos, que complementan a las guías clínicas elaboradas por la provincia de Buenos Aires. Estas fueron charladas, trabajadas y consensuadas entre profesionales para posteriormente ser socializadas"*.

En relación a la disponibilidad de insumos, hay visiones encontradas. En algunos entrevistados, si bien detectaron la falta de insumos críticos como el misoprostol, refieren que los equipos han desarrollado estrategias de resolución rápida para garantizar la atención.

EA 3: *"Cuando falta medicación, tratamos de conseguirla lo más rápido posible, ya sea por vías formales o informales. Tenemos un grupo de Whatsapp con profesionales en donde nos vamos preguntando distintas cosas, incluida la disponibilidad de medicación para ayudarnos entre nosotros"*.

Por el contrario, otros profesionales consideraron a la falta de insumo como una barrera importante en el acceso, refiriendo que la improvisación no debería ser un método para resolver los problemas de disponibilidad.

EA 5: *"No siempre tenemos el misoprostol garantizado, lo que a veces nos pone en situaciones de urgencia que no deberían ocurrir"*.

EG 2: *"La disponibilidad de misoprostol ha disminuido en los últimos años debido a cambios en políticas actuales."*

Otra dificultad observada fue la derivación al segundo nivel que, a pesar de que la destacan como *"situaciones aisladas"*, enfrentan complicaciones logísticas que afectan la rapidez y continuidad del servicio.

EG 4: "El circuito de derivación al segundo nivel necesita mejorar en rapidez."

VI.II. Accesibilidad

La tasa global de IVE en el PNA durante el 2023 fue de 4.8 por cada 1000 personas con capacidad de gestar, registrando la mayor tasa en el rango etario que va de 20-29 años y la menor en el rango de 40-49 años (**tabla 3**).

Tabla 3. Distribución de IVE realizados en el PNA por rango etario durante el 2023. Partido de Bahía Blanca

Rango etario	IVE realizados	%	Personas con capacidad de gestar en edad fértil*	Tasa IVE por cada 1.000 Personas con capacidad de gestar
15-19 años	35	8.2	12355	2.8
20-29 años	246	58.1	25507	9.6
30-39 años	119	28.1	25894	4.6
40-49 años	23	5.6	23764	0.96
Total	423	100	87520	4.8

Fuente: elaboración propia. SISalud.

*Datos extraídos del Censo poblacional 2022

De las 423 personas que realizaron IVE, se registraron un total de 922 consultas, con una media de 2.2 consultas por persona, un mínimo de 1 y un máximo de 9 (**tabla 4**).

Tabla 4: Distribución de prácticas de IVE por rango de consultas en el 2023. Partido de Bahía Blanca.

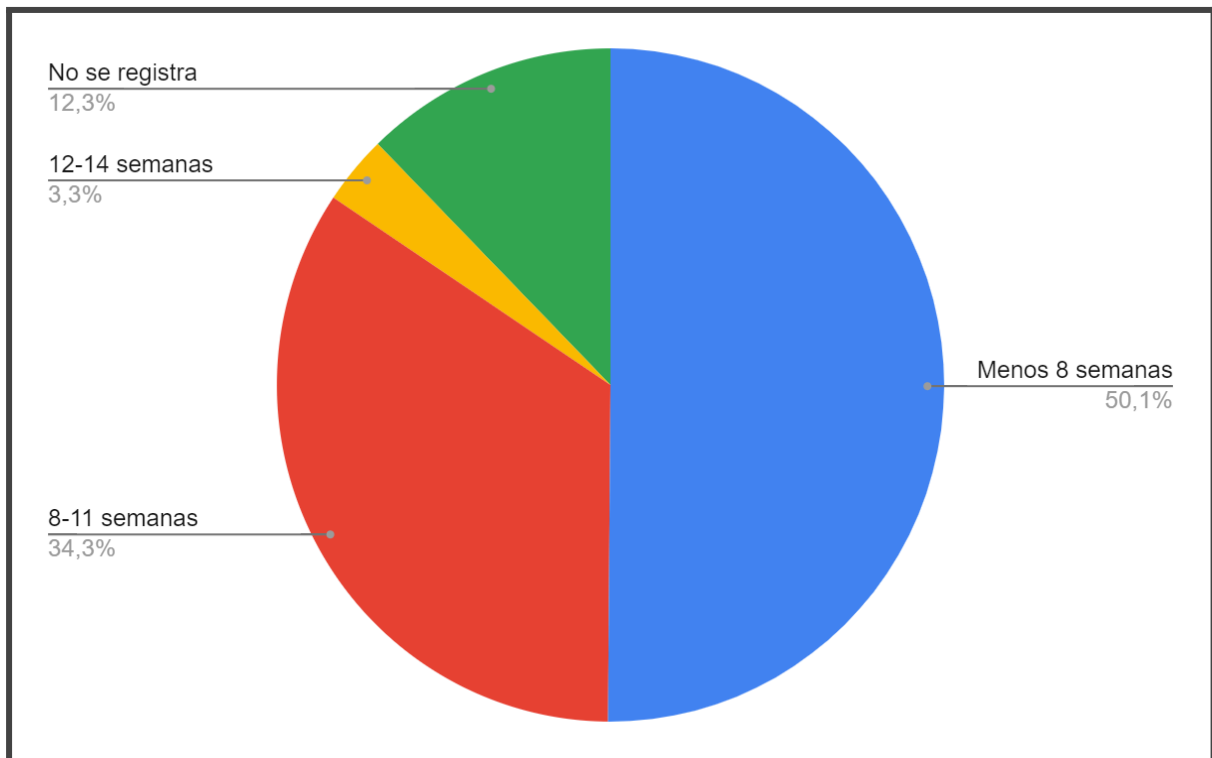
Rango consultas	n	%
1 consulta	129	30.5
2-3 consultas	249	58.5
4 o más consultas	45	11

Fuente: Elaboración propia. SISalud

La media de las semanas de gestación al momento de la primera consulta fue de 7.8, con una mínima de 4 y una máxima de 14. Un 50% (n: 212) presentaba

menos de 8 semanas al momento de la indicación del tratamiento (**gráfico 2**). Por su parte, hubo un 12.3% en donde la semana de gestación no fue registrada en la Historia Clínica.

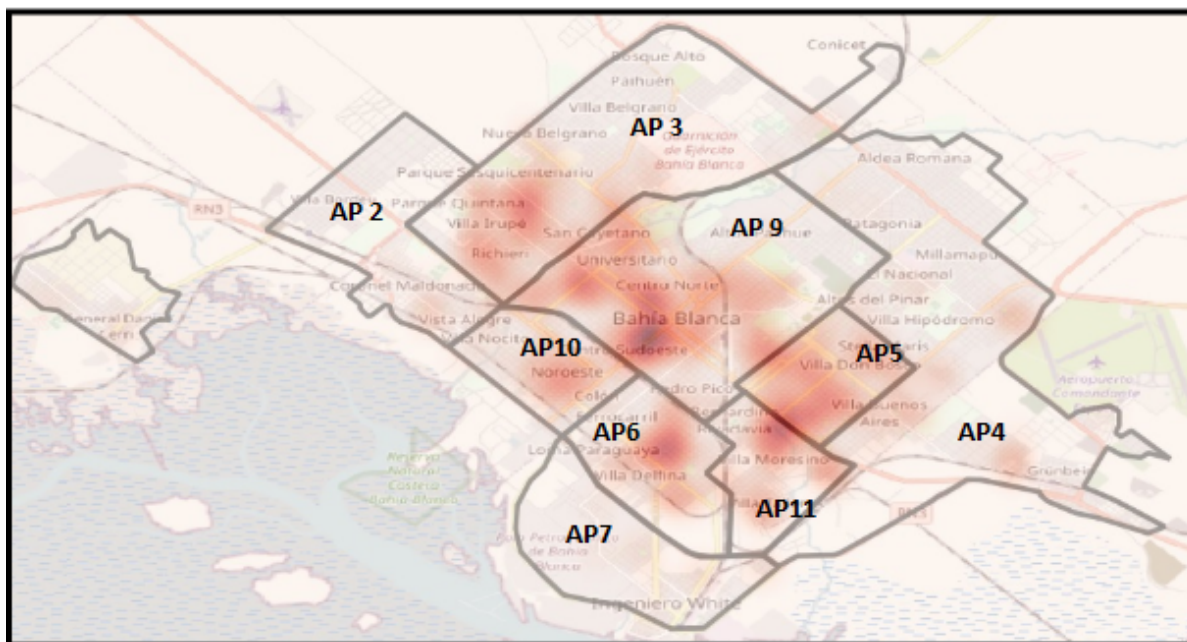
Gráfico 2: Distribución IVE según las semanas de gestación al inicio del tratamiento durante el 2023. Partido de Bahía Blanca.



Fuente: Elaboración propia. SISalud.

Se realizó un análisis de IVE según el domicilio de residencia de la persona, en donde se observó que el área N°9 es donde reside la mayor parte de las personas que se efectuaron IVE (**figura 4**), con un total de 107 procedimientos (25%). Al mismo tiempo, al analizar la concordancia entre el domicilio de las personas y el área donde fueron atendidas, se pudo observar que el área N° 9 es la que presentó una mayor migración de personas a otra áreas para la consulta sobre IVE, seguido del área N°10 y el área N° 4. Por su parte, las personas que vivían en las áreas N° 7, 3 y 2 son las que más concurren a efectores correspondientes con su domicilio (**tabla 5**). El 54% de las personas que decidieron realizarse un IVE accedieron al área programática en la que residían al momento de la consulta .

Figura 4. Mapa de calor de los domicilios de personas que realizaron IVE en 2023. Partido de Bahía Blanca.



Fuente: Elaboración propia Qgis 3.16.8

Tabla 5. Concordancia entre los domicilios de las personas que realizaron IVE y las áreas a donde consultaron durante el 2023. Partido de Bahía Blanca.

	Efector A2	Efector A3	Efector A4	Efector A5	Efector A6	Efector A7	Efector A8	Efector A9	Efector A10	Efector A11	Total	% de atención en otras áreas
Domicilio A2	24	3	0	0	1	2	0	0	3	0	33	27
Domicilio A3	4	45	0	3	3	3	0	2	1	0	61	26
Domicilio A4	1	1	18	12	3	2	0	1	1	3	42	57
Domicilio A5	3	3	2	24	3	0	0	3	3	3	44	45
Domicilio A6	2	2	0	0	28	4	0	0	2	4	42	33
Domicilio A7	1	1	0	0	0	16	0	0	0	1	19	15
Domicilio A8	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	100
Domicilio A9	13	28	2	2	14	1	0	32	11	4	107	70

Domicilio A10	14	2	0	0	4	1	0	0	14	0	35	60
Domicilio A11	0	2	0	1	5	2	0	0	3	26	39	33
Suma total	62	87	22	42	61	31	0	39	38	41	423	46

Fuente: Elaboración propia. SISalud,

Al realizar un análisis comparativo, la mayoría de las variables vinculadas con el derecho al acceso al sistema de salud presentaron un avance en relación con el año previo (**tabla 6**).

Tabla 6. Análisis comparativo de las principales variables de accesibilidad. Periodo 2022-2023. Partido de Bahía Blanca.

Variables de accesibilidad	2022	2023	Variación
IVE efectuados	n=266	n=423	n=+224
Efectores disponibles	34%	44%	+10%
Profesionales disponibles	33%	62%	+29%
Asistencia en áreas programáticas de domicilio de residencia de la persona	58%	54%	-4%

Fuente: Elaboración Propia. SISalud.

Los profesionales de la salud entrevistados destacaron dentro de la dimensión de accesibilidad, la implementación de herramientas administrativas que favorecieron el acceso inicial, como el correo electrónico con respuesta automática de asesoramiento o disponibilidad de línea de teléfono de asistencia y acompañamiento.

EA 2: *“estos sistemas tranquilizan a las pacientes y les explica los pasos a seguir, lo que facilita el acceso desde el primer contacto”.*

También se enfatizó el rol de las administrativas en la recepción y contención de las pacientes.

EG 4: *“Son las primeras en recibirlas y asegurarles un turno, lo que genera confianza en el sistema”.*

EA 1: *“Las administrativas reciben y contienen a las pacientes, asegurándose de que consigan turnos en el momento.”*

En casos complejos, se ofrece acompañamiento en salud mental, lo que fue valorado positivamente:

EA 3: *“Cuando identificamos que una paciente necesita más apoyo, la derivamos rápidamente a salud mental”.*

Como limitaciones se plantearon la falta de profesionales en algunos centros, atribuida en algunos casos a la objeción de conciencia o licencias prolongadas. Un entrevistado expresó:

EG 3: *“Hay áreas donde la cantidad de profesionales no es suficiente, y eso retrasa la atención”.*

EG 2: *“Se necesitan más profesionales que garanticen el acceso debido a objeción de conciencia o licencias.”*

Además, se reportó que algunas pacientes deben trasladarse fuera de su área programática debido a la falta de acceso en su localidad o por razones culturales:

EA 1: *“Algunas personas prefieren ir a otros centros porque sienten pudor o desconfianza en su barrio”;*

EG 2: *“Algunas áreas céntricas tenían menos acceso anteriormente, pero se han ajustado con referenciaciones a otras áreas programáticas.”*

VI.III. Aceptabilidad:

Dicha dimensión fue evaluada en su totalidad a través de la información recolectada de los profesionales de salud entrevistados. Muchos profesionales demostraron una alta predisposición para garantizar el acceso a la IVE.

EG 4: *“La médica con la que trabajo aborda la atención de manera integral, asegurándose de que las pacientes reciban controles posteriores y estudios complementarios”.*

La colaboración entre equipos fue vista como un factor clave:

EA 1: *“El trabajo conjunto con enfermería y otros profesionales mejora la confianza en los servicios ofrecidos”.*

Asimismo, las redes informales como talleres y grupos de WhatsApp facilitaron la comunicación y la implementación del servicio.

EA 3: *“Nos apoyamos mucho entre colegas, y eso agiliza la resolución de casos”.*

La implementación de la Ley de IVE ha sido acompañada de esfuerzos para sensibilizar y capacitar a los equipos de salud, lo que ha mejorado la aceptabilidad del servicio: Las capacitaciones en objeción de conciencia y roles profesionales han sido particularmente efectivas en generar apertura entre los equipos.

EG 2: *“La capacitación en el centro incluyó conceptos como objeción de conciencia y roles de cada profesional, generando apertura y aprendizaje”.*

Los espacios comunitarios, como jornadas y talleres, han permitido un diálogo abierto con la población, fortaleciendo la aceptación social del servicio.

EG 1: *“Los espacios comunitarios, como jornadas y postas de salud, permiten el diálogo y sensibilización con la población”.*

Incluso algunos objetores de conciencia han adoptado roles de colaboración en el proceso, brindando consejería pre y post IVE:

EG 1: *"Hay objeciones de conciencia, pero algunos objetores colaboran con la consejería pre y post IVE."*

A pesar de esto último, la objeción de conciencia se destaca como una barrera en la mayoría de los entrevistados, tanto aquellos que se declararon de manera formal como informal. Los entrevistados definieron a la objeción informal como aquellos que no practican IVE sin haberse declarado como objetores. Según un entrevistado:

EA 3: *"Hay profesionales que no se declaran objetores, pero tampoco están dispuestos a realizar el procedimiento, lo que complica la organización"*.

Las influencias religiosas y éticas también afectan la práctica en algunos casos. Un profesional compartió una experiencia frustrante:

EA 1: *"Me marcó mucho cuando una paciente fue rechazada inicialmente porque el médico no estaba sensibilizado con la ley"*.

VI.IV. Calidad:

En relación a la dimensión de calidad de atención, y según se pudo extraer de las evaluaciones de las Historias Clínicas, se realizó consejería sobre pautas de alarma luego de la indicación del tratamiento ambulatorio a 346 personas (82%), indicación de anticoncepción a 313 (74%), ecografía post IVE a 288 personas (68%) y control posterior a la indicación médica a 203 (65%). El 5% (n=21) presentó alguna complicación (hemorragia en su mayoría), registrándose en 7 de ellos derivación a un Hospital de segundo o tercer nivel de atención para continuar con su abordaje.

Dentro de la dimensión de registro, en 12 Historias clínicas sólo aparecía el código de práctica sin evolución dentro de la Historia Clínica. Por su parte, en el 12,3% de los registros no figuraba la edad gestacional de la persona al momento de la consulta. A pesar de ello, y en términos de derechos, estas variables presentaron un avance al compararlo con el año previo (**tabla 7**)

Tabla 7. Análisis comparativo de las principales variables de calidad. Periodo 2022-2023. Partido de Bahía Blanca.

Variables de calidad	2022	2023	Variación
Consejería Pautas de alarma.	76%	82%	+6%
Indicación de anticoncepción post-IVE.	58%	74%	+6%
Ecografía post-IVE.	29%	68%	+39%
Control posterior.	48%	65%	+17%
Complicaciones con derivación al segundo nivel.	8%	1,5%	-6,5%

Fuente. Elaboración propia. SISalud.

Los profesionales de salud entrevistados resaltaron la claridad del protocolo de atención y el enfoque integral en la atención:

EA 4: *“El protocolo es claro y asegura que las pacientes reciban información sobre los pasos a seguir y las pautas de alarma”.*

Se aprovechan las consultas post IVE para realizar controles complementarios, lo que mejora la atención integral.

EA 2: *“No dejamos pasar la oportunidad de pedir otros estudios que las pacientes necesitan”.*

Las capacitaciones iniciales en registro e implementación fueron valoradas positivamente, aunque se reconoció la necesidad de actualizaciones.

EA 3: *“La formación ha sido útil, pero nos gustaría capacitaciones con casos clínicos para mejorar nuestras habilidades”.*

Otro profesional destacó algunas capacitaciones técnicas que tuvieron y que les resultaron útiles para mejorar la calidad de atención.

EA 1: *“Capacitaciones frecuentes incluyen el uso de medicación combinada, aspiraciones endouterinas y manejo farmacológico nos han mejorado en gran medida nuestra práctica diaria”*

La falta de seguimiento protocolizado en algunos casos fue identificada como una debilidad:

EG 1: "No todos los equipos hacen el mismo seguimiento, lo que genera inconsistencias en la calidad de la atención".

Además, se mencionaron demoras excesivas en los turnos, lo que afecta la percepción de oportunidad del servicio.

EA 4: "Esperar hasta una semana para un turno es demasiado para algunos pacientes".

La incertidumbre sobre el acceso futuro a insumos, como el misoprostol, genera preocupación entre los equipos.

EG 3: "Sin un suministro estable, es difícil planificar a largo plazo".

Por último se hizo foco en los problemas relacionados con la carga de datos como la duplicación de tareas administrativas y la falta de registros unificados que dificultan la implementación eficiente y uniforme del servicio.

EA 1: "El registro en plataformas digitales de la provincia es obligatorio, y también tenemos que completar los datos en la Historia Clínica Digital. Esta duplicación de la tarea es una barrera y dificulta la tarea diaria"

CAPÍTULO VIII: DISCUSIÓN.

Los datos obtenidos sobre la implementación de la Ley de IVE en Bahía Blanca durante 2023 reflejan avances significativos en términos de garantía de derechos. Al analizar las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, emergen desafíos relacionados con desigualdades territoriales, objeción de conciencia y sostenibilidad de recursos.

Para un análisis más robusto, cada uno de los resultados se contrastaron con experiencias reportadas en la literatura internacional y nacional.

El hecho de que 9 de las 10 áreas programáticas hayan realizado prácticas de IVE demuestra una expansión territorial significativa dentro del Partido de Bahía Blanca. La literatura respalda que la descentralización de servicios es crucial para garantizar el acceso equitativo a la salud reproductiva (CELS, 2016). Por ejemplo, un estudio realizado en México tras la despenalización del aborto en Ciudad de México destacó que la cobertura geográfica adecuada mejora la equidad en el acceso, particularmente en áreas rurales (Jacobson et al, 2022).

Por otro lado se evidenció un aumento en la disponibilidad de efectores comparándolo con años previos. Esta expansión encontrada en la ciudad es coincidente con lo que ocurrió en el territorio nacional Argentino. En el informe 2023, denominado “implementAR”, nuestro país pasó de contar con 907 efectores en 2020 a 1982 en 2023, a pesar de las diferencias de distribución de acceso en las diversas regiones del territorio nacional. A modo de ejemplo, en 2023 el partido de Bahía Blanca contó con mayor cantidad de efectores que algunas provincias como Catamarca (n=16), Santiago del Estero (n= 11) y Chaco (n= 10). En la Provincia de Buenos Aires, los efectores de Bahía Blanca se suman a los 623 efectores que brindaron IVE distribuidos en 134 municipios (Min. Sal.,2023).

Es importante mencionar que el único área donde no se realizaron procedimientos relacionados con IVE fue en el área N 8 (Cabildo), que si bien corresponde al partido de Bahía Blanca, se encuentra a 50 km del centro de la ciudad. Dicha localidad tiene una población de aproximadamente 2000 personas y

cuenta con un centro de salud que brinda atención las 24hs. A pesar de que se desconoce si la falta de realización de IVE fue por que las personas no recurrieron para su realización o por que fueron rechazadas al momento de la solicitud, se considera importante discutir sobre la accesibilidad geográfica como barrera en el acceso, ya que varias investigaciones la destacan como punto a tener en cuenta. Estudios nacionales como el realizado en la ciudad de Rosario y Buenos Aires a las propias usuarias de servicios, destacaron dentro de las barreras denominadas como “logística” el problema de recorrer varios kilómetros o distancias para lograr llegar a efectores que garanticen el acceso al aborto, sumado a las dificultades que ello conlleva para articularlo con los horarios de las actividades de la vida diaria como el trabajo o el cuidado familiar (Teseyra, et al, 2022)). Es importante trabajar sobre este tema, ya que se ha demostrado que disponer de equipos interdisciplinarios en regiones alejadas fue un factor clave para mejorar la cobertura (Briozzo et al., 2016).

Otro tema a discutir es el relacionado con la provisión de insumos, sobre todo la relacionada con la disponibilidad de medicación para el abordaje adecuado en el PNA. Como se observó en los resultados de este estudio, los profesionales destacaron que, si bien suele haber medicación, cuando falta recurren a las vías informales para lograr acceso y poder cumplir con los tratamientos. Estas limitaciones coinciden con problemas reportados en países de ingresos medios, donde la provisión inconsistente de medicamentos sigue siendo una barrera estructural (WHO, 2022).

Si bien este estudio fue evaluado con datos del 2023, estas dificultades se han acentuado durante el 2024 con las políticas instauradas por el gobierno nacional. De acuerdo con los números publicados por el Estado nacional, la distribución de insumos y tratamientos del programa de SSyR (preservativos, anticonceptivos de corta y larga duración, y medicamentos para la IVE) sufrió una caída del 64,1% si se compara el tercer trimestre de 2023 con mismo periodo de 2024. Los datos surgen del análisis de la ejecución de las metas físicas (bienes y servicios) del Presupuesto abierto que publica el Ministerio de Economía en forma trimestral (Marina R., 2024).

En relación a la objeción de conciencia como temática surgida en las entrevistas, no parecería afectar en gran medida sobre el acceso al derecho de IVE en el PNA. Por un lado por que los datos cuantitativos revelan que sólo el 16% de los profesionales de salud son objetores y por el otro por que en la mayoría de los encuestados admite que muchos objetores facilitan el acceso buscando efectores que brinden la práctica. Sí hubo diferencias importantes al observar la objeción según la especialidad de los profesionales médicos, en donde el 50% los especialistas en gineco obstetricia se declararon objetores. De todas maneras, este porcentaje no supera a otros estudios, como aquel realizado en Italia, donde hasta un 70% de los profesionales de Gineco Obstetricia se declararon objetores (Mishtal, 2022). En la provisión de los servicios, la objeción de conciencia juega un papel clave a la hora de dar o no una apropiada respuesta a la persona que consulta por un aborto. En ocasiones la objeción de conciencia se ajusta a la ley en la medida en que no obstaculiza la atención y se deriva y se circunscribe a no intervenir en la práctica de realizar el aborto. En algunas otras situaciones, existen malas “objeciones” (que no son formalmente ejercicios del derecho a la objeción de conciencia sino prácticas por fuera de la ley), cotidianas del personal de salud en contacto con las personas usuarias pero que no está involucrado directamente en la práctica del aborto: por ejemplo, personal administrativo que obstaculiza o demora la recepción o la reserva de turnos. Estas experiencias interpersonales negativas pueden ser un obstáculo para el acceso y actúan en detrimento de la calidad de la atención para quienes solicitan un aborto o para quienes se encuentran en proceso de decisión y buscan una consejería para guiarse (Vazquez R., et al, 2022).

En este estudio, algunos entrevistados refirieron que hay profesionales que no se declaran objetores de conciencia pero que no realizan la intervención al momento de tener que dar respuesta. Ello coincide con los resultados cuantitativos donde se observó que hubo un importante porcentaje de profesionales en condiciones de realizar IVE y no realizaron ninguno durante el periodo de estudio. Esto se destacó como un problema ya que son profesionales que no brindan el acceso al derecho en las personas con deseo de interrumpir su embarazo a pesar de no haber declarado su objeción. Al mismo tiempo, existe evidencia a través de relatos en otros estudios donde profesionales se declaran objetores en el sistema de salud público aunque ejercen la práctica en el sector privado. Esta práctica ilegal

disminuye el número de profesionales disponibles en el sistema público. Esto destaca la importancia de implementar políticas que equilibren el derecho a la objeción con la obligación del sistema de salud de garantizar el acceso (Ramos S, et al., 2022).

La tasa de IVE de 4,8 por cada 1.000 personas con capacidad de gestar en edad fértil se encuentra muy por debajo de la media nacional ya que, según el informe del proyecto “Mirar” la cifra alcanzó 7,49 por cada 1.000 personas con capacidad de gestar en edad fértil durante el 2023. En la provincia de Buenos Aires la cifra se elevó aún más, alcanzando las 9,37 por cada 1.000 personas con capacidad de gestar en edad fértil (Romero M., et al, 2024). De todas maneras, es importante tener en cuenta que el estudio realizado en Bahía Blanca fue sólo de efectores públicos y del PNA, por lo que se estima que el número sería aún mayor si se considerara la totalidad de efectores que realizaron la práctica de IVE en la ciudad.

Un tema de interés surgido en los resultados fue el gran porcentaje de migración de personas hacia otras áreas programáticas para obtener acceso a IVE. Un 46% de las personas buscaron atención fuera de su área programática, sugiriendo desigualdades territoriales persistentes. Uno de los motivos pudo haber sido que en uno de los sectores de residencia donde vivían las personas que más solicitaron IVE, no contaban con un efector cercano dentro de su área programática de residencia (área N° 9). Aquí nuevamente surge la discusión de las barreras geográficas como problemática de acceso al derecho al IVE, como ya hemos elaborado en este segmento.

Otros factores que pueden estar asociados a esta situación, sobre todo en otras áreas que sí cuentan con efectores cercanos, pueden ser la falta de profesionales, influencias culturales o desconfianza en el servicio local, tal como se ha observado en estudios realizados en Perú y Bolivia (Pérez et al., 2022). Investigaciones como las publicadas en la revista latinoamericana de sexualidad, salud y sociedad, que explora las experiencias de personas con capacidad de gestar que accedieron a un aborto en Argentina, identificaron que el estigma asociado al aborto lleva a las personas con capacidad de gestar a transitar un

"laberinto" en busca de servicios, lo que puede incluir desplazamientos a otras áreas para evitar ser reconocidas en su comunidad local (Szulik, D., et al, 2020).

Por su parte en Chile, a pesar de la legalización del aborto bajo tres causales, muchas personas con capacidad de gestar evitaron acudir a los servicios de salud locales debido al temor al estigma y la desconfianza en el sistema. Este pudor las impulsa a buscar alternativas en otras áreas, aunque el informe no detalla específicamente los desplazamientos geográficos. (Gonzalez M., et al, 2021) En esos contextos, estrategias como la sensibilización comunitaria y la mejora en la infraestructura de los centros periféricos resultaron efectivas para reducir estas disparidades.

La implementación de herramientas administrativas en el PNA de Bahía Blanca, como líneas telefónicas de asistencia y correos electrónicos de asesoría automatizada se plantearon como fortalezas en términos de acceso a la información, turnos y acompañamiento. En este sentido, es importante destacar el gran avance que tuvo durante la pandemia por COVID-19 la implementación de estrategias de atención a distancia mediante el uso de tecnologías (Telesalud). Al día de hoy, la teleasistencia se ha instaurado firmemente dentro de las prácticas de los sistemas de salud, sobre todo por los importantes resultados que ha demostrado en términos de accesibilidad, disminución de costos y aumento de la calidad en la atención. Las consultas sobre salud a través del teléfono representan una creciente modalidad de relación a distancia entre usuarios y profesionales del sistema de salud, para proporcionar servicios de atención e información de salud a distancia. Esto hace que los profesionales de salud que atienden esas consultas ejerzan como una nueva modalidad asistencial, la atención telefónica de problemas de salud. La prestación de servicios de IVE a través de Telesalud tuvo resultados clínicos similares en comparación con la atención en persona y un mejor acceso al IVE temprano (WHO; 2022).

Tanto la instauración de un mail de asesoramiento, como la línea telefónica de acompañamiento referida por los entrevistados sin dudas se posicionó como una estrategia complementaria que permitió ampliar el acceso, garantizar la información

oportuna y brindar tranquilidad a las personas que buscaron asesoramiento (Sabaté;2020).

Otro punto a destacar es el reconocimiento de la elaboración de protocolos locales por parte de la Secretaría de Salud al momento de entrevistar a los profesionales, en donde la mayoría aseguró que la creación de protocolos claros y adaptados localmente ha permitido una implementación más fluida de la ley. Ello es importante ya que su ausencia se plantea en otras investigaciones como un obstáculo. A modo de ejemplo, en un estudio realizado en el Hospital Italiano de Buenos Aires, se planteó que la ausencia de lineamientos explícitos institucionales y/o déficit en su comunicación y/o implementación, obliga a que las decisiones de la práctica clínica queden supeditadas al criterio del efector, quien se ve obligado a la búsqueda de circuitos informales -con el estrés laboral que esto implica- para el abordaje de cada caso particular, y a autogestionar algún tipo de capacitación en esta problemática de manera individual. De esta manera, la ausencia de lineamientos claros termina funcionando como una barrera al acceso a la salud desde la perspectiva del derecho al aborto (Volpi, M., et al., 2022).

En términos de calidad, el PNA de Bahía Blanca durante el 2023 presentó avances significativos en la totalidad de las variables investigadas al compararlas con el año previo, desde el acceso a la anticoncepción y ecografía posterior al procedimiento hasta en la disminución de las complicaciones y derivaciones al segundo nivel.

En este apartado es importante tener en cuenta que los resultados surgen sobre la auditoría de las Historias Clínicas, por lo que los datos podrían estar sesgados por falta de carga, a pesar de que los números evidenciados muestran un avance importante en la cobertura y mejora de la calidad del registro. Sobre este último, el 3% no tienen absolutamente ninguna evolución en la Historia Clínica digital y sólo figura el código de práctica. En el resto, si no figura en la evolución del historial, resulta difícil identificar si fue por que no se registró o no se realizó la consejería o indicación. El registro adecuado es un derecho de las personas y se encuentra como uno de los pilares a considerar dentro del protocolo de abordaje de personas que solicitan IVE en Argentina. La importancia de los registros clínicos como una dimensión de calidad en los servicios de aborto se discute en varios

estudios. Uno de ellos, realizado en Brasil, destaca la falta de estandarización y el subregistro como obstáculos para la recopilación de información confiable en la base de datos nacional del Sistema Único de Salud (SUS). Este estudio subraya que la inclusión de códigos específicos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en los registros internos aumenta la prevalencia de registros en el sistema de información hospitalaria, lo que sugiere que los registros clínicos precisos son cruciales para la visibilidad y el monitoreo de los abortos legales (Silva, M., et al, 2021). Otro estudio en Senegal explora cómo los proveedores de salud utilizan los registros médicos en el trabajo de límites jurisdiccionales sobre el tratamiento de complicaciones del aborto. En un contexto donde el aborto inducido está prohibido, los registros médicos se emplean para oscurecer la naturaleza del aborto tratado, lo que permite a los proveedores eludir investigaciones policiales. Este estudio resalta la importancia de los registros médicos en la negociación de obligaciones médicas y legales conflictivas (Suh, S, 2014). Estas investigaciones indican que los registros clínicos no solo son esenciales para la documentación precisa y el seguimiento de los servicios de aborto, sino que también juegan un papel crítico en la gestión de las complejidades legales y administrativas asociadas con el aborto en diferentes contextos.

Continuando con la línea del registro, los entrevistados han marcado como una debilidad significativa la duplicación de tareas administrativas en los registros digitales. Esto puede deberse a que, por un lado deben cargar la evolución de la práctica dentro de la Historia Clínica Digital del municipio y por otro lado a la plataforma provincial de registro, que sumada a otras duplicaciones de tareas que siguen líneas similares puede volverse una dificultad como señalan los profesionales. Es aquí donde surge la necesidad de instaurar políticas en salud digital con tendencia a la integración de los servicios de salud con el fin de reducir la carga administrativa y mejorar la eficiencia de los servicios (Preciado A., et al; 2021).

Se ha reflejado un avance importante en la consejería e indicación de anticoncepción posterior al procedimiento. Este también es un punto importante que se destaca en los protocolos de abordaje integral y constituye un derecho fundamental de las personas, no sólo en relación al acceso sino también a la

decisión libre e informada. La literatura destaca que la disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos y el asesoramiento de calidad son esenciales para asegurar que las personas con capacidad de gestar puedan tomar decisiones informadas sobre el uso de anticonceptivos tras un aborto. Un estudio que evaluó entrevistas a pacientes en ocho países encontró que la calidad del asesoramiento anticonceptivo postaborto, especialmente en términos de intercambio de información y comunicación interpersonal, está asociada con una mayor aceptación y elección de métodos anticonceptivos (Acre, V., 2022). Además, un ensayo controlado aleatorizado mostró que la provisión temprana de dispositivos intrauterinos (DIU) como parte del servicio de aborto puede reducir la necesidad de abortos subsecuentes (Pohjoranta, E; 2020). La American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) también ha emitido opiniones que respaldan la provisión inmediata de métodos anticonceptivos tras un aborto, destacando que todos los métodos son seguros y efectivos cuando se proporcionan inmediatamente después del procedimiento (ACOG; 2021). A pesar de dicho avance, es importante determinar lo ocurrido en años siguientes al estudio debido al desfinanciamiento en materia de anticoncepción como ya se ha mencionado.

En relación a las líneas de formación, los profesionales refirieron que la disponibilidad de capacitaciones, tanto locales como provinciales y nacionales se ha destacado como un punto clave en términos de aceptabilidad en el servicio. La importancia de la formación de los profesionales de la salud para garantizar el acceso al aborto es un tema ampliamente discutido en la literatura científica. La formación adecuada en el cuidado del aborto es crucial para asegurar que las personas tengan acceso a abortos seguros y para aumentar el número de proveedores capacitados. La American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) apoya la educación en el cuidado del aborto para estudiantes de campos de la salud, así como la formación clínica para residentes y clínicos de práctica avanzada, con el fin de aumentar la disponibilidad de proveedores capacitados y reducir el estigma asociado a la provisión de abortos (ACOG, 2014). Un estudio comparativo entre Estados Unidos, Suecia y Ghana destaca la importancia de incluir la formación en aborto en los programas de obstetricia y ginecología, señalando que, a pesar de las diferencias en la implementación, es fundamental proteger la formación en aborto a nivel mundial para garantizar el acceso universal al cuidado

del aborto, como lo recomiendan las directrices de la Organización Mundial de la Salud (Obern, C., et al, 2024). Además, la formación rutinaria en aborto durante la residencia en obstetricia y ginecología se asocia con una mayor competencia autoevaluada y una mayor intención de proporcionar atención post-residencia. La demanda no satisfecha de formación en aborto y asistencia técnica en atención primaria también es significativa, lo que sugiere que aumentar la disponibilidad de programas de formación podría mejorar el acceso al cuidado del aborto (Shireman, H. et al, 2024).

Otro tema a discutir fue el remarcado por algunos profesionales entrevistados sobre la importancia de mejorar las vías de derivación a niveles de mayor complejidad cuando las personas así lo requirieron, a pesar de que los datos cuantitativos hayan mostrado una marcada disminución de la referencia a niveles de mayor complejidad al compararlo con el año previo. Estudios nacionales que evalúan percepciones acerca de la implementación de aborto destacan dicha temática también. Un estudio desarrollado en el Hospital Italiano de Buenos Aires que entrevistó a 17 profesionales destacó la necesidad de mejorar las vías de comunicación y derivación a la guardia de ginecología/obstetricia y a los efectores de IVE/ ILE en internación, así como la importancia de homogeneizar los criterios diagnósticos y de tratamiento del aborto en curso y complicado (Vega, A., 2024).

Para finalizar, es importante resaltar la importancia de haber contado con datos del año 2022 y de esta manera poder generar variables que permitan realizar un análisis comparativo con el periodo de estudio de esta tesis. La importancia radica en que a partir de ello se pudo analizar el avance o retroceso de derechos en IVE en base a las variables comparadas. Esto fue desarrollado en el seminario de la Maestría relacionado con Salud y Derechos Humanos, y toma como referencia los estudios llevados adelante por la Defensoría del Pueblo del Gobierno de Santa Fé que cuenta con profesionales que estudian el progreso o retroceso de los Derechos Humanos en distintas políticas que el gobierno provincial ha implementado (Quiroga, H., et al.; 2017).

CAPÍTULO IX: CONCLUSIÓN.

La implementación de la Ley de IVE en el PNA en Bahía Blanca evidencia avances importantes en todas las dimensiones evaluadas, pero sobre todo en expansión territorial y disponibilidad de profesionales para garantizar el derecho. A pesar de ello, los desafíos relacionados con la equidad en el acceso, la regulación de la objeción de conciencia y la sostenibilidad de los insumos destacan áreas críticas para mejorar. Las comparaciones con experiencias internacionales y nacionales subrayan la importancia de fortalecer las políticas públicas en tres áreas clave: la capacitación continua de los equipos de salud, la integración de sistemas de información eficientes y la mejora en la distribución equitativa de recursos. La experiencia de Bahía Blanca puede servir como modelo para otros municipios, siempre que se ajusten las estrategias a las necesidades y características locales.

CAPÍTULO X: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ACOG Committee Opinion No. 612. (2014). Abortion training and education. *Obstetrics and Gynecology*, 124(5), 1055-1059. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000456327.96480.18>
- ACOG. (2021). Access to postabortion contraception: ACOG Committee opinion, number 833. *Obstetrics and Gynecology*, 138(2), e91-e95. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004475>
- Acre, V. N., Dijkerman, S., Calhoun, L. M., et al. (2022). The association of quality contraceptive counseling measures with postabortion contraceptive method acceptance and choice: Results from client exit interviews across eight countries. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1519. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08851-0>
- Álvarez, J. (2008). El concepto de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en bioética. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 51(6). <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un086f.pdf>
- Barrantes Monge, M. de la C., & Mercado Morales, E. (2008). El aborto terapéutico en Nicaragua: El diálogo como parte de la solución al conflicto. *Acta Bioethica*, 14(1), 106-110. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2008000100014>
- Barile, P., Curcio, M., Sanchez, A., Savino, C., & Somma, I. (2022). Interrupción Voluntaria del Embarazo: Experiencia en el HIGA Junín, luego de la Implementación de la Ley 27.610. *Revista de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia*, 21(2). <http://www.fasgo.org.ar/index.php/home-revista/127-revista-fasgo/n-14-2022/2648-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-experiencia-en-el-higa-junin-luego-de-la-implementacion-de-la-ley-27-610>

- Bonet, O. (2020). La investigación en salud pública: entre el conocimiento científico y la política pública. *Revista de Salud Pública*, 22(5), 552-555. <https://scielosp.org/pdf/rsap/2020.v22n5/552-555/es>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl 1), S13-S27. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002
- Briozzo, L., Gómez Ponce de León, R., Tomasso, G., & Faúndes, A. (2016). Overall and abortion-related maternal mortality rates in Uruguay over the past 25 years and their association with policies and actions aimed at protecting women's rights. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(Suppl 1), S20-S23. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.004>
- Bustelo, M. (2017). Three approaches to equality and human rights in social policy: Human rights-based, equality-based and rights-informed approaches. *Social Policy & Administration*, 51(1), 1-18. <https://doi.org/10.1111/spol.12257>
- Calandria, M. S., & Ledesma Prietto, N. F. (2018). Abortos e infanticidios: Tensiones y debates en la legislación penal moderna (1886-1968). *Avances del Cesor*, 15(19), 101-128. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2422-6580201800200006
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2016). Políticas públicas de salud sexual y reproductiva: Análisis desde una perspectiva de derechos humanos de las capacidades institucionales del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y de los programas de Buenos Aires y Chubut. https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/04/Salud_sexual.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2020). El derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia en el marco de la Convención de Belém do

Pará y la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Opinión Consultiva. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/27803.pdf>

Crimer, N., & Lo Sasso, A. (2022). Abordaje integral de la interrupción voluntaria del embarazo (primera entrega). Evidencia, Actualización en la Práctica Ambulatoria, 25(1), e007005. <https://doi.org/10.51987/EVIDENCIA.V25I2.7005>

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. Implementation Science, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>

Departamento de Epidemiología y Calidad. (2022). Interrupción Voluntaria del embarazo en el Primer Nivel de Atención de la ciudad de Bahía Blanca durante el año 2022. Secretaría de Salud. Municipio de Bahía Blanca. Presentado en las jornadas 2022 del Primer Nivel de Atención de la Secretaría de Salud de Bahía Blanca. https://drive.google.com/file/d/19dBJ8zHEOjIhS6Ts_ARYYb9pMu1RIPO0/view?usp=sharing

Donabedian, A. (1988). Garantía y monitoría de calidad de la atención médica. Instituto Nacional de Salud Pública.

Fox, D. M., & Reich, M. R. (2015). The politics of universal health coverage in low- and middle-income countries: A framework for evaluation and action. Journal of Health Politics, Policy and Law, 40(5), 1023-1060. <https://doi.org/10.1215/03616878-3161198>

Garibotti, M. C. (2018). Reseña de El aborto en el derecho transnacional. Casos y controversias. Debate Feminista, 55, 129-135. <https://doi.org/10.22201/cieg.01889478p.2018.55.06>

Giovanella, L., et al. (2019). Atención Primaria de Salud en Sudamérica. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51630>

Gobierno de Bahía Blanca. (2019). Plan Estratégico de Salud del sector público de la ciudad de Bahía Blanca. Secretaría de Salud. <https://www.bahia.gob.ar/subidos/salud/Diagnostico-participativoPESP-BB19.pdf>

Gobierno de México. (2014). Modelo de evaluación de programas de salud. Manual de operación. Secretaría de Salud y Bienestar Social del estado de Colima. <https://saludcolima.gob.mx/images/documentos/ModeloDeEvaluacionDeProgramasDeSalud.pdf>

González, A., et al. (2021). Interrupción voluntaria del embarazo en Latinoamérica, superando barreras. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 53, 95-105. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072021000100500

González, M., & González, M. (2021). Atención a mujeres en situación de aborto en el Hospital San José (2016-2019). Revista Médica de Chile, 149(2), 202-208. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262021000200202>

Instituto Danés de Derechos Humanos. (2017). Los derechos a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en la salud sexual y reproductiva: Una herramienta para el análisis basado en derechos humanos. https://www.humanrights.dk/files/media/migrated/aaaq-srhr_issue_paper_dih_r_2017_spanish.pdf

Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2008). Los derechos reproductivos son derechos humanos. <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Libro%201.%20Los%20derechos%20reproductivos%20son%20derechos%20humanos.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2023). Resultados del Censo 2023. Partido de Bahía Blanca. República Argentina. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165>

Instituto para la Evaluación de Políticas Públicas. (2020). Guía de evaluación de implementación de políticas públicas. Secretaría de Estado de Política Territorial y Función Pública. https://funcionpublica.hacienda.gob.es/dam/es/portalsefp/evaluacion-politicas-publicas/Documentos/Metodologias/Guia_de_Evaluacion_de_Implementacion.pdf

Jacobson, L. E., Saavedra-Avendaño, B., Fuentes-Rivera, E., Schiavon, R., & Darney, B. G. (2022). Travelling for abortion services in Mexico 2016-2019: Community-level contexts of Mexico City public abortion clients. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 48(e1), e81-e87. <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2021-201079>

Jouglard, E., & Napal, M. (2023). Informe de primeras conclusiones con los datos definitivos del Censo 2022. Departamento de Epidemiología y Calidad; Oficina de Articulación Programática. Secretaría de Salud. Municipio de Bahía Blanca. [No disponible en Internet]

Kringos, D. S., et al. (2010). The strength of primary care in Europe. *European Journal of Public Health*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24267857/>

Lamzet, S., & Paolucci, R. (2022). Antes y después de la implementación de la Ley N° 27.610 en el Primer Nivel de Atención. Partido de Bahía Blanca. Periodo 2016-2022. Presentado en las jornadas 2022 del Primer Nivel de Atención de la Secretaría de Salud de Bahía Blanca. <https://drive.google.com/file/d/1rNSK6uLZ7s77MT91ysW-7dFEr2QV5OJx/view?usp=sharing>

Ley 27.610. (2021). Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo. Boletín Oficial de la República Argentina.
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>

Lipsky, M. (1980). Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services. Russell Sage Foundation.

López-Gómez, A., Couto, M., Píriz, G., Monza, A., Abracinskas, L., & Ituarte, M. L. (2017). Servicios legales de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay. Estrategias de los servicios públicos del primer nivel de atención. Salud Pública de México, 59, 577-582. <https://doi.org/10.21149/7937>

Marina, R., & Ferreiro, I. (2024, 26 de noviembre). Salud sexual y reproductiva: cayó un 64% la distribución de preservativos y anticonceptivos durante el gobierno de Javier Milei. Chequeado.
<https://chequeado.com/el-explicador/salud-sexual-y-reproductiva-cayo-un-64-la-distribucion-de-preservativos-y-anticonceptivos-durante-el-gobierno-de-javier-milei/>

Ministerio de Salud de la Nación. (2016). Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico 2016.
<http://www.deis.msar.gov.ar/index.php/causas-egresos/>

Ministerio de Salud de la Nación. (2018). Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Anuarios de Estadísticas Vitales - Información básica.

Ministerio de Salud de la Nación. (2018). Políticas Públicas de Salud. Módulo 5, en Programa médicos comunitarios.
https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001030cnt-modulo_5_politicas-salud.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Leyes que reconocen tus derechos. Derechos sexuales y reproductivos.

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000677cnt-leyes-que-reconocen-tus-derechos.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2021). Protocolo de atención integral de la interrupción legal y voluntaria del embarazo. Resumen ejecutivo. Secretaría de Acceso a la Salud. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-voluntaria>

Ministerio de Salud de la Nación. (2022). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. file:///C:/Users/salud/Downloads/Protocolo_IVE_ILE%202022_1242023.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (2023). ImplementAR IVE-ILE: Ley 27.610. Informe anual 2023 (enero - octubre). https://ossyr.org.ar/wp-content/uploads/1_ImplementAR_IVE_ILE_2023.pdf

Mishtal, J., & Mattalucci, C. (2022). Emerging contestations of abortion rights: New discourses and political strategies at the intersection of rights, health and law. *Antropologia*, 9(1), 45-67. <https://doi.org/10.14672/ada2022171454>

Monzón Battilana, A. P. (2021). El aborto y la perspectiva de género en América Latina: comparación entre textos normativos de la IVE en Uruguay y en Argentina [Trabajo final integrador]. Universidad Nacional de Quilmes. <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/2680>

Obern, C., Morhe, E., Gemzell-Danielsson, K., & Steinauer, J. (2024). The importance of abortion training for obstetrician-gynecologists: A comparison of the United States, Sweden, and Ghana. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 167(2), 598-603. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15733>

- Olavarría Gambi, M. (2007). Conceptos básicos en el Análisis de Políticas Públicas. INAP-Instituto de Asuntos Públicos. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/123548>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Conferencia Internacional De Atención Primaria De Salud, Alma-Ata, URSS, 6 al 12 Septiembre de 1978. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Implementation research in health. A practical guide. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/91758/9789241506212_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Tratamiento médico del aborto. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (1981). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw_SP.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (1999). Recomendación General N°24. La mujer y la Salud. Oficina de Derechos Humanos. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2000). Observación General N°14. Comité de DECS. <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cescr/2000/es/36991>
- Organización de las Naciones Unidas. (2016). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Organización de las Naciones Unidas. (2021). Cuarto informe sobre el progreso y los desafíos regionales de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe.

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46682/6/S2100125_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2005). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49660>

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Estrategia sobre el plan de acción del e-Salud. 51° Consejo Directivo.

Pohjoranta, E., Suhonen, S., Gissler, M., et al. (2020). Early provision of intrauterine contraception as part of abortion care-5-year results of a randomised controlled trial. *Human Reproduction*, 35(4), 796-804. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa031>

Preciado Rodríguez, A. J., Valles Coral, M. A., & Lévano Rodríguez, D. (2021). Importancia del uso de sistemas de información en la automatización de historiales clínicos, una revisión sistemática. *Revista Cubana de Informática Médica*, 13(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-1859202100010012

Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1973). *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland*. University of California Press.

Proyecto Mirar. (2023). Buenos Aires: CEDES. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4729>

Quintero, L. D., Osorio Osorio, H., Bojorquez-Chapela, I., Isaza, L., Acosta-Reyes, J., & Fernández-Niño, J. A. (2023). Interrupción voluntaria del embarazo y salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes en Barranquilla. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e49. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.49>

- Quiroga, H., Levín, S., Ingaramo, M. A., Pignatta, M. A., Crescini, V., Araya, L., Brizuela, F., Boschetti, S., Di Renzo, M. S., & Gahn, G. (2018). Políticas sociales y derechos humanos a nivel local: Evaluación del estado de avance en Rosario en 2017. Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe - Universidad Nacional de Rosario. <https://rephip.unr.edu.ar/items/8b015cf4-1cd9-4fc3-93aa-dee7301b7a53>
- Ramos, S., Ábalos, E., & Gerdts, C. (2022). Reporte temático 2022. Calidad: el desafío a dos años de la ley de aborto. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4705/2/PMC-ReporteTematicoCalidad2022.pdf>
- Revuelta Vaquero, B. (2007). La implementación de políticas públicas. *Dikáion*, 21(16), 135-116.
- Romero, M. (2017). Atención a mujeres que requieren una interrupción legal del embarazo después de 13 semanas de gestación: Opiniones, prácticas y brechas de los profesionales de la salud Argentina, 2017. Repositorio Digital CEDES. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4447>
- Romero, M., Keefe-Oates, B., Krause, M., Ramón Michel, A., & Ramos, S. (2024). Reporte anual 2023: Logros de la política de acceso al aborto y amenazas actuales. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. <https://cdi.mecon.gob.ar/bases/docelec/az6864.pdf>
- Sabaté, F. (Ed.). (2020). Teleatención de abortos. Fundación Mujeres x Mujeres. <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1642/Teleatenci%C3%B3n%20de%20abortos.pdf>
- Sabatier, P. A. (1986). Top-down and bottom-up approaches to implementation research: A critical analysis and suggested synthesis. *Journal of Public Policy*, 6(1), 21-48. <https://doi.org/10.1017/S0143814X00003846>

- Sanchez, M., Mejías, M., & Olivetti, M. (2021). Diseño de Metodologías Mixtas una revisión de las estrategias para combinar. *Revista Electrónica Human@s, Enfermería en Red*. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/232290/CONICET_Digital_Nro.3502f464-716a-470a-a04e-120a448e0c78_B.pdf
- Shireman, H., McHugh, A., Connelly, R., et al. (2024). Demand for abortion training and technical assistance in primary care: Unmet need and programmatic interventions. *Contraception*, 136, 110487. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2024.110487>
- Silva, M. C. B. D., Knauth, D. R., Borges, R. B., Nunes, L. N., & Giugliani, C. (2021). Analysis of records for women that have undergone legally authorized abortions in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(11), e00282920. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00282920>
- Smith, J. (2001). Primary care: balancing health needs, services and technology. *International Journal of Integrated Care*, 1, e36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484414/>
- Subsecretaría de Fortalecimiento Institucional. (2022). Guía para el diseño de evaluación de políticas públicas. Secretaría de Gestión y Empleo Público. <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/gestion-y-empleo-publico/fortalecimiento-institucional/recursos-de-la-ssfi/coleccion>
- Suh, S. (2014). Rewriting abortion: Deploying medical records in jurisdictional negotiation over a forbidden practice in Senegal. *Social Science & Medicine*, 108, 20-33. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.030>
- Szulik, D., & Zamberlin, N. (2020). La legalidad oculta: percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 34, 46-67. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.04.a>

- Taylor-Gooby, P. (2016). The divisive welfare state. *Social Policy & Administration*, 50(6), 712-733. <https://doi.org/10.1111/spol.12257>
- Tiseyra, M. V., Vila Ortiz, M., Romero, M., Ábalos, E., & Ramos, S. (2022). Barreras de acceso al aborto legal en el sistema público de salud de dos jurisdicciones de Argentina: Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019-2020. *Salud Colectiva*, 18. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4699>
- Van Meter, D. S., & Van Horn, C. E. (1975). The policy implementation process: A conceptual framework. *Administration & Society*, 6(4), 445-488. <https://doi.org/10.1177/009539977500600404>
- Vásquez, R., Gutiérrez, M., & Rodríguez, A. (2020). La objeción de conciencia frente a la interrupción voluntaria del embarazo: Motivaciones que traspasan las creencias morales y religiosas en profesionales de la salud chilenos. *Revista de Estudios de Género y Salud*, 14, 1-18. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/66842/11.-14.-La%2BObjeci%C3%B3n%2Bde%2BConciencia%2Bfrente%2Ba%2Bla%2BInterrupci%C3%B3n%2BVoluntaria%2Bdel%2BEmbarazo%2BMotivaciones%2Bque%2Btraspasan%2Blas%2BCreencias%2BMorales%2By%2BReligiosas%2Ben%2BProfesionales%2Bde%2Bla%2BSalud%2BChilenos.%2B.pdf>
- Vega, A., Discacciati, V., Volpi, M., Volij, C., Terrasa, S. A., & Epstein, D. (2024). Análisis cualitativo de la interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital Italiano de Buenos Aires. *Medicina*, 84, 1089-1100. <https://doi.org/10.33857/medicina.v84i6.39666401>
- Volpi, M., Volij, C., Epstein, D., Musarella, N. S., Terrasa, S. A., & Discacciati, V. (2022). Barreras y factores facilitadores para la accesibilidad a la interrupción legal del embarazo (ILE) en el subsistema privado y de la seguridad social de Argentina: análisis de la situación institucional en el Hospital Italiano de Buenos Aires. *Evidencia, Actualización en la Práctica*

<https://www.evidencia.org.ar/index.php/Evidencia/article/view/6996>

World Health Organization. (2011). Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241501118>

World Health Organization. (2022). Abortion care guideline.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

Zeller, N. (2007). Políticas públicas: marco conceptual metodológico para el estudio de las políticas públicas. INAP Editorial.

Zicavo, E. (2014). Los proyectos de ley referidos al aborto en la Argentina (1984-2013): historia, argumentos y perspectivas. Instituto de Investigaciones Gino Germani. <https://cdsa.academica.org/000-081/1247>

Zulu, J. M., & Haaland, M. E. S. (2019). Situating the Mexico City Policy: what shapes contraceptive access and abortion? *Lancet Global Health*, 7(8), e984-e985. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30278-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30278-5)

ANEXO 1: ENTREVISTAS A PROFESIONALES Y TOMADORES DE DECISIÓN

- **Iniciales Nombre y Apellido:**
- **Edad:**
- **Sexo:**
- **Género:**
- **Función dentro del sistema de salud:**
- **Antigüedad dentro del sistema de salud:**

1) Percepción sobre Cobertura

a. Profesionales de Salud:

¿Cómo percibe la cobertura actual de los servicios de IVE en su centro de salud?

¿Cree que la cobertura es suficiente para satisfacer la demanda de las personas?

b. Tomadores de Decisión:

¿Cuál es su evaluación de la cobertura de los servicios de IVE en Bahía Blanca desde la implementación de la ley?

¿Existen áreas geográficas o poblaciones específicas que están siendo desatendidas?

2) Participación

a. Profesionales de Salud:

¿En qué medida ha participado en el diseño y la implementación de los protocolos de IVE en su centro?

¿Cree que la participación de los profesionales de salud en la implementación de la IVE es adecuada?

b. Tomadores de Decisión:

¿Cómo se ha incluido a los profesionales de salud y a otros actores clave en el proceso de implementación de la IVE?

¿Qué mecanismos de participación existen para que los profesionales de salud y la comunidad aporten sus perspectivas?

3) Conocimiento y Transparencia

a. Profesionales de Salud:

¿Considera que la información sobre la ley de IVE y su implementación ha sido clara y transparente?

¿Cómo ha recibido información y actualizaciones sobre la ley y los protocolos de IVE?

b. Tomadores de Decisión:

¿Qué estrategias se han utilizado para asegurar la transparencia en la implementación de la ley de IVE?

¿Cree que los profesionales de salud y la comunidad están bien informados sobre sus derechos y obligaciones en relación a la IVE?

4) Capacitación y Actualización

a. Profesionales de Salud:

¿Ha recibido capacitación específica sobre la IVE? ¿Cómo evalúa la calidad y la relevancia de esta capacitación?

¿Qué tipo de actualizaciones o capacitaciones adicionales cree que serían útiles?
Tomadores de Decisión:

b. Tomadores de decisión

¿Qué medidas se han tomado para capacitar a los profesionales de salud en la IVE?

¿Existe un programa continuo de actualización y capacitación sobre la IVE para los profesionales de salud?

5) Barreras y Facilitadores

a. Profesionales de Salud:

¿Cuáles son las principales barreras que ha enfrentado al implementar la IVE en su práctica diaria?

¿Qué factores han facilitado la implementación de la IVE en su centro?

b. Tomadores de Decisión:

¿Qué barreras ha identificado en la implementación de la IVE a nivel institucional y regional?

¿Qué estrategias o políticas se han implementado para superar estas barreras?

6) Experiencia

a. Profesionales de Salud:

¿Puede describir alguna experiencia significativa que haya tenido en la implementación de la IVE?

¿Cómo ha cambiado su práctica profesional desde la implementación de la ley de IVE?

Tomadores de Decisión:

b. Tomadores de decisión

¿Puede compartir alguna experiencia significativa o desafío que haya enfrentado durante la implementación de la IVE?

¿Cómo ha evolucionado la implementación de la IVE desde su perspectiva?

7) Impacto en la Calidad del Acceso

a. Profesionales de Salud:

¿Cómo ha afectado la implementación de la IVE la calidad del acceso a los servicios de salud reproductiva para las personas con capacidad de gestar?

¿Ha observado mejoras o deterioros en la calidad del servicio prestado desde la implementación de la ley?

b. Tomadores de Decisión:

¿Cuál ha sido el impacto de la ley de IVE en la calidad del acceso a los servicios de salud reproductiva?

¿Qué indicadores utiliza para medir la calidad del acceso y cómo han cambiado estos desde la implementación de la ley?

ANEXO 2 : CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a), usted ha sido invitado(a) participar en el Proyecto “Análisis de la implementación de la ley de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en el Primer Nivel de Atención de la ciudad de Bahía Blanca durante el año 2023”, cuyos investigadores responsables son el Mg. Ezequiel Jouglard y el Med. Ignacio Buffone, académicos del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad del Sur y trabajadores de salud de la Secretaría de Salud de Bahía Blanca.

El estudio surge de la necesidad de analizar la implementación de la ley de abordaje integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en establecimientos enmarcados dentro del Primer Nivel de Atención de la Secretaría de Salud de Bahía Blanca. A pocos años de su implementación y debido a la importancia que ella tiene en materia de salud pública, resulta de interés obtener datos sobre el acceso de las personas gestantes a la consejería, información y atención para la realización del IVE de manera ambulatoria.

El estudio constará de dos fases, una cuantitativa donde se realizará un análisis de las consultas por IVE, lugares de atención, profesionales afectados y por otro una fase cualitativa para determinar la percepción de los profesionales de salud y tomadores de decisión en relación a su implementación en el Primer Nivel de Atención de nuestra ciudad. Usted ha sido convocado para aportar información en esta segunda fase, a través de la realización de una entrevista.

La misma tendrá una duración aproximada de 30 minutos. Si usted está de acuerdo será grabada con el fin de registrar toda la información y poder analizarla posteriormente.

Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial. Será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a). Si alguna de las preguntas o temas que se traten le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no comentar al respecto. La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento, sin temor a ser penalizado de alguna manera.

Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio; sin embargo, si acepta participar, estará colaborando en la evaluación del impacto que tiene la Ley IVE en el Primer Nivel de Atención, contribuyendo al análisis y posteriores acciones que mejoren el acceso y la calidad de asistencia a las personas que lo solicitan.

Por su parte, el presente trabajo de investigación ha sido evaluado por el Comité Institucional de Bioética en Investigación del Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” de Bahía Blanca. El mismo se encuentra inscripto en el Registro Provincial de Comités de Ética Central en Investigación-Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires con fecha 17/09/2010 bajo el Número 017/2010 Folio 54, Libro 1 con última acreditación vigente el 12/01/2024. Si usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación puede contactarse con el Comité Institucional de Bioética en Investigación, coordinadora Bq. Patricia Barberio al teléfono 2914598484-interno 4381.

Agradecemos desde ya su colaboración.

Se me ha invitado a participar en el Proyecto de Investigación denominado “Análisis de la implementación de la ley de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en el Primer Nivel de Atención de la ciudad de Bahía Blanca durante el año 2023”

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado. Yo,, acepto participar de manera voluntaria en la Investigación “Análisis de la implementación de la ley de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en el primer nivel de atención de la ciudad de Bahía Blanca durante el año 2023”

, dirigida por el Mg. Ezequiel Jouglard y el Med. Ignacio Buffone, académicos del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur y profesionales de la Secretaría de Salud del Municipio de Bahía Blanca.

Declaro haber sido informado(a) de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación, y que mi participación no involucra ningún daño o peligro para la salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar

de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna. Declaro saber que la información entregada será confidencial. Entiendo que una vez procesado los datos no podrá identificarse la procedencia de los mismos, siendo analizada la información que brinde de manera general distribuida en distintas categorías, por lo que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada persona de modo personal. Para finalizar, se me informa que la entrevista será grabada, aceptando de mi parte dicha condición, y entendiendo que al finalizar el estudio las mismas serán eliminadas.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes

Nombre participante: _____

Firma del participante: _____ Fecha:

Nombre Investigador: _____

Firma del Investigador: _____ Fecha: