

Acceso a la anticoncepción y aborto

durante la emergencia socio-sanitaria por COVID-19: situación actual y desafíos en países del Cono Sur

Access to contraception and abortion

during the socio-sanitary emergency due to COVID-19: current situation and challenges in countries of the Southern Cone

Javiera Fanta Garrido¹
Natalia Tumas²

1. Becaria postdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires, Argentina, javiera.fanta@gmail.com
2. Investigadora asistente del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, natalia.tumas@unc.edu.ar

El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de personas con capacidad de gestar se ha visto particularmente afectado por la pandemia. El objetivo de este trabajo fue caracterizar el acceso a métodos anticonceptivos y procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo en Argentina, Chile y Uruguay durante la pandemia por COVID-19 en 2020. Se realizaron 23 entrevistas semiestructuradas a actores clave del ámbito gubernamental, del sistema sanitario y de la sociedad civil de los países involucrados. Los resultados mostraron que la pandemia profundiza las desigualdades preexistentes de acceso a los servicios de anticoncepción y aborto, impactando en mayor medida en subgrupos de población tradicionalmente afectados por barreras de acceso. En aquellas zonas con sistemas de atención primaria de la salud consolidados, las limitaciones de acceso se vieron mitigadas. Se recomienda la implementación de medidas orientadas a fortalecer la capacidad de respuesta ante rebrotes y nuevas situaciones de emergencia.

Palabras clave: Anticoncepción, interrupción voluntaria del embarazo, COVID-19, barreras de acceso, Cono Sur

Abstract

Access to sexual and reproductive health services for people with childbearing capacity has been particularly affected by the COVID-19 pandemic. The objective of this study was to characterize access to contraceptive methods and to voluntary termination of pregnancy in Argentina, Chile and Uruguay during the COVID-19 pandemic in 2020. 23 semi-structured interviews were carried out with key informants from the government sphere, the healthcare system and civil society organizations in the studied countries. The results showed that the pandemic deepens pre-existing inequalities in access to contraception and abortion services, and impacts to a greater extent on population subgroups traditionally affected by barriers of access. In areas with strengthened primary health care systems, access limitations were mitigated. Interventions aimed at enhancing the response capacity to face outbreaks and new emergency situations are strongly recommended.

Keywords: Contraception, voluntary termination of pregnancy, COVID-19, access barriers, Southern Cone

Introducción

Argentina, Chile y Uruguay son tres de los cinco países que componen la subregión del Cono Sur. Todos poseen algún tipo de mecanismo destinado a proteger, en mayor o menor extensión, el acceso a métodos anticonceptivos (MAC) e interrupción voluntaria del embarazo. El objetivo de este estudio fue caracterizar el acceso a estos servicios durante la pandemia por COVID-19 en 2020, identificando las barreras de acceso en cada país y los grupos de población más afectados.

Se realizó un análisis documental y entrevistas semiestructuradas a 23 actores clave del ámbito gubernamental (5), el sistema sanitario (8), las organizaciones de la sociedad civil (OSC) (8), y la academia (2). Las entrevistas indagaron el panorama general de los servicios de SSyR antes y durante la pandemia, las barreras de acceso tras el inicio de la vigilancia por COVID-19, los grupos más afectados y las respuestas de los gobiernos para el cumplimiento de las metas establecidas en la Agenda 2030 con relación a la SSyR.

Acceso a métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo en la pre-pandemia en Argentina, Chile y Uruguay

Los instrumentos normativos y herramientas preexistentes a la pandemia en materia de SSyR, son aspectos que condicionan o facilitan el acceso a los servicios de MAC e interrupción del embarazo durante el período de crisis.

En Argentina, el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR) contempla el acceso universal a los distintos servicios de SSyR. La iniciativa incluye un modelo de gestión intersectorial, en coor-

dinación con los programas provinciales, y centrado en la persona del usuario. La Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) es la entidad responsable de su ejecución e implementa la distribución gratuita de MAC a través de los centros de Atención Primaria de la Salud (APS) y hospitales del país. La canasta básica incluye una variedad de métodos, entre ellos, anticoncepción de emergencia, métodos de larga duración y misoprostol para la interrupción voluntaria del embarazo.

El país cuenta desde 2015 con un protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), instrumento que fue actualizado en 2019 por el organismo ministerial ampliando las condiciones de acceso. Entre sus disposiciones, el protocolo establece la responsabilidad de los efectores de salud de garantizar y no obstruir el derecho a interrumpir un embarazo cuando esté en riesgo la vida o la salud integral de la persona gestante o cuando sea producto de una violación. La aplicación de la causal salud no requiere la constatación de una enfermedad física o mental (Berra & Galli, 2019). Una de las principales estrategias desarrolladas para despejar obstáculos de acceso a MAC e ILE, es la disponibilidad de una línea gratuita y confidencial (sistema 0-800) que brinda orientación y asesoramiento en SSyR.

Chile, por su parte, se ha caracterizado por mantener un escenario conservador en materia de acceso a servicios de SSyR (Dides & Fernández, 2016). A partir del análisis documental, se desprende que los instrumentos que regulan el acceso son fragmentarios, no reconocen el carácter esencial de estas prestaciones ni garantizan su exigibilidad. En 2006 se promulgaron mediante decreto supremo las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), que establecen mecanismos para asegurar el acceso y la calidad de los servicios de anticoncepción, especialmente en situaciones de emergencia.

Sin embargo, el instrumento aún no ha sido reglamentado. Por otro lado, si bien está contemplada la entrega gratuita de MAC a los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud, las OSC y efectores de salud reconocen que existe una escasez de insumos que antecede a la pandemia.

Respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, Chile cuenta con la ley de tres causales –peligro de vida de la madre, inviabilidad fetal y violación–. Las OSC manifiestan que desde su sanción en 2017, se han aplicado poco más de 2.000 tratamientos en el sistema, mientras que el proyecto de ley de ILE por tres causales estimaba 3.000 por año.

En Uruguay, el acceso a los servicios de SSyR está contemplado a través de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), entidad que actúa como prestador público dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). ASSE posee una amplia red de centros de APS y usuarios que, pudiendo acceder a un sistema privado de cobertura, eligen atenderse en estos, según lo expresado desde el Área de SSyR (ASSyR) del Ministerio de Salud Pública (SP). La anticoncepción es parte de las prestaciones obligatorias e incluye anticoncepción hormonal, dispositivo intrauterino (DIU), ligadura tubaria e implante subdérmico, entre otros. Las usuarias y usuarios cuentan con cuponerías anuales que, mediante receta, habilitan la entrega de métodos a través de farmacia por un año, sin necesidad de consultar a profesionales médicos en ese período. Además, desde 2019 las parteras poseen capacidad de prescripción autónoma para MAC. De acuerdo a la información provista por el ASSyR, desde que se introdujeron los implantes subdérmicos y el DIU al sistema de prestación gratuita, ha aumentado la prevalencia de uso de métodos de larga duración.

En Uruguay la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) se rige por la Ley N° 18.987. La normativa contempla el carácter de urgencia del servicio, estableciendo

la obligatoriedad de garantizar el acceso a los tratamientos de misoprostol y efedrina para todos los prestadores de salud.

¿Cómo afectó la pandemia por COVID-19 el acceso a métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo en Argentina, Chile y Uruguay?

La emergencia por COVID-19 acaparó la agenda de salud, afectando indirectamente y en distinta medida el acceso a los servicios de SSyR. Los informantes clave de los tres países concuerdan en señalar que la primera barrera de acceso a los servicios de MAC e interrupción voluntaria del embarazo fue la retracción de la demanda por temor al contagio. En los tres escenarios, se suma la alta demanda del personal de salud para la atención de COVID-19 y, en los casos de Argentina y Chile, la ausencia de personal de reemplazo, según advierten los profesionales de salud entrevistados. Además, debido al cierre de fronteras y restricciones a los flujos de entrega de los fabricantes, las cadenas de suministros han sido afectadas (UNFPA, 2020).

Los servicios también se vieron afectados por la reorganización del sistema de atención. En Argentina, según informa la DNSSR, muchos centros de APS dejaron de funcionar el primer mes de la pandemia. En Chile, la Corporación MILES –OSC de referencia en materia de acceso a la SSyR en ese país– alertó sobre la discontinuidad de los espacios de salud amigable para adolescentes, que brindan asesoramiento resguardando la confidencialidad de la atención. En Uruguay, la autoridad del ASSyR advirtió que el multiempleo que caracteriza al personal de salud, implicó que algunos efectores dejaran de ir a sus lugares de trabajo al detectarse un foco de contagio en otro centro al que asisten.

Estimaciones recientes sobre el impacto de COVID-19 en el acceso a MAC en América Latina y el Caribe (UNFPA, 2020) dan cuenta que, dentro del conjunto de países incluidos en este estudio, Argentina presenta la mayor caída en el uso de anticonceptivos, seguido por Chile, en tanto que Uruguay presenta la mejor situación relativa. Evidencia respecto a la magnitud de afectación de la pandemia en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en estos países aún no ha sido publicada. Cabe señalar que en Argentina y Uruguay se está desarrollando una encuesta internacional sobre SSyR y bienestar en tiempos de COVID-19 (I-SHARE), que aportará datos empíricos relevantes para un mejor entendimiento de la SSyR durante la pandemia (Michielsen, y otros, 2021). A continuación, se señalan las principales barreras identificadas en este estudio para el acceso a los servicios de MAC e interrupción voluntaria del embarazo.

Barreras de acceso a métodos anticonceptivos

En Argentina, las autoridades de SSyR de la nación y la Provincia de Buenos Aires, señalan que se produjo una retracción de la demanda por métodos de corta duración los tres primeros meses del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO), que comenzó a regir el 20 de marzo en todo el país. Las usuarias de métodos de larga duración cuyo método vencía en la primera etapa del ASPO, o bien querían comenzar a utilizarlo, evitaron concurrir a las unidades de salud para su colocación; especialmente en referencia al implante subdérmico (Implanol), que goza de mejor aceptación entre las usuarias en comparación al DIU. La DNSSR informó que el acceso a MAC no se ha visto afectado por problemas de abastecimiento; sí, en cambio, por demoras en la entrega. A su vez, la menor demanda inicial generó una acumulación en el stock de métodos, contribuyendo a mitigar eventuales faltantes.

Chile manifiesta un escenario complejo en materia de acceso a la anticoncepción. El

sistema público de salud experimentó un desabastecimiento de insumos y se produjo un aumento de los precios en farmacia. La Corporación MILES implementó a mediados de año, la Segunda Encuesta de Acceso a la SSyR en tiempos de Pandemia. El relevamiento –efectuado sobre una muestra no probabilística de 533 personas– mostró que 45% de las encuestadas tuvo alguna dificultad para acceder a servicios de SSyR. El servicio más afectado fue el de MAC (74% sobre el total de servicios de SSyR). Las principales razones para la falta de acceso fueron la ausencia de la prestación del servicio (41%) y la falta de stock en los centros de salud (39%). Un 38% de las encuestadas no accedió al método por el alza del precio (Corporación MILES, 2020).

Además, en agosto de 2020 el Instituto de Salud Pública (ISP) retiró del mercado las pastillas anticonceptivas Anulette CD, debido a errores en la disposición de los comprimidos o falta de éstos. En octubre, otros dos MAC fueron retirados del mercado (Minigest-15 y Minigest-20), ya que contaban con una menor cantidad de principios activos que la registrada. Profesionales de la salud y OSC reconocen que estos eventos profundizan la falta de cobertura, pudiendo derivar en embarazos no intencionados.

En Uruguay existe acuerdo entre los informantes de los distintos estamentos en relación a que, gracias al sistema de cupo-neras, fue posible asegurar la continuidad del acceso a MAC en contexto de pandemia. No obstante, desde la ONG Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) advierten que al no haberse renovado la compra de insumos efectuada en octubre de 2019 –con cobertura prevista para un año– la disponibilidad de MAC podría verse afectada en el corto plazo. Según afirman desde el ASSyR, la simultaneidad entre la asunción de la actual administración y el momento en que se desató la emergencia sanitaria, llevó a dilatar el proceso de licitación. Si bien ya se acordó una nueva compra a través de UNFPA, los insumos estarían disponibles a comienzos de 2021, pudiendo

generarse un eventual desabastecimiento los meses de noviembre y diciembre.

Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo

Un aspecto transversal a los tres países, derivado de las entrevistas a los actores clave, es el reconocimiento del papel fundamental que poseen las condiciones preexistentes de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, sobre la definición de brechas de accesibilidad y condiciones de exigibilidad de derechos. Además, el miedo a acercarse a los centros de salud, las restricciones más o menos severas de circulación, el alcance de la información sobre acceso al servicio y el reconocimiento (o no) de su carácter esencial, fueron factores que contribuyeron a determinar esta brecha.

En Chile, profesionales de la salud y el Colegio Médico identifican la ausencia de protocolos e insumos (mifepristona y misoprostol) para implementar la ILE, así como también registros discontinuos en la demanda a este servicio. Según informan OSC, el país ha experimentado un aumento de denuncias por violencia de género, lo que hace prever aumentos de embarazos no intencionados en contexto de confinamiento y violencia sexual intradomiliaria. Pese a esto, la normativa vigente no contempla estrategias para garantizar el acceso oportuno a la ILE para las víctimas por causal violación.

En Argentina, 13 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires han adherido al protocolo nacional para la ILE, dando cuenta de disparidades en las garantías de acceso, exacerbadas durante el ASPO. Según el Ministerio de Salud de la Nación (2020), la línea 0-800 atendió 5.125 consultas por ILE entre marzo y agosto de 2020. Lamentablemente, los informes de gestión no desagregan la situación por provincia. Sin embargo, la Provincia de Buenos Aires comenzó a implementar un registro de las solicitudes de acceso a ILE derivadas del 0-800, contabilizando entre

enero y junio de 2020 un total de 5.028 consultas (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020). Si bien los informes no son comparables, la elevada concentración de consultas en la provincia podría indicar que los esfuerzos del gobierno nacional en materia de acceso a la información e implementación del servicio, aún poseen resultados limitados en otros sectores del país.

La pandemia puso en evidencia dónde existían redes para garantizar los derechos y dónde no (entrevistada de OSC, Argentina).

Las OSC que realizan acompañamientos de ILE, señalan que el recurso del 0-800 resulta por sí solo insuficiente en aquellas zonas con mayores resistencias a desarrollar redes de atención. Además, advierten que el 0-800 no siempre es efectivo por el alto flujo de llamadas y la saturación de la línea. Debido a que las OSC realizan articulaciones informales con los efectores de salud, es probable que exista un importante subregistro de atenciones.

En Uruguay, los servicios de SSyR fueron reconocidos como prioritarios en pandemia y continuaron operando. La ONG MYSU advierte que ha recibido un mayor número de consultas de personas con gestas avanzadas (11-12 semanas) que desean interrumpir su embarazo. Profesionales de la salud consideran que es probable que algunas usuarias hayan retrasado la consulta por IVE, debido al aumento de la violencia de género y a que el propio aislamiento impone dificultades para efectuar el procedimiento de manera ambulatoria (por ejemplo, cuando se convive con otros miembros de la familia). Los mecanismos de denuncia por problemas de acceso a IVE se desarrollan de manera presencial en la unidad donde se experimentó la vulneración y, en caso de respuesta insatisfactoria, se debe recurrir al área de atención al usuario dentro del Ministerio de SP. Las denuncias que

se registran son únicamente aquellas que llegan al ministerio. Este mecanismo no es efectivo en el contexto de COVID-19, tanto por el requisito de presencialidad como por el carácter de urgencia que posee la IVE.

Respuestas de los gobiernos para garantizar el acceso a los servicios durante la pandemia por COVID-19

Argentina

- Al decretarse el ASPO, el Ministerio de Salud emitió una comunicación institucional a los establecimientos de salud, reafirmando el carácter esencial de los servicios de SSyR.
- Desde la DNSSR se reforzó la estrategia de anticoncepción inmediata post evento obstétrico, mediante su distribución en los centros de salud y refuerzo de la recomendación de la entrega preventiva.
- Además, la autoridad de la DNSSR señala que se profundizó la articulación con los programas provinciales, OSC y redes que integran el sistema de salud, mediante encuentros virtuales regulares, organizados por región y con la participación de la directora del organismo.
- En el marco de la línea 0-800, la DNSSR fortaleció los equipos de atención, transformándose en un canal de resolución directa de acceso a los servicios, particularmente con relación a la ILE.
- También se mantuvieron las acciones coordinadas entre el PNSSR y el plan ENIA (Embarazo No Intencionado en la Adolescencia). Entre sus acciones, el plan ENIA contempla la presencia de personas que brindan asesoramiento sobre SSyR en las escuelas, quienes actúan de mediadores entre los adolescentes y los centros de salud. Según la DNSSR, la preexistencia de este vínculo facilitó la continuidad de los acompañamientos y permitió mitigar el obstáculo de la primera consulta en la adolescencia. Además, se mantuvo la implementación online de Educación Sexual Integral (ESI) en el sistema educativo.
- Según informan los profesionales de la salud y autoridades de la DNSSR, las consejerías en SSyR adoptaron el modelo de teleconsulta, vía telefónica o videollamada.
- En la Provincia de Buenos Aires, la máxima autoridad de la dirección de SSyR manifiesta que el impulso adquirido por la comunicación virtual permitió aumentar la frecuencia y cobertura de las capacitaciones a los equipos de salud, extendiendo su llegada a unidades a las que antes difícilmente se llegaba.
- En la Provincia de Buenos Aires, pocos días antes de que se decretara el ASPO, el Ministerio de Salud provincial realizó la compra de 80 mil comprimidos de misoprostol, equivalentes a seis mil tratamientos. Según la autoridad provincial de SSyR, la distribución de estos insumos en las unidades de salud operó como estrategia para garantizar la adhesión del personal al sistema de registro de la ILE.
- Finalmente, la DNSSR está impulsando la ley de delegaciones de funciones en obstétricas, que autoriza la prescripción y la colocación de MAC por licenciadas en obstetricia. De aprobarse, se espera ampliar la cobertura y favorecer el acceso al DIU.

Chile

- Profesionales de la salud y OSC identifican escasas respuestas del gobierno para reducir las importantes barreras de acceso a los servicios de MAC e ILE que persisten durante la pandemia.
- Chile ingresó a la pandemia atravesado por una fuerte crisis política en materia de género, expresada en la ausencia de la autoridad que encabeza el Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género (MMyEG) por aproximadamente dos meses, y por un recambio sucesivo en las autoridades de esta cartera.
- Ante las fallas en la fabricación de comprimidos detectadas por el ISP, las OSC y profesionales de salud entrevistados denuncian que no se llevaron adelante acciones de seguimiento y orientación a las usuarias afectadas. Antes bien, esa respuesta recayó en los profesionales de los centros de salud, quienes realizaron estrategias informales de seguimiento.
- A partir de la difusión de los resultados de la encuesta relevada por la Corporación MILES, se generó un proyecto de acuerdo mandatado por el Ministerio de Salud, que obliga al organismo a garantizar el acceso a los servicios de planificación reproductiva ante situaciones de excepción, instancia que aún no se ha implementado.
- Desde el MMyEG se generó una mesa de diálogo con OSC, a fin de disponer los compromisos del Estado ante los efectos colaterales identificados por la pandemia. Se estableció un eje de protección, dentro del cual se consideraron los efectos relativos a la violencia de género y la SSyR. A través de esta instancia, MILES recomendó la incorporación de telemedicina a los servicios de consejería en SSyR, sin embargo aún

no se encuentra protocolizada esta práctica.

Uruguay

De acuerdo a la información provista por el ASSyR del Ministerio de SP, en Uruguay se implementaron solo algunas estrategias para garantizar el acceso a MAC e IVE durante la pandemia, debido a que el país no se vio afectado por la saturación del sistema sanitario ni por medidas de confinamiento prolongado. Entre ellas se mencionan:

- Renovación automática de las cupo-neras para acceso a MAC que vencieron en los meses de pandemia, mediante prescripción automática y digital.
- Las primeras etapas de consulta por IVE comenzaron a realizarse de manera remota (por ejemplo, la entrevista con el Equipo Multidisciplinario).
- Se implementó una ley de telemedicina. Sin embargo, desde MYSU advierten que ya se cumplió el plazo para su reglamentación y aún no ha sido instrumentada.

La autoridad del ASSyR identifica que la tradición intersectorial que existe en Uruguay entre el sector salud y las políticas sociales, ha contribuido a despejar barreras de acceso a los servicios de SSyR en el contexto de la pandemia, destacando la Estrategia Nacional del Embarazo Adolescente. Asimismo, se reconoce una fuerte tradición de influencia desde la academia, principalmente a través de la Universidad de la República, lo que ha permitido fortalecer la capacidad institucional de respuesta a la demanda de servicios. Esta convergencia, sumada a un marco amplio e integral de la salud como es el SNIS, que privilegia la APS, ha permitido que muchas de las barreras de acceso a los servicios de MAC e IVE que experimentaron otros países, no hayan tenido la misma repercusión en este país.

Grupos de población más afectados

La pandemia profundiza las desigualdades de acceso a servicios de SSyR preexistentes (personal del área salud, Chile).

Al evaluar el impacto de la COVID-19 es importante reconocer que existen desigualdades estructurales y sistémicas previas que determinan que algunos grupos se vean más afectados que otros en el acceso a la SSyR (Lokot & Avakyan, 2020). Asimismo, los mecanismos de protección a estos grupos y las medidas para garantizar el acceso en cada país, condicionan el nivel de vulneración al que están expuestos. En términos generales, en Chile, Argentina y Uruguay fueron señalados como más afectados los siguientes grupos:

- *Adolescentes:* voces de los sectores gubernamental, sanitario, OSC y académico, confluyen en que este es uno de los grupos con mayor afectación. Entre las razones se señalan las barreras de acceso a los servicios de SSyR propias del contexto, estar iniciándose sexualmente, una mayor vigilancia de su entorno, mayores barreras económicas para comprar MAC o acceder a IVE, mayores barreras para desplazamiento, falta de iniciación de contacto con el sistema de SSyR, menor concurrencia, y mayor exposición a violaciones en los casos de confinamiento con abusadores.
- *Mujeres:* también existe cierto consenso entre los actores entrevistados sobre que las mujeres constituyen un grupo particularmente afectado, en tanto son las principales usuarias de SSyR. Desde el sector académico se sostuvo además que las más afectadas serían las que, ante un embarazo no intencionado, decidieron interrumpirlo o continuarlo en contexto de pandemia.
- *Comunidad LGTBIQA (lesbiana, gay, transgénero, bisexual, intersexual, queer, asexual):* informantes clave tanto del sector salud como de OSC, señalan particular afectación de este grupo, dado que fue totalmente invisibilizado y se profundizaron las dificultades para su acceso a MAC. Por ejemplo, ciertas OSC en Chile declararon que durante los seis primeros meses de la pandemia no distribuyeron preservativos masculinos por desabastecimiento.
- *Población rural y urbana periférica:* conforme lo informado por actores del sector salud y de OSC en Chile y Argentina, se observó una menor concurrencia de la población usuaria para evitar contagios y en algunas zonas se vieron interrumpidas las visitas mensuales de profesionales a estas áreas.
- *Sectores de la población con bajo nivel de instrucción, bajo nivel de ingresos, trabajadores/as informales, desocupados/as y/o residentes en zonas marginales o socio-segregadas:* el sector gubernamental, académico y sanitario advirtió que estos grupos fueron más afectados debido a menor disponibilidad de recursos económicos, menor acceso a la información y a las estrategias en modalidad virtual generadas durante la pandemia.
- *Migrantes en general, y racializados/as en particular:* conforme señalaron actores claves del área sanitaria, académica, y OSC, estos grupos han sido particularmente afectados en Chile, dado que a personas migrantes en situación irregular solo se les asegura la atención de embarazo, parto y urgencias. Los centros de salud continúan solicitando documento de identidad a las mismas, lo que actúa como una importante barrera de acceso. Además, desde MYSU advierten que en Uruguay, el acceso a IVE se garantiza únicamente a migrantes que cuenten con un año de residencia legal.

- *Población penitenciaria*: dado que, según se informó desde la DNSSR de Argentina, no es posible practicar la interrupción voluntaria del embarazo en establecimientos penitenciarios.
- *Niñas con capacidad de gestar*: informantes clave del área gubernamental y OSC señalan una mayor exposición a riesgo de violaciones para quienes están confinadas/os con abusadores.
- *Personas con movilidad reducida*: desde el sector salud se advirtió particular afectación de estos grupos, debido a mayores dificultades para acceder a la atención presencial.

En Chile, junto con los grupos señalados, se identifican además:

- *Niñas dentro de la red protectora del Servicio Nacional de Menores (SENAME)*: dada su situación de vulnerabilidad presentan mayores dificultades de acceso a MAC e ILE. Además, la preferencia en la atención de los servicios de SSyR que se estableció como acuerdo en el periodo pre-pandemia no se ha cumplido en contexto de emergencia, señalan desde MILES.
- *Población mapuche*: debido a la mayor discriminación que sufren los pueblos originarios y a barreras interculturales para el acceso a SSyR, informantes clave del sector salud advirtieron sobre la afectación de este grupo.

MAC e interrupción voluntaria del embarazo. La fecundidad adolescente –que ha tendido a presentar resistencias a la baja durante las últimas décadas en los países involucrados– podría sufrir aumentos, especialmente si algunas barreras de acceso, como la falta de insumos y ausencia de personal sanitario, se mantienen al flexibilizarse las condiciones de circulación.

Organizaciones de la sociedad civil

Las OSC en Chile, Argentina y Uruguay han jugado un rol histórico y político en la promoción, investigación y exigibilidad de derechos de SSyR.

En Argentina forman una amplia red que desde hace más de 15 años viene propulsando una legislación sobre interrupción voluntaria del embarazo. Durante la pandemia, organizaciones como Socorristas en Red, Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito, Red de Profesionales por el Derecho a Decidir y otras colectivas locales, articulan y colaboran directamente con entidades de gobierno, formando parte del consejo asesor en el PNSSR y de la DNSSR de la Provincia de Buenos Aires. Asimismo, en las provincias más conservadoras y con mayores resistencias a respetar las ILEs, las OSC han intentado brindar respuestas a las demandas de personas gestantes.

Posibles impactos en la fecundidad

A partir de las circunstancias descritas, se prevé un incremento de la fecundidad no intencionada, particularmente en grupos afectados por mayores barreras de acceso a los servicios de

En Argentina, las OSC ha cumplido un rol suplementario con respecto al Estado, realizando acompañamientos a personas gestantes para acceder a un aborto seguro.

En el caso uruguayo, la continuidad de las articulaciones con organismos del Estado se vio afectada con el cambio en la administración de gobierno, ocurrida una semana antes de la declaración de la pandemia, según informan representantes de OSC. Las organizaciones, específicamente ONGs y colectivas feministas que orientan y acompañan IVEs, declaran un aumento en el número de consultas de personas con gestas avanzadas (semanas 11 y 12), que han sufrido demoras en la atención de la IVE. Dada la simultaneidad de los procesos, es difícil distinguir si este aumento se debe a las barreras impuestas por la pandemia o por el cambio de gobierno. Así, las organizaciones han enfocado sus esfuerzos en difundir información a la población en general sobre derechos de SSyR y acompañar a las personas gestantes, ya sea en sus procesos de interrupción como en las denuncias.

En Chile, de acuerdo a la opinión de referentes de OSC, no existen mecanismos de articulación establecidos entre el gobierno y las OSC. En este caso, las OSC han tendido a dar respuesta a la demanda de ESI, consejerías de SSyR, MAC a precio justo y acompañamientos a personas gestantes en la interrupción del embarazo. La pandemia afectó la provisión de algunos de estos servicios debido a las restricciones de circulación y el cierre de algunos centros. Algunas OSC incluso no pudieron brindar atención ni garantizar métodos anticonceptivos a precio justo.

Recomendaciones y buenas prácticas para la acción

A partir de la información recopilada en este estudio, se detallan una serie de recomendaciones y buenas prácticas de elaboración propia, considerando las declaraciones de los informantes clave y la documentación relevada, que pueden contribuir a mejorar la capacidad de respuesta ante eventuales rebrotes o situaciones de emergencia similares.

Servicios de salud sexual y reproductiva

Es necesario reafirmar la gran importancia de las prestaciones de SSyR dentro de un marco normativo, especialmente los servicios de MAC e ILE, para asegurar su acceso en contextos de emergencia (MILES, Chile).

El carácter esencial de los servicios

- Poner en valor las prestaciones de SSyR, a través de visibilizar las ventajas de su acceso e institucionalizar los recursos disponibles para garantizar estos servicios.
- Incrementar el presupuesto destinado a los servicios de SSyR en general, con especificidad en MAC e IVE. Garantizar la disponibilidad permanente de insumos para MAC e IVE.
- Garantizar el acceso a la IVE, en igual términos de relevancia que a MAC.

Intesectorialidad, interdisciplina e interseccionalidad como aliadas

Se debe explotar al máximo el diálogo entre conocimiento, política y sociedad, para generar influencia en SSyR (entrevistada sector académico, Uruguay).

- Implementar comités intersectoriales e interseccionales en SSyR para generar respuestas integrales y oportunas.
- Profundizar las intervenciones focalizadas en adolescentes y jóvenes, con miras a empoderarlos/as en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.
- Reforzar las estrategias para la prevención y abordaje de violencia de

género en general y sexual en particular, con especial atención a grupos con mayores desventajas sociales.

- Terminar con las visiones tradicionales adulto-céntrica y médico-céntrica en los sistemas de salud y empoderar a las mujeres para la autogestión de su salud sexual y reproductiva.
- Impulsar la actualización del debate sobre el sistema de prestaciones. Las poblaciones son diversas (en edades, formas de acceso al conocimiento, en maneras de responder ante temas sensibles, entre otras cuestiones) y por tanto, las prestaciones deben adecuarse a ello.

Emergencias socio-sanitarias

- Garantizar el reemplazo inmediato de los profesionales de la salud que se enferman o fallecen por COVID-19 o cualquier otra causa en contexto de emergencia socio-sanitaria.
- Redactar y promover frases clave sobre SSyR, cuya difusión sea tan im-

portante como la del mensaje de usar mascarillas.

- Poner a disposición una línea de acceso telefónico exclusiva para consulta sobre horarios de atención y lugares disponibles, complementaria a la implementación de sistemas de turno online.
- Generar estrategias de difusión con enfoque comunitario dirigidas a la ciudadanía, a través de diversos medios, incluyendo radios rurales, fue especialmente recomendado desde el sector salud en Chile.

La teleconsulta: presente y futuro

- Conservar el sistema de teleconsultas, pero implementarlo a partir de un sistema único, a través de una plataforma pre-definida, asegurando el soporte técnico y material en las respectivas unidades ejecutoras. Su funcionamiento debe estar protocolizado y monitoreado.

Servicios de métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo

Recomendaciones	Métodos anticonceptivos	Interrupción voluntaria del embarazo
Generales	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la diversidad de vías de acceso a MAC (entrega domiciliaria, retiro en centro de salud, venta o entrega en farmacia, entre otras). • Continuar promoviendo la implementación de métodos de larga duración, eliminando las barreras que persisten en torno al uso del DIU. • Eliminar las barreras persistentes para el acceso a la ligadura tubárica en mujeres que así lo requieran, previo consentimiento informado establecido a tal fin. • Implementar demanda espontánea para anticoncepción, con disponibilidad de todas las opciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la difusión de información sobre el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en los distintos contextos, para evitar que las personas gestantes lleguen a abortos clandestinos. • Promover espacios protegidos y amigables para la interrupción voluntaria del embarazo dentro de los espacios de salud. • Mejorar la calidad del dispositivo, de la atención y las condiciones de trabajo para los equipos que llevan adelante procedimientos de interrupción del embarazo.
Específicas	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar y profundizar el servicio de MAC post-evento obstétrico en todas las jurisdicciones y niveles de atención. • Generar demanda de genéricos en implantes, que son más accesibles. • Garantizar el acceso a los formularios de medicación y MAC vía virtual. • Considerar la dinámica de la prevalencia de MAC en la población cuando se realizan compras de stock, ya que a medida que un método va ganando aceptación, es necesario garantizar su disponibilidad. • Generar una iniciativa regional impulsada por Naciones Unidas para recuperar el acceso a MAC, que les permita a los países que quieren plegarse hacerlo de manera rápida y económica. • Repensar la manera en que se va a medir el impacto del COVID-19, considerando que la División de Población de las Naciones Unidas usa proyecciones de base quinquenal, y esto puede invisibilizar el impacto de esta emergencia. • Implementar camiones sanitarios para MAC y consejería en general, que lleguen a las poblaciones que no cuentan con recursos para acceder a teleconsulta y/o que no se están acercando a las instituciones de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el sistema de referencia con el segundo nivel de atención, especialmente en las derivaciones de segundo trimestre, dada su mayor complejidad. • Incorporar el uso y garantizar la disponibilidad de mifepristona en los servicios de interrupción voluntaria del embarazo, dado que es más rápido, eficaz y seguro. • Implementar analgesia en todos los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo. • Considerar aspectos posteriores a la intervención, como violencia de género, precariedad habitacional, necesidades de asistencia estatal, entre otras.

Recomendaciones específicas por país

Argentina	Chile	Uruguay
<ul style="list-style-type: none"> • Generar un registro sistematizado para monitorear el acceso a la ILE. • Habilitar otras herramientas de gestión, además del 0-800, dado que muchas personas no saben sobre su existencia. • Gestionar más ecografistas y ecógrafos para garantizar el acceso a IVE en todas las unidades de salud. Cuando no haya acceso a esta práctica, evaluar en cada caso la necesidad de considerarla requisito para la entrega de medicación. • Implementar la aspiración manual endouterina en el primer nivel de atención, dado que requiere un menor número de consultas y tiene menor probabilidad de falla. Además, esta medida conduce a que una menor cantidad de personas que superan las 14 semanas de gestación, acudan al segundo nivel de atención (que muchas veces no da respuesta). • Hacer extensivas las capacitaciones implementadas desde las OSC, que ubican a la pandemia como causal de salud integral para acceder a la ILE. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el conocimiento del personal que trabaja en salud pública sobre las leyes vigentes en SSyR. • Reglamentar e implementar las "normas nacionales de regulación de la fertilidad", definidas por el Ministerio de Salud de Chile, orientadas a las personas que demandan atención para regular voluntariamente su fecundidad. • Aplicar ESI. • Profundizar el enfoque de género en las acciones que se implementan, especialmente para mejorar el acceso a MAC e ILE. • Implementar y protocolizar el sistema de teleconsulta, tanto para consejerías sobre los procedimientos de acceso a MAC e ILE, como para cubrir el primer paso de acceso a ILE por causal 3. • Capacitar al personal de salud para garantizar el acceso a la ILE, en condiciones de cuidado y bienestar, dado que en algunos casos hay temores para realizar las prácticas. • Asegurar el acceso a los servicios de SSyR a migrantes en situación irregular. • Garantizar el acceso a SSyR a mujeres que se atienden en el sistema privado, independientemente de su nivel de ingresos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar el acceso a IVE a las migrantes con menos de un año de residencia en el país, en condiciones de emergencia y restricción de la circulación. • Establecer un mecanismo de denuncia directa y actuación rápida ante la vulneración de acceso a IVE. • Continuar con las interconsultas para acceso a IVE, aún fuera del contexto de emergencia, incorporando la firma digital del consentimiento.

Referencias bibliográficas

- Berra, A., & Galli, B. (2019). *Interrupción legal del embarazo en Argentina. Causal Salud*. IPAS y Red de profesionales por el derecho a decidir. Obtenido de https://ipas.azureedge.net/files/lpas_Aborto%20causal%20salud-español-digital-baja.pdf
- Campaña Nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito. (2020). *Interrupción legal del embarazo. Regulación por jurisdicción*. Obtenido de <http://www.abortolegal.com.ar/wp-content/uploads/2020/07/ile-2020.pdf>
- Corporación MILES. (2020). *Informe de la Segunda Encuesta de Acceso a la Salud Sexual y Reproductiva en Pandemia*. [En prensa].
- Dides, C., & Fernández, C. (2016). *Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile, Estado de la situación 2016*. Obtenido de http://www.mileschile.cl/documentos/Informe_DDSSRR_2016_Miles.pdf
- Lokot, M., & Avakyan, Y. (2020). Intersectionality as a lens to the COVID-19 pandemic: implications for sexual and reproductive health in development and humanitarian contexts. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1). doi:10.1080/26410397.2020.1764748
- Michielsen, K., Larrson, E., Kågesten, A., Erasquin, J., Griffin, S., Van de Velde, S., & Tucker, J. (2021). International Sexual Health And REproductive health (I-SHARE) survey during COVID-19: study protocol for online national surveys and global comparative analyses. *Sexually Transmitted Infections*, 88-92. Obtenido de <https://sti.bmj.com/content/sextrans/97/2/88.full.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. (2020). *Acceso a Métodos Anticonceptivos -MAC- y a Interrupción Legal del Embarazo -ILE. Reportes 0800 bimestrales: Julio y Agosto 2020*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020). *Estrategia de implementación de la interrupción legal del embarazo en la Provincia de Buenos Aires. Periodo de enero a junio 2020*. Obtenido de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2020/09/Informe-de-gesti%C3%B3n-Estrategia-de-implementaci%C3%B3n-de-la-interrupci%C3%B3n-legal-del-embarazo-en-PBA.-Enero-junio-2020.pdf>
- Socorristas en Red (feministas que abortamos) - SenRed. (2 de noviembre de 2020). *Acompañamientos socorristas en abril, mayo y junio de 2020*. Obtenido de Clandestinos NO! Observatorio de acceso a abortos legales acompañados por SenRed: <https://observatorio.socorristasenred.org/2020/11/02/acompanamientos-socorristas-en-abril-mayo-y-junio-de-2020/>
- UNFPA. (2020). *El Impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en América Latina y el Caribe*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Obtenido de https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/informe_tecnico_impacto_del_covid_19_en_el_acceso_a_los_anticonceptivos_en_alc_1.pdf