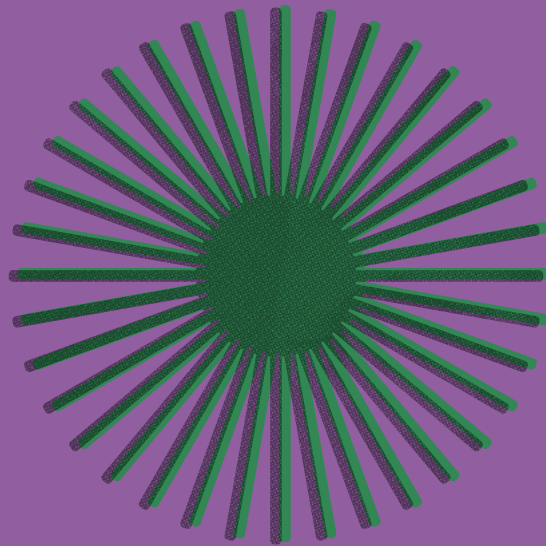


REPORTE TEMÁTICO 2022

Calidad: El desafío a dos años de la ley de aborto

Diciembre 2022





Ramos, Silvina
Ábalos, Edgardo
Gerdtz, Caitlin
Keefe-Oates, Brianna
Krause, Mercedes
Ramón Michel, Agustina
Romero, Mariana

Con la colaboración de Narela M. Benegas y Daniela Guberman

Julieta de la Cal / Agencia BI
(Diseño y diagramación)

CITA RECOMENDADA:

Ramos S, Ábalos E, Gerdtz C, Keefe-Oates B, Krause M, Ramón Michel A, Romero M. Reporte temático 2022. Calidad: el desafío a dos años de la ley de aborto. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CEDES; Ibis Reproductive Health, diciembre 2022.

Disponible en

<https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4705>

ISBN: 978-987-48862-2-4

ÍNDICE

Presentación	04
I. El clima de la nueva ley generó condiciones para mejorar la calidad en la provisión de abortos	06
II. Los síntomas de avances para asegurar la calidad en la provisión de los abortos	09
II.1. Aseguramiento de insumos	10
II.2. La atención integral y continua	12
II.3. La información de gestión como insumo para mejorar la calidad	14
II.4. La formación de recursos humanos en varios espacios y modalidades	16
II.5. La consejería como un espacio de intercambio de información y de toma de decisiones en proceso de ajuste	17
II.6. La certificación de la calidad	18
III. Los obstáculos para asegurar la calidad en la provisión de los abortos	19
III.1. La difusión del derecho al aborto no es un hecho	19
III.2. El uso de tecnología obsoleta	20
III.3. Las rutas de atención poco claras	21
III.4. Objeción de conciencia no ajustada a la ley	22
III.5. La sobrecarga laboral y emocional de los equipos de salud	23
III.6. La transparencia activa a medio camino	24
IV. Cómo seguir	26
La calidad es con derechos	27
La calidad atraviesa todo el proceso de atención	27
Los estándares de calidad deben contemplar la perspectiva de las personas usuarias y proveedoras/es	28
Llegar ahí donde es necesario	29
Erradicar malas prácticas, mejorar las buenas prácticas	30
Generar diagnósticos participativos para construir estrategias y sentido común sobre la calidad	33

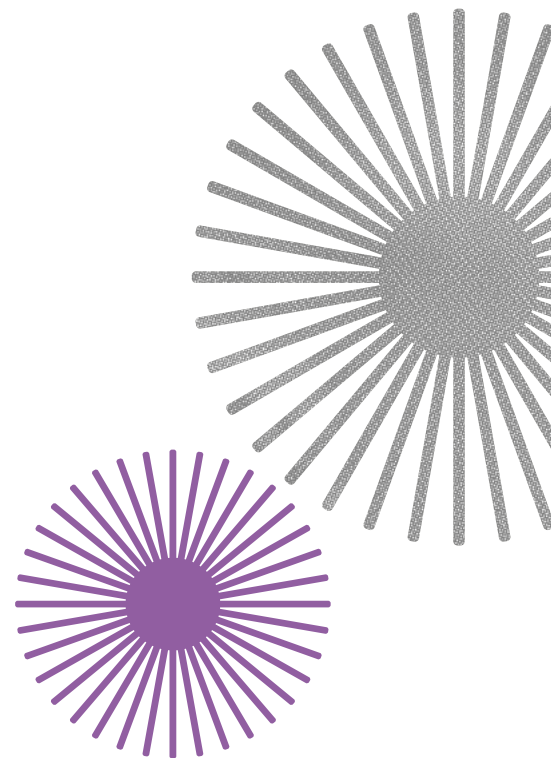
Presentación

Este nuevo reporte del proyecto mirar **aborda la calidad en la provisión de servicios de aborto**. Su objetivo es contribuir a poner en agenda una dimensión crítica de la política de aborto a la luz de los estándares internacionales y de la propia Ley 27.610.¹

También este reporte tiene la intención de dar cuenta –a través de las voces de decisores, abogadas, proveedores y activistas de distintas provincias de Argentina- de la situación actual en materia de calidad de servicios de aborto e identificar tareas pendientes a dos años de sancionada la ley.

Después de un primer año marcado por la pandemia de COVID-19 y, a su vez, por el imperativo de responder a la ley ampliando el acceso a IVE ILE, fortaleciendo las capacidades de los equipos de salud pública en las jurisdicciones y asegurando insumos para la provisión adecuada de servicios, las dificultades en el acceso al derecho fueron prioridad para los actores que intervienen en el campo del aborto en Argentina. Así, decisores de políticas, activistas, proveedores, periodistas y académicas focalizaron su mirada en las desigualdades en el acceso al aborto y en las barreras que las determinan. Las desigualdades en el acceso no han desaparecido, en algunos sitios se han mitigado y en otros lugares siguen siendo un problema crítico^{2 3 4 5}.

En este proceso, no necesariamente lineal ni evolutivo de la política de aborto, la calidad en la atención del aborto debe ser un tema obligado de cara al tercer año de implementación de la ley.



¹ Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y Atención Posaborto. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Boletín oficial de la República Argentina. 2021. Disponible en [Boletín Oficial](#)

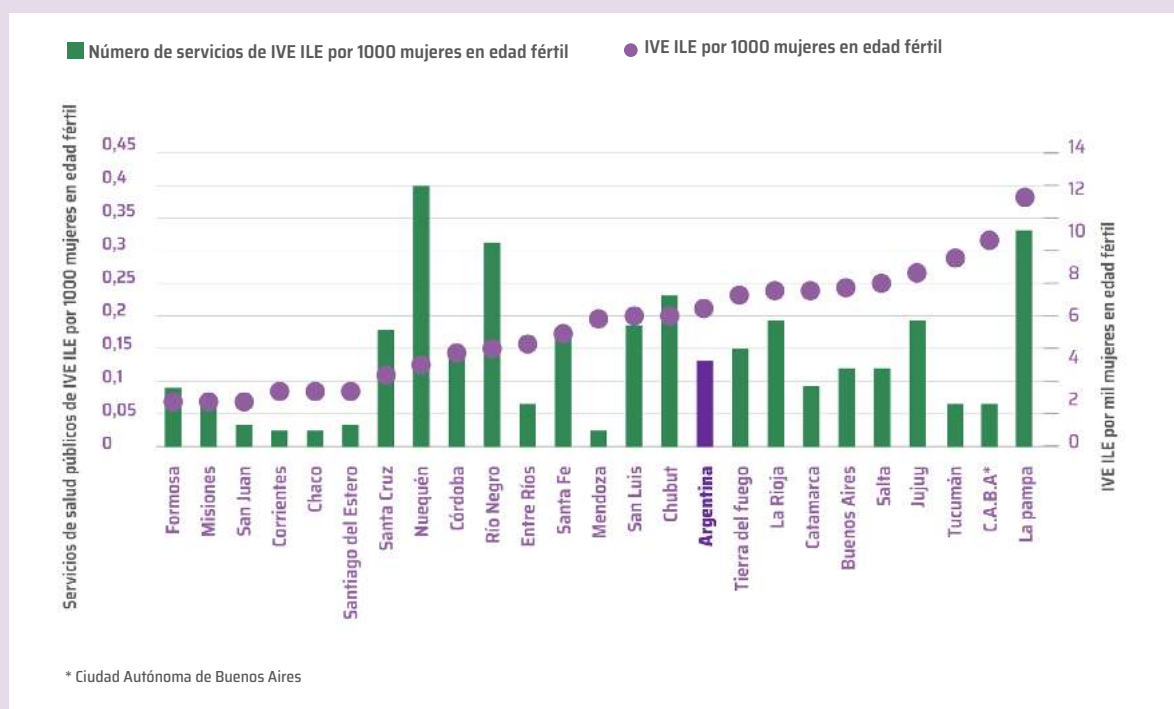
² Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Declaración de la FIGO: Superar los obstáculos que impiden el aborto seguro, 2021. Disponible [aquí](#)

³ Starrs, AM et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. The Lancet, 2018, 391(10140):2642-2692. Disponible [aquí](#)

⁴ World Health Organization, Human Reproduction Programme. Abortion care guideline. Disponible [aquí](#)

⁵ Tiseyra MV, Vila Ortiz M, Romero M, Ábalos E, Ramos S. 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. 2022; 18:e4059. Disponible [aquí](#)

¿Cómo se puede evaluar adecuadamente el desempeño de los servicios de salud públicos para encontrar el punto óptimo de relación entre la cantidad de instituciones que ofrecen IVE ILE y la demanda de IVE ILE?



Fuente: Elaboración propia en base a acceso a información pública. DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación. 2022; DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación. ImplementAR IVE-ILE. Ley 27.610. Informe anual 2021. Ministerio de Salud de la Nación, 2022. Nota: La DNSSR reporta 1679 prestaciones realizadas por efectores del municipio de Córdoba.

- En un escenario de reciente implementación del acceso a IVE ILE, las jurisdicciones han ampliado la cantidad de servicios de salud públicos que dan acceso.
- El comportamiento que observamos entre oferta y acceso efectivo no es lineal y puede explicarse por la heterogeneidad de las jurisdicciones: en algunas el acceso está concentrado en pocas instituciones que garantizan muchas prácticas de IVE ILE mientras que en otras la oferta está distribuida en múltiples instituciones.
- El acceso efectivo no sólo lo brindan las instituciones públicas sino también la salud comunitaria y las instituciones de la seguridad social y privadas.

I. El clima de la nueva ley generó condiciones para mejorar la calidad en la provisión de abortos

La Ley 27.610 sobre Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y Atención Posaborto supuso un cambio en la norma formal, pero no aparta mecánicamente aquellas normas informales o de fondo que aún insisten en tratar de modo violento o desidioso o incluso como una cuestión criminal al aborto. Sin embargo, no debería subestimarse el poder de esta nueva norma, sancionada a fines de diciembre del 2020 por el Congreso argentino. **“Tuvo lugar un cambio de paradigma, las mujeres saben que tienen derecho, se sienten con el derecho a ir a reclamar a los hospitales e inclusive a los lugares privados también”,** dice Rocío Garro

(Coordinadora del área legal de Católicas por el Derecho a Decidir, abogada, Córdoba). En este sentido, una de las novedades post ley es la **creciente conciencia legal**, la conciencia por parte de las mujeres y personas con capacidad para gestar, de tener el derecho a decidir sobre si continuar o interrumpir el embarazo. **“Hay una apropiación subjetiva de ese derecho”,** como apunta Rocío García Garro.

Este cambio de paradigma se traduce, en palabras de Sonia Ariza (Asesora legal de la DNSSR, abogada), en dejar atrás un modelo de excepcionalidad (de los casos permitidos para abortar) para pa-

sar a uno de garantía de servicio: **“los servicios saben que un servicio de maternidad o de ginecología y obstetricia tiene que estar preparado para atender también la práctica del aborto”.** Pero no sólo en los hospitales, y justamente uno de los mayores impactos que parece haber tenido la ley es el aumento de centros de salud del primer nivel de atención que garantizan la práctica de IVE ILE. **Esto sugiere que este nuevo marco de derechos, donde la regla es la legalidad, impacta en la forma de proveer el servicio.**

Más servicios más cerca de las personas

En la escala nacional, entre 2020 y septiembre de 2022, el número de instituciones públicas de salud con servicios de IVE ILE pasó de 907 a 1.437

↑ **58%**

En Entre Ríos, entre 2021 y 2022, el número de servicios de IVE ILE pasó de 26 a 40

↑ **81%**

En C.A.B.A

100%

de los CESAC y el 100% de los hospitales generales de agudos **prestan servicios de IVE ILE.** A estos se suman 3 hospitales especializados de pediatría y el hospital universitario

En Buenos Aires, entre diciembre de 2019 y diciembre de 2021, el número de instituciones públicas de salud con servicios de IVE ILE pasó de 196 a 494

↑ **152%**

Estos representan:

- 96% del total de hospitales provinciales
- 57% del total de hospitales municipales
- 17% de los CAPS CIC municipales
- 66% de los hospitales nacionales

Fuentes: Argentina: Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, SAS, Ministerio de Salud, Argentina, en base a los reportes de las 24 jurisdicciones del país. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de SSR. Informe epidemiológico. Ampliación de acceso al aborto y reducción de inequidades territoriales. Avances al año de la sanción de la Ley Nacional n° 27.610. Ministerio de Salud de Buenos Aires, 2022. CABA: Ministerio de Salud GCBA, Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS. Algunos logros en SSyR 2016-2021 y análisis 1er.semestre 2022 IVE/ILE. Ministerio de Salud GCBA, 2022. Entre Ríos: Informe enviado por la referente del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Entre Ríos 2021 y actualización octubre 2022.

La Ley 27.610 y el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo⁶ no sólo dieron un marco normativo claro para la provisión de abortos sino que también contribuyeron a **fortalecer la legitimidad de la práctica como un procedimiento regulado legalmente que da certidumbre a los equipos de salud**. Por sobre esto, el sostenimiento y la rectoría de la política de aborto fortaleció un clima de trabajo seguro y previsible para las y los profesionales.



[La ley] impactó positivamente, fue un gran respaldo, dio mucho respaldo legal, legitimidad jurídica y visibilidad institucional a los equipos, por lo tanto, pudieron trabajar mejor y en mejores condiciones, y las instituciones, más allá de los equipos, pudieron mejorar sus condiciones de calidad

Valeria Isla, Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, decisora

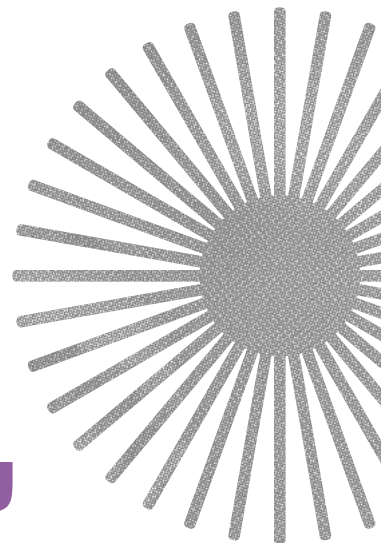


La ley también implicó la posibilidad de visibilizar a los equipos garantes de la ley, la posibilidad de integración y de expansión de equipos que ya existían como también nuevos, y la posibilidad de reconocerse y hacerse conocer tanto entre sí como con las mujeres y personas con posibilidades de gestar que solicitan los servicios. Los cambios que se observaron a partir de la despenalización social del aborto, la ley los transformó en acciones concretas en los servicios de salud.



Hay una transformación cultural que tiene que ver con sacar el aborto como práctica de la clandestinidad y ponerla como una oferta más de lo que hacen los efectores, los establecimientos sanitarios, y no EL equipo, LA persona, EL médico que hace ILE, lo que estamos diciendo es 'es el hospital, es el centro de salud, es el establecimiento que ofrece la práctica', porque no participan solamente médicos, participan los cuidadores que recepcionan, administrativas, digo, que todo el mundo pueda hablar, empezar a hablar de aborto y que las mujeres puedan venir y decir 'vengo por un aborto, ¿qué tengo que hacer?'

Carlota Ramírez, Directora del Programa Salud Sexual y Reproductiva, decisora, Buenos Aires



⁶ Ministerio de Salud de la Nación, DNSSR. Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo. Ministerio de Salud de la Nación, 2021. Disponible [aquí](#)

“

Dar a conocer la ley, que las personas sepan que pueden acceder a una interrupción, a un aborto, que hay una ley que garantiza eso y que hay un movimiento feminista que la peleó desde hace mucho tiempo y que logramos esa lucha. Y yo creo que es sentirnos, quienes trabajamos en el sistema de salud nos sentimos mucho más tranquilas teniendo la ley

Laura Zurbriggen, activista Socorrista, Córdoba

”

“

En la provincia estamos viendo más apoyo, más capacitaciones, nos vamos conociendo más. Trabajamos con más confianza

Carola Mendoza, enfermera, Jujuy

”

“

La visibilización no solo por la ley en sí, sino porque se movió un tema que era un tabú. Si salimos de las grandes ciudades eso se ve mucho más en diferentes provincias, y diferentes localidades y el interés que despertó en muchos equipos de salud que pensábamos que no les interesaba o no querían participar. **Y la ley lo que vino a mostrar es que hay muchos más equipos que quieren participar que antes no lo sabíamos**

Damián Levy, médico, CABA y PBA

”

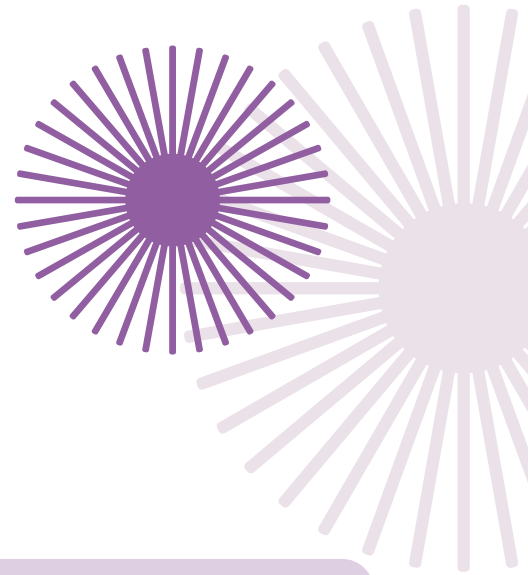
La apropiación subjetiva del derecho a abortar que la ley habilitó también se refleja en el trabajo de defensa legal de las organizaciones de la sociedad civil:

“

Dentro de Católicas tenemos un espacio que es la guardia de abogadas, que funciona desde 2017 acompañando casos donde no se les garantizaba el acceso, y cómo llegaban esas mujeres a consultar en 2017, 2018, 2019, con miedo, con dudas, con que le habían dicho que capaz su situación... porque ella tenía en riesgo su salud, podía hacerse un aborto, que cómo se lo hacía... y siempre muy... el planteo era al borde de la clandestinidad, es como 'bueno, llego a ustedes porque me han dicho pero si no voy a ir por acá'... La guardia de abogadas se crea luego del caso Belén (la mujer encarcelada por un aborto espontáneo en Tucumán)

Rocío García Garro, Coordinadora del área legal de Católicas por el Derecho a Decidir, abogada, Córdoba

”



También las organizaciones de la sociedad civil se vieron afectadas positivamente por la ley pues pudieron hablar más libremente sobre el aborto y, a la vez, las personas que buscaban el aborto se sentían más cómodas para solicitarlo por saber que era su derecho.



No estaba la posibilidad de hablar como hablamos hoy públicamente, en las plazas, en las escuelas, en las radios, en los medios de comunicación, con la libertad que podemos hablar de cómo practicarse un aborto seguro, creo que eso es como lo más importante que trajo la ley

Jorgelina Molina, activista Socorrista, Jujuy



Con relación a los servicios, parece haber una conexión entre el cambio de la norma y la incorporación del aborto como parte de las prácticas de salud. **A mayor disponibilidad de servicios de salud, más transparencia y más calidad.**



Si bien todavía algunos servicios no pueden poner un cartel que dice interrupción del embarazo o se incluye dentro de otro paquete más de servicios, yo creo que sí **está mucho más puesto sobre la mesa la provisión de estos servicios y eso cambia sin duda la calidad**, porque entonces ya estás dentro de la programación general de servicios, ya no hay que esconderse, y eso me parece que cambia el respaldo con el que trabajan los equipos

Sonia Ariza, Asesora legal de la DNSSR, abogada



II.

Los síntomas de avances para asegurar la calidad en la provisión de los abortos

La calidad atraviesa todo el proceso de atención: desde el acceso a la información hasta la atención posaborto, incluyendo la satisfacción de las personas que solicitan un aborto. En ese *continuum* hay algunos eslabones particularmente importantes.



¿Qué entendemos por calidad de la atención?

Se define como una atención que es: eficaz, eficiente, accesible, aceptable/centrada en la/el paciente, equitativa y segura.

- La atención eficaz consiste en prestar una atención basada en las evidencias, que mejore la salud de las personas y las comunidades y tenga en cuenta sus necesidades.
- La atención eficiente optimiza el uso de los recursos y minimiza los costos.
- La atención para el aborto de calidad también debe ser accesible (oportuna, asequible, geográficamente accesible y ofrecida en un entorno en que las capacidades y los recursos sean apropiados para las necesidades clínicas) y aceptable (incorporando las preferencias y los valores de las personas usuarias del servicio y las culturas de sus comunidades).
- Es indispensable que el acceso a la atención para el aborto sea equitativo, y que la calidad de la atención no varíe en función de las características personales de quien solicite la atención, como su género, raza, religión, etnia, situación socioeconómica, educación, situación de discapacidad o ubicación geográfica dentro de un país.
- Por último, una atención para el aborto de calidad implica que se preste de forma segura y que se reduzcan al mínimo los riesgos y daños para las usuarias del servicio.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. *Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo [Abortion care guideline: executive summary]*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible [aquí](#)

II.1. Aseguramiento de insumos

El abastecimiento de insumos para la provisión de abortos en los servicios de salud públicos ha sido una estrategia prioritaria de la política pública desde la aprobación de Ley 27.610 y es una condición necesaria para mejorar la calidad en la provisión de abortos que se muestra promisorio: sin insumos no hay garantía de un aborto seguro.

Los insumos son una dimensión clave para la calidad de la aten-

ción. No fue hasta octubre de 2018 que el misoprostol fue registrado para usos en salud reproductiva en dosis adecuadas (Disposición 946-12/10/ 2018 ANMAT). Durante el primer semestre de 2022, desde la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) se distribuyeron 38.229 tratamientos de misoprostol⁷; Es de destacar que durante 2021 se distribuyeron 74.071 tratamientos, 4 veces más que durante 2020⁸. En 2022 se

incorporó la distribución del combipack (Mifepristona 200 mg + Misoprostol 4 comp de 200 mcg), ampliando las opciones para el aborto con medicamentos y acercándose a los estándares de calidad internacional. Esto fue posible a través de una primera donación de 25.000 tratamientos por parte de Fòs Feminista⁹ y una posterior compra de 50.000 tratamientos realizada a través de los mecanismos que el Fondo de Población de

⁷ Ministerio de Salud de la Nación, DNSSR. Informe trimestral. Abril/junio 2022. Ministerio de Salud de la Nación, 2022.

⁸ ImplementAR IVE-ILE. Ley 27.610. Informe anual 2021. DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación.

⁹ Fòs Feminista es una organización centrada en la salud y los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, niñas y personas de género diverso. Junto con socios locales de todo el mundo, brinda servicios de salud sexual y reproductiva, atención a sobrevivientes de violencia de género y promueve la educación sexual integral. Ver [aquí](#)

Naciones Unidas (UNFPA) dispone para los países. Para el 2023, la perspectiva es continuar con la distribución de ambas drogas, reproduciendo la estrategia de provisión mediante donaciones y compras en el mercado internacional y nacional.

El ingreso del combipack es muy promisorio para mejorar tanto el acceso como la calidad de la atención del aborto: *“van a aprender a usarlo, van a poder distribuirlo ampliamente y eso va a mejorar sin*

duda la calidad de la atención, porque el misoprostol solo es seguro pero no es lo mismo que tener el insumo combinado” (Sonia Ariza, Asesora legal de la DNSSR, abogada).

Otra novedad del 2022 ha sido la puesta en marcha de los procesos de producción de la mifepristona en laboratorios públicos del país, ampliándose y diversificándose de este modo la oferta de las drogas a través de la producción nacional, lo cual se espera mejore el funcionamiento del mercado con un

potencial impacto positivo en los precios del insumo. Dos de estos laboratorios vienen produciendo misoprostol para abastecer al sistema de salud público (Laboratorio Industrial Farmacéutico de Santa Fe desde el 2019 y Productora Farmacéutica Rionegrina S.E. desde el 2021). Más recientemente se han sumado los Laboratorios Puntanos de San Luis y el Instituto Biológico Tomás Perón de La Plata.

Prestaciones de IVE ILE

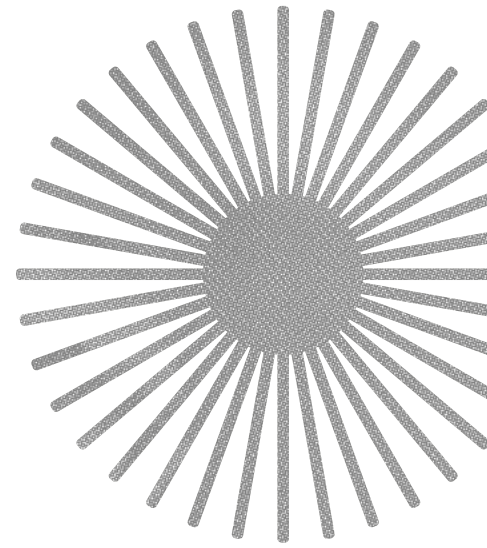
La distribución de IVE ILE depende -en parte- de la edad gestacional a la que se da el acceso efectivo, el que a su vez es resultado de la distribución de los servicios, la disponibilidad y capacitación de los equipos y de cuán accesibles son.

Jurisdicción	IVE		ILE	
	N	%	N	%
Buenos Aires	31423	94,8	1724	5,2
Chubut	285	28,9	700	71,1
Ciudad de Buenos Aires	8467	95,0	446	5,0
Entre Ríos	1583	96,0	66	4,0
La Pampa	483	93,1	36	6,9
Misiones	580	97,3	16	2,7

Fuente: Elaboración propia en base a los informes enviados por las referentes provinciales de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva de Chubut, Entre Ríos, La Pampa y Misiones. Incluye: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de SSR. Informe epidemiológico. Ampliación de acceso al aborto y reducción de inequidades territoriales. Avances al año de la sanción de la Ley Nacional n° 27.610. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2022; Ministerio de Salud GCBA, Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS. Algunos logros en SSyR 2016-2021 y análisis 1er.semestre 2022 IVE/ILE. Ministerio de Salud GCBA, 2022.

II.2. La atención integral y continua

La disponibilidad de información sobre los días y horarios de consulta por IVE ILE en cada servicio, los mecanismos administrativos para acceder a los turnos, los tiempos de espera para la atención, la resolución en el mismo efector donde se realiza la consulta y/o los mecanismos para articular con otros efectores, y los pasos clínicos que se establecen para dar respuesta a la solicitud de un aborto, son todos aspectos relevantes para observar la calidad de los servicios. Estos aspectos parecen haber cobrado más relevancia como prioridades de la política pública y se trabaja en mejorar las dimensiones espaciales y temporales del acceso para resolver los abortos con la menor cantidad de prácticas y visitas posible, así como la anticoncepción posaborto como parte del *continuum* de atención del aborto. Así lo ilustran quienes fueron entrevistadas:



Ahora trabajamos en cartelería, donde en todos los centros de salud y hospitales haya carteles que digan acá podés solicitar la IVE, en algunos lugares más específicamente que tienen como espacios de consultorios para esas consultas, con nombre de consultorio, número de consultorio, horario de atención, modalidad, si tenés que sacar turno, como para que sea más accesible, que nadie tenga que andar dando explicaciones de... 'bueno, quiero un turno para tal cosa' (...) **acá en la provincia no en todos los efectores de salud se resuelven las IVE, pero todos sí articulan con un efector próximo**, para la resolución, en el tiempo, articulando los turnos, el traslado de las personas (...) por un lado le estoy garantizando el derecho pero la verdad que lo ideal sería que esa persona lo pueda resolver en su ámbito local y no tener que irse, llevarla a otra institución para que lo resuelva porque en esta no hay quién, y cuando te digo eso estoy hablando de tener que irse a otra localidad, no es otra institución en la misma localidad, entonces eso es calidad de atención

Laura Soto, referente del Programa Salud Sexual y Reproductiva, decisora, La Pampa





Uno piensa en la integración y piensa en los tres subsectores pero en realidad todo está muy descoordinado, **incluso adentro de un mismo establecimiento no hay circuito**, no hay redes de atención, dentro de un hospital los equipos no dialogan, está muy organizado en la lógica médica de las especialidades, (...) lo que estamos trabajando es la continuidad de los cuidados, la lógica de la atención en términos de los cuidados, de cuáles son los procesos de cuidado (...) Y el otro tema que también estamos tratando de fortalecer es el método posaborto, que se vayan con un método de larga duración, digo, creo que tenemos que pensarlo más integralmente, por eso decía que hay distintos componentes y tiene que ver con la parte más blanda que es el cuidado y el acompañamiento y la información, pero también hay una parte técnica que hay que aceptar para que el circuito sea más transparente y más fácil para la mujer

Carlota Ramírez, Directora del Programa Salud Sexual y Reproductiva, decisora, Buenos Aires



OMS y nuevas Directrices sobre la atención para el aborto: la calidad en la mira

En marzo de 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó las directrices actualizadas que consolidan la evidencia actual y las mejores prácticas para asegurar la prestación de servicios de aborto de calidad. Respalda en un marco de derechos humanos y reconociendo la centralidad de un entorno que lo habilite, el nuevo conjunto de recomendaciones abarca leyes y políticas públicas, práctica clínica y prestación de servicios.

Las directrices señalan que "el entorno de una persona desempeña un papel crucial a la hora de determinar su acceso a la atención y de influir en los resultados de salud. La base de la atención integral para el aborto de calidad es la existencia de un entorno propicio". Cada vez es más evidente que el acceso al aborto legal está siendo atacado en todo el mundo, y siguen existiendo barreras importantes para el acceso al aborto, incluso donde está legalmente disponible.

Los indicadores estándar de proceso para medir

la práctica clínica (método de aborto, proveedor del aborto, lugar del aborto) en los que la OMS se basó anteriormente para clasificar y comprender la "seguridad del aborto" no captaban los elementos más importantes para la vida y el bienestar de las personas en una experiencia de aborto actual. Por ejemplo, invisibilizaban el impacto que tienen las rutas de acceso sobre la salud y el bienestar, en términos económicos, de los riesgos para acceder a los métodos de aborto recomendados o los riesgos legales en entornos donde el aborto está penalizado. Tampoco documentaban las experiencias de quienes no lograron realizar el aborto deseado, ya sea debido al uso de métodos ineficaces o a barreras insuperables para la atención (por ejemplo, falta de proveedores capacitados, costos exorbitantes o la negación de la atención).

La investigación sobre la toma de decisiones y las preferencias sobre el aborto ha demostrado reiteradamente que aspectos del proceso de aborto como

la accesibilidad, el costo, la privacidad, la confidencialidad y la seguridad, el riesgo legal y el ser tratada/o con dignidad y respeto son primordiales en la toma de decisiones y en la evaluación de la calidad del aborto por parte de las personas usuarias. Al revisar la evidencia para esta actualización de las pautas de la OMS, fue fundamental comenzar a incorporar dichos elementos en la guía para la calidad en la atención del aborto.

Por primera vez, las recomendaciones de prestación de aborto de la OMS incluyen la autogestión del aborto con medicamentos (Recomendación n°50) y a trabajadores de la salud comunitaria y farmacéuticos como proveedores capacitados para el

aborto con medicamentos hasta las 12 semanas de gestación (Recomendación n°28). Estos cambios son el resultado de décadas de trabajo de activistas e investigadoras/es. Sus esfuerzos resultaron innovadores para garantizar el acceso a la atención del aborto basada en la evidencia. Independientemente del entorno legal, fundamentaron y difundieron un conocimiento experiencial generalizado y evidencia científica respecto a la seguridad y efectividad del aborto autogestionado con medicamentos.

Fuente: Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo [Abortion care guideline: executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible aquí

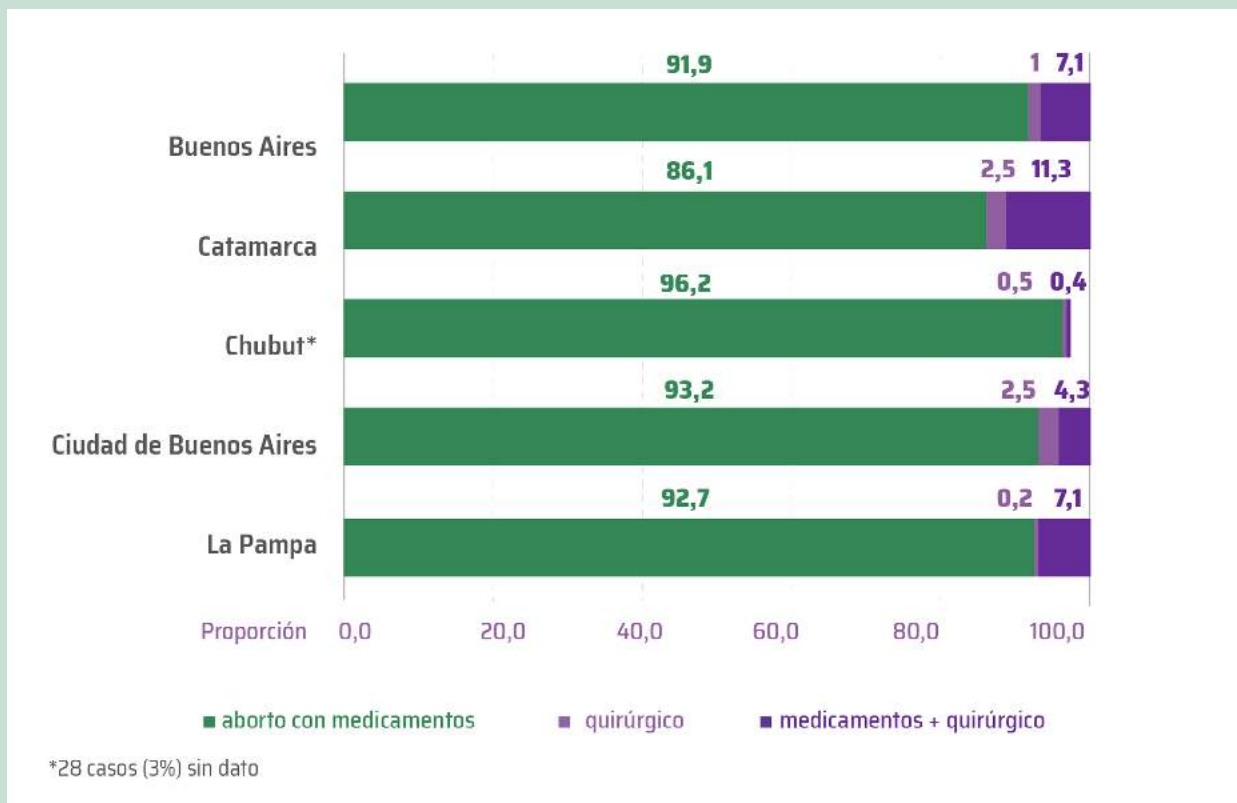
II.3. La información de gestión como insumo para mejorar la calidad

La producción de información sobre las prácticas que se realizan y sus características es otra dimensión destacada por las entrevistadas que incluso afecta otros componentes de la calidad. Sobre esto último, Sonia Ariza (Asesora legal de la DNSSR, abogada) destaca que *“hoy se pudieron comprar insumos porque sabemos cuántos abortos se hicieron el año pasado y entonces podemos hacer un cálculo y comprar los insumos suficientes”*. También se cuenta con información con distintos grados de cobertura y desagregación acerca de cuántos servicios de salud ofrecen la práctica, cuántos abortos se registraron, a qué edad gestacional, etc. De todos modos, ambas abogadas entrevistadas consideran que hace falta una mejor producción de información. Sonia Ariza resalta que el Ministerio de Salud *“está trabajando en un sistema de relevamiento de información mucho más completo, que pueda dar datos no solamente de la práctica sino del contexto para mejorar las políticas de una manera más amplia pero todavía no está funcionando”*.

Sobre esto también Sandra Vázquez (Directora Ejecutiva grupo FUSA, proveedora y activista, CABA) señaló que *“el mayor avance tuvo que ver con crear estrategias para lograr el acceso al cumplimiento de esa ley, es decir, tenemos la ley pero quiénes cumplen con esa ley, poder tener cifras, estrategias, datos, monitoreos, eso nos está ayudando, no quiere decir que esté solucionado el tema, pero nos está ayudando a ver el panorama general.”*



¿Qué procedimientos de aborto se utilizan en los servicios públicos?



De los datos disponibles no se puede discernir si la forma de resolución responde a la disponibilidad de métodos, la adherencia a guías de manejo (por ejemplo, mejor opción según edad gestacional o criterio clínico), a indicación médica según complicaciones (por ejemplo aborto incompleto) o a las preferencias de las mujeres y personas gestantes.

Fuente: Elaboración propia en base a los informes enviados por las referentes provinciales de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva de Catamarca, Chubut y La Pampa. Incluye: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de SSR. Informe epidemiológico. Ampliación de acceso al aborto y reducción de inequidades territoriales. Avances al año de la sanción de la Ley Nacional n° 27.610. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2022; Ministerio de Salud GCBA, Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS. Algunos logros en SSyR 2016-2021 y análisis 1er semestre 2022 IVE/ILE. Ministerio de Salud GCBA, 2022.

II.4. La formación de recursos humanos en varios espacios y modalidades

Las capacitaciones virtuales, asistencias técnicas *in situ* y *on-line*, así como la incorporación del tema del aborto en las residencias médicas han crecido al ritmo de la legalización. El fortalecimiento de los equipos y el desarrollo de sus habilidades técnicas, así como la sensibilización sobre los aspectos legales, éticos y sociales del aborto es parte de una estrategia dirigida a ampliar el acceso y mejorar la calidad de la atención. Es una tarea continua y compleja porque la construcción de equipos empáticos y competentes requiere la deconstrucción de ideas, mitos y prejuicios de larga data.



Primero hubo capacitaciones amplias para todo el personal del sistema de salud público, que entiende ahora que existe un derecho, que conoce como la generalidad, y después capacitaciones más enfocadas en quienes están en la provisión del servicio y capacitaciones súper enfocadas en quienes van a hacer... van a llevar adelante las prácticas más difíciles, estos equipos especializados en segundo trimestre o especializados en cierto tipo de prácticas que se requieren para los casos más difíciles. Entonces eso también se está trabajando y se está fortaleciendo y creo que es clave para la calidad de la atención, para poder ofrecer las mejores técnicas disponibles hay que tener personal capacitado, entonces yo creo que ahí va avanzando todo

Sonia Ariza, Asesora legal de la DNSSR, abogada



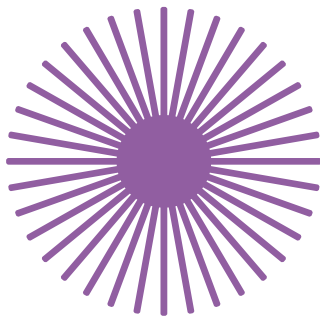
Quienes prestan servicios enfatizan la necesidad de incorporar nuevas tecnologías -duras y blandas- en el quehacer de los equipos para que las prácticas sean reflejo de los principios sostenidos en el nuevo marco legal. A la vez reconocen que tener la ley permitió, aunque no de manera homogénea, la inclusión de la IVE ILE en la formación de residentes de gineco-obstetricia, de medicina general y de otros profesionales de la salud.





Con las IVE se pudo avanzar bastante en la participación de las/os residentes y eso es importante en un servicio que mayoritariamente es objetor [...]. Eso también le dio otro dinamismo. No solamente en gineco, sino también en otras especialidades, de medicina general también. Que igual es una especialidad más abierta por lo general, **pero el hecho de que puedan participar personas que están recibidas hace poco, que tienen un recorrido más corto hace que sean más permeables también a aprender otras cosas. Otra visión, digamos.**

Katerina Milone, médica, Neuquén



Creo que la supervisión presencial hace el cambio. Hay que estar. **Hay que ir, hay que estar, hay que poner el tiempo, el cuerpo, que vean, que le genere confianza**, bueno, todo eso que se está haciendo, se está poniendo mucho, pero... lleva mucho tiempo. Desmitificar muchas prácticas e instalar otras cuesta mucho.

Damián Levy, médico, CABA y PBA



Resulta importante destacar este trabajo que se viene realizando a través de las capacitaciones al tener en cuenta las demandas provenientes de las organizaciones de la sociedad civil.

II.5. La consejería como un espacio de intercambio de información y de toma de decisiones en proceso de ajuste

La consejería es el espacio privilegiado de intercambio de información, de evaluación clínica y de toma de decisiones. Es un espacio que se ofrece pero que no es obligatorio y donde se ponen en juego las posibilidades y disponibilidad de recursos, las capacidades y la decisión de la persona que solicita el servicio. Para que considere las

necesidades y expectativas de las mujeres, adolescentes y niñas se requiere fortalecer las habilidades comunicacionales de los equipos, garantizar los contenidos que deben incluirse y promover la integración multidisciplinaria cuando se necesite. Estos espacios necesitan ser revisados casi permanentemente para que efectivamente

cumplan con el objetivo para el cual están diseñados y sean parte de un proceso de mejora continua de la calidad en la atención.



Para un abordaje de calidad es importante el trabajo con otras disciplinas. Como muchas veces son situaciones que se abordan desde servicio social, que vemos en conjunto, que se evalúa cuál es la red de contención, cuál es el ámbito en el que esa niña toma esa decisión. Tiene apoyo, no tiene apoyo, hay indicadores de abuso. Ese trabajo, digamos, requiere obviamente el trabajo no de una sola persona, sino que debe trabajar con otras disciplinas

Katerina Milone, médica, Neuquén



Yo las escucho, las conozco, pero no es sólo eso, es cómo hacer con las otras cosas cuando no puede acceder porque no tiene con quién dejar los niños, porque sufre violencia (...) como que no hay compromisos, no le dan respuestas, como que falta conocimiento de los equipos cuando hay que resolver esa situación que es urgente

Carola Mendoza, enfermera, Jujuy



Una consulta como ésta lleva tiempo y ese tiempo tiene que ver con la recepción, con la escucha, con ver si tiene o no factores que hagan que sea más riesgoso un tratamiento, otro tratamiento, desde lo médico y desde lo sociocultural. Distancias, tiempo, costo, bueno, muchas cosas. Bueno, **eso tiene que tener esa persona, una capacidad tal de escucha y de sensibilidad y de tiempo protegido para esta consulta** que a veces no hay. Que se puede, pero que no lo hacen

Damián Levy, médico, CABA y PBA

II. 6. La certificación de la calidad

La evaluación externa y la certificación de la calidad de los servicios son procesos por medio de los cuales se puede controlar la efectiva implementación de la política de acceso al aborto en cada efector, en qué condiciones se hace y cuáles son las áreas de mejora.

El ejemplo que hemos podido identificar hasta el momento, es el de la Provincia de Buenos Aires en colaboración con Ipas¹⁹. Este proyecto tiene como objetivo la aplicación de un modelo de calidad estandarizado para profesionalizar los procesos de atención haciéndolos más eficaces y eficientes. Utiliza una herramienta de Ipas, adaptada al contexto local, para medir y evaluar una serie de dimensiones (infraestructura, mobiliario, procedimientos, procesos de esterilización, gestión de insumos, entre otros) e indicadores de calidad ya validados, certificar a los efectores de salud que cumplan con el 100% de dichos indicadores como



¹⁹ Ipas es una organización que trabaja a nivel global en la promoción de la justicia reproductiva mediante la ampliación del acceso al aborto y la anticoncepción. Ver [aquí](#)

centros de buenas prácticas y luego avanzar en la diseminación de esos aprendizajes convirtiéndolos en centros de formación y referencia en cada región. En esta primera etapa están trabajando en 16 hospitales de 12 regiones sanitarias con la meta de lograr su certificación en 2023. El caso adquiere relevancia como proyecto pionero.



El primer problema que nos planteamos es cómo definimos qué es la atención de calidad, que para nosotros sería un modelo de atención de calidad porque venimos trabajando en la provincia el tema de la integración en tres dimensiones, una que tiene que ver con la gobernanza, una que tiene que ver con información y otra que tiene que ver con el modelo de atención, entonces Ipas viene trabajando en un modelo de atención de calidad en varios países de América Latina con una herramienta, que evalúa siete dimensiones desde la infraestructura, mobiliario, procedimientos, procesos de esterilización, gestión de insumos, que a nosotros nos gustó mucho porque es realmente mirar todo el proceso de atención, desde que la mujer entra hasta que se va, y todos los servicios que están involucrados, por ejemplo un servicio que hasta ahora no habíamos revisado ni habíamos ido, eran los servicios de esterilización (...) con esta herramienta podemos ver cuáles son las áreas de mejora (...) es un proceso que lo hacemos en conversación con el hospital y eso permite que ellos puedan identificar también cuáles son las áreas (...) y en una segunda etapa que esos hospitales sean centros de formación y referencia, que cuando tienen consultas acerca de una práctica y cuando necesitan hacer una pasantía, cuando necesitan una capacitación, ese equipo que ya está certificado pueda acompañar a otros equipos en ese proceso, porque ya tendríamos como una hojita de ruta y los indicadores

Carlota Ramírez, Directora del Programa Salud Sexual y Reproductiva, decisora, Buenos Aires

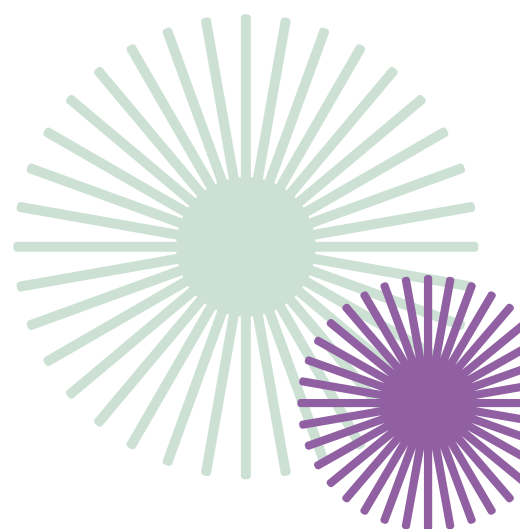


III.

Los obstáculos para asegurar la calidad en la provisión de los abortos

III.1. La difusión del derecho al aborto no es un hecho

Para que el aborto de calidad sea accesible y aceptable, los servicios y recursos deben ser ofrecidos oportunamente y deben ser apropiados por parte de la población como una oferta disponible para sí¹¹. La divulgación de los lineamientos de la Ley 27.610 podría promover cambios sustantivos en las capacidades de la población usuaria para buscar



atención, superar los obstáculos en el acceso y exigir la garantía de los derechos adquiridos: las campañas públicas de comunicación y difusión del aborto como un derecho podrían tener un impacto positivo en la calidad de los servicios. Pero esto parece seguir siendo una deuda de la política pública aún a finales de su segundo año de implementación.



Es todo la calidad, es poder difundir que es un derecho, adónde pueden acceder, dónde pueden acudir, como primero eso, la información desde el nivel central, y en eso tenemos un montón de fallas, cuesta un montón el tema de la difusión (...) difundir el derecho, y decir bueno, sí, es tu derecho y nosotros como Estado lo garantizamos, eso es calidad de atención (...) campañas en la televisión, en la radio, acá hay carteles viste esos luminosos en algunas avenidas, y que ahí esté el derecho a la IVE, en las redes, pero que sean verdaderas, como masivas, en el espacio de YouTube, la provincia tiene comprados esos segundos de YouTube, bueno, que aparezca ahí, en todos lados, que se escuche en las radios locales porque por ahí no todo el mundo tiene acceso a internet y en el interior solo se ve el canal de la provincia, bueno, en el canal de la provincia que esté la pauta publicitaria que tiene el gobierno, que aparezca la IVE y la ILE, que tenés derecho... bueno, hoy como más realizable es eso, y eso yo creo que impactaría

Laura Soto, referente del Programa Salud Sexual y Reproductiva, decisora, La Pampa



III.2. El uso de tecnología obsoleta

"*Todavía se usan legrados para terminar el procedimiento*" dice Rocío García Garro (Coordinadora del área legal de Católicas por el Derecho a decidir, abogada, Córdoba), aunque se muestra esperanzada con

la mayor disponibilidad de misoprostol y el combi-pack. Esta abogada además cree que en general los problemas de calidad en la atención se dan, quizás paradójicamente, con ginecólogos y obstetras.



Cuando la práctica la hacen ginecólogos, es un gran obstáculo que atenta a la calidad... en líneas generales quienes están más formados y formadas para abordar los abortos son los médicos de familia y los médicos generalistas. **Los obstetras y ginecólogos tienen una gran resistencia**, y cuando hablamos de segundo trimestre, segundo trimestre avanzado, son los ginecólogos quienes tienen que resolver y ahí es donde aparecen estos problemas

Rocío García Garro, Coordinadora del área legal de Católicas por el Derecho a decidir, abogada, Córdoba



¹¹ Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo [Abortion care guideline: executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible [aquí](#)

“

Los hospitales tienen características singulares, pero estamos tratando de identificar cuáles serían los elementos que no pueden faltar, por ejemplo un equipo interdisciplinario, por ejemplo un circuito de acceso escrito, que todo el mundo lo conozca, por ejemplo **que no haya legrados en los quirófanos**, o sea, como algunas cosas que podemos decir, bueno, más allá de cómo se organiza en esto no puede faltar (...) cada vez que un equipo dice 'dejamos los legrados' es una fiesta, estamos pensando en hacer una escultura a fin de año con los legrados que vamos sacando

Carlota Ramírez, Directora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, decisora, Buenos Aires

”

III.3. Las rutas de atención poco claras

Las entrevistadas tienen muy presente que falta mucho por andar, que los pendientes son varios también en términos de calidad, y que en algunos sitios o para algunos grupos poblacionales éstos se acumulan y demoran en resolverse. Una de estas faltas o insuficiencias, señalada por Sonia Ariza, es la calidad de las **rutas de atención**:

“

Me parece que todavía requiere un trabajo importante porque esto es algo que no se puede generar desde una rectoría nacional sino que tiene que hacerlo cada provincia, cada sistema de salud, cada subsistema de salud y te diría incluso cada servicio, porque la ruta de atención depende de cómo funciona la guardia de ese lugar, cómo funciona el consultorio de salud reproductiva, cómo funciona la cultura de esa comunidad que se atiende en ese servicio

Sonia Ariza, Asesora legal de la DNSSR, abogada

”

Agrega la Asesora legal de la DNSSR, abogada, que la diferencia respecto a años anteriores es que ahora el problema para armar estas rutas de acción no es tanto la resistencia sino los problemas de coordinación.

“

Hay que ir revisando los micro-procesos de acceso a la atención, los requisitos que se piden, los tiempos, las idas y venidas hasta que las personas realmente concluyen el circuito, creo que es una etapa para mirar, por lo menos en primer trimestre, esos circuitos de acceso y trabajarlo con los equipos, y hacer algún tipo de evaluación, que no está hecha tampoco, pero sí nos empieza a aparecer en el 0800 algunas situaciones en donde intervenimos y... o en los viajes que estamos haciendo a las provincias hay reuniones con los equipos en donde aparece la **necesidad de revisar los pasos, a veces se piden... se hacen más pasos y se piden más requisitos de los que plantea la ley, sobre todo primer trimestre**

Valeria Isla, Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, decisora

”



Tengo el informe inicial, tengo todo, pasa una semana, y nada... Y eso que había llevado personalmente el informe... entonces me fui directamente a maternidad para que lo tengan en sus manos los que pueden resolver, digamos ya que se requería atención en otro nivel. Pero cuando el plazo se vence, cuando las papas queman llamaron para ver si había entregado el informe... Siento que no te quieren recibir los informes como para no asumir totalmente la responsabilidad

Carola Mendoza, enfermera, Jujuy



III.4. Objeción de conciencia no ajustada a la ley

La Ley 27.610 reconoce la objeción de conciencia como un derecho de las/os profesionales que intervienen directamente en la interrupción del embarazo. 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, tal como se señaló en los Encuentros Provinciales “Construyendo una nueva agenda”, 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 expe-

riencias 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. La calidad también se resiente cuando se producen dilaciones en la atención sobre todo en la derivación a otro servicio para resolver el aborto o se interrumpe la atención integral y continua de las usuarias antes o después de realizar un aborto.



Acá la mayoría de los ginecólogos de los pueblos, de salud pública, son objetores de conciencia, y resuelven las interrupciones voluntarias los médicos generalistas, pero bueno, esos ginecólogos que son objetores de conciencia hacen las consejerías, digamos, bien, buenas consejerías, donde ofrecen la interrupción, y luego las atenciones posaborto también las brindan, o sea, en el único momento en que no intervienen en el proceso es en la indicación del misoprostol, o sea, ejercen... digamos, su objeción de conciencia de manera ajustada a ley (...) [Pero] No todos los objetores son objetores responsables o digamos obedientes de la ley (...) **hay algunos que son objetores de conciencia, digamos bien, que cumplen con lo que la ley le dice que deben hacer y a conciencia, y entienden a qué, cuál es la objeción, su objeción está puesta en dónde y está puesta correctamente,** y hay otros que no (...) por ahí dicen “no, yo no soy objetor”, pero en sus actos...

Laura Soto, referente del Programa Salud Sexual y Reproductiva, decisora, La Pampa



Como lo ha señalado Sandra Vázquez (Directora Ejecutiva grupo FUSA, proveedora y activista, CABA) hay profesionales que se declaran objetores de conciencia en el sistema de salud público, pero siguen proveyendo servicios de aborto en el sector privado. Esta práctica ilegal disminuye el número de profesionales disponibles en el sistema público.



Y yo creo que la objeción de conciencia mal entendida es uno de los obstáculos mayores, digo mal entendida porque muchas veces comprobamos que no son verdaderos objetores de conciencia, son objetores de conciencia en el sistema público pero en el privado le hacen la receta del misoprostol, no hacen buen servicio de aborto pero hacen... que no es una objeción de conciencia, y esa es una de las trabas más importantes

Sandra Vázquez, Directora Ejecutiva grupo FUSA, proveedora y activista, CABA



III.5. La sobrecarga laboral y emocional de los equipos de salud

Durante el primer año y medio de implementación de la ley, **la cantidad de servicios públicos de salud que realizan IVE ILE aumentó un 58%**¹². Este dato habla de una voluntad política y del esfuerzo de los equipos de salud para dar respuesta. No obstante, esta cantidad de servicios es insuficiente. Esta situación trae como consecuencia

una sobrecarga de los equipos de salud que garantizan el derecho a la IVE, más acentuada aún en aquellos equipos que garantizan la ILE durante el segundo trimestre de gestación, que son aún mucho menos que los que responden al aborto del primer trimestre o segundo trimestre inicial. Estos cuellos de botella en la dinámica de

funcionamiento de los servicios afectan el clima de trabajo e impactan sobre la calidad de la atención vía una sobrecarga de trabajo práctico y emocional.



(...) hay que cuidar a quienes garantizan y hacen las prácticas, porque si no queda como que unos pocos pueden garantizar y se los recarga

Laura Zurbriggen, activista Socorrista, Córdoba



¹² Es de destacar que 5.662 efectores públicos reciben botiquines Remediar con métodos anticonceptivos según se señala en el Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Publicación de Resultados 2020.



Un gran obstáculo tiene que ver con la cantidad de equipos que dispensan la práctica, que por un lado afecta la cobertura y el acceso de las personas e implica en algunos casos traslados y demoras en los tiempos, y por otro lado que los equipos que sí garantizan tengan mayor demanda

Valeria Isla, Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, decisora

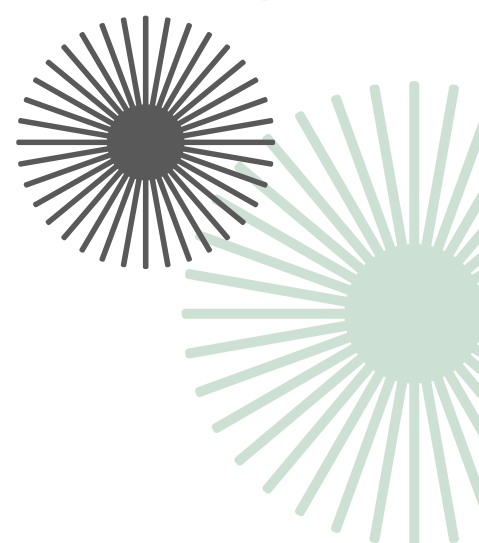


Durante la pandemia la Subsecretaría de Salud Mental y Consumos Problemáticos, desarrolló una estrategia que ahora se está convirtiendo en programa que es 'Cuidar a los que cuidan' (...) cuando terminó la pandemia nosotros veníamos haciendo reuniones con los equipos que hacían segundo trimestre y aparecía un padecimiento fuerte, por ejemplo que ante un segundo T, de 24 semanas, la noche anterior no duermen o duermen mal, por ejemplo el 60% de médicas que entrevistamos nos dijeron 'la noche previa a un 24 semanas no duermo'. Dijimos che, bueno, yo soy psicóloga de formación, dijimos che, hablemos con Cuidar a los que cuidan a ver si podemos empezar a trabajar

Carlota Ramírez, Directora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, decisora, Buenos Aires

III.6. La transparencia activa a medio camino

La autonomía de las personas y el respeto por sus necesidades y elecciones en torno a su propio cuerpo y tratamientos de salud es un derecho fundamental de los pacientes reconocido por la Ley 26.529¹³. Es un valor fundamental para la atención de calidad en aborto¹⁴ que las gestoras relacionaron con el concepto de transparencia activa de las/los profesionales. Es decir, que no solamente estén dispuestas/os a intervenir ante la solicitud expresa de las personas usuarias, sino también que sean activas/os proveedoras/es de información sobre la posibilidad y el derecho a interrumpir el embarazo. Este aspecto crítico de la calidad de la atención exige cambios actitudinales complejos, sutiles e integrales que demandan deconstruir hábitos de atención y desafiar externa e internamente el modelo convencional de atención de la salud, incluyendo la incorporación de prácticas de atención como las tareas compartidas, los equipos interdisciplinarios y los cuidados integrales. Gestionar estos cambios es un proceso complejo y en curso.



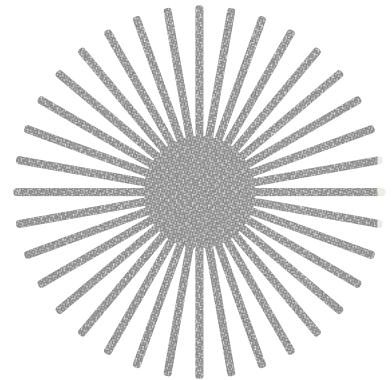
¹³ Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Honorable Congreso de la Nación Argentina. 2009. Disponible [aquí](#)

¹⁴ Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo [Abortion care guideline: executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible [aquí](#)



Cuando ofrecés el derecho, hay maneras y maneras de decir, o si lo ofrecés, a lo mejor esto de que solo espero que la otra persona venga y me diga 'yo no quiero continuar', pero no tener **la sensibilidad, la apertura o la visión de entender que a lo mejor el otro puede no saberlo, puede no animarse a solicitarlo pero expresa que su embarazo es no buscado, no deseado, pero no puede decir 'no quiero continuarlo'** (...) a lo mejor se continúa un embarazo no deseado porque 'nadie me dijo que podía no continuarlo' o 'quién debería habérmelo dicho no lo dijo' (...) a veces uno ve las historias clínicas, las palabras que se utilizan, para cuando se descarga la información, entonces eso me puede dar una idea, si cuando escriben en la historia utilizan esas palabras debe ser lo mismo cuando hablan con las personas, entonces de alguna manera también las palabras que utilizamos

Laura Soto, referente del Programa Salud Sexual y Reproductiva, decisora, La Pampa



Lo más difícil es transformar la relación de poder en el vínculo, les cuesta mucho que las mujeres decidan (...) creo que ha habido avances muy grandes y que el aborto realmente te tracciona otro montón de cosas, porque cuando vos empezás a hablar de la transparencia, del acompañamiento, empiezan a cambiar cosas adentro de los equipos, viste cuando hacés sensibilización con los cuidadores, con las administrativas, con enfermería, digo, algo empieza... que tiene que ver con el aborto pero que tiene que ver con cualquier práctica médica, donde... quién tiene la decisión

Carlota Ramírez, Directora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, decisora, Buenos Aires



IV. Cómo seguir

Tras cumplirse dos años de la Ley 27.610 es hora de que la calidad de los servicios pase a constituir una parte fundamental de la agenda del aborto. **El cómo importa.** Como este reporte muestra, se avanzó en la provisión de insumos, equipamiento, capacitaciones y se registró un aumento del número de equipos y de servicios de salud que garantizan las prácticas de IVE ILE. Estos esfuerzos permitieron ampliar el acceso al aborto. No obstante, persisten prácticas no recomendadas como el uso del legrado y cuellos de botella en las

rutas de acceso que operan en detrimento de una buena calidad de la atención.

En el último año, se ha avanzado mucho desde la OMS y otras organizaciones dedicadas a la investigación en definir la calidad de los servicios de aborto y los indicadores que se pueden utilizar para medirla de forma válida. Las directrices disponibles contribuyen a identificar falencias en cómo se está implementando el servicio y cuáles son las brechas a saldar para cumplir con los lineamientos óptimos. Pero no pueden guiar las

acciones concretas para hacerlo en cada contexto y en cada centro de salud específico. Por lo tanto, los estándares de calidad adquieren sentido cuando se problematizan en la práctica, en el territorio, se discuten colectivamente y se consensuan los cambios necesarios para lograr alcanzarlos. Este reporte anhela contribuir en este sentido. Para cerrar este informe, compartimos algunas conclusiones, desafíos e ideas para una agenda de temas pendientes en materia de calidad de la atención de los servicios de aborto.

Iniciativas a nivel global para medir la calidad en la provisión de abortos: ASQ

Ante la necesidad de disponer de un estándar global para evaluar la calidad de la atención del aborto, la Iniciativa de Calidad del Servicio de Aborto (ASQ, por sus siglas en inglés) desarrolló un instrumento para evaluar la calidad de la prestación de los servicios de aborto en los centros de salud y en el sistema comunitario. Dirigida por Ibis Reproductive Health en colaboración con Ipas y Metrics for Management, **la Iniciativa ASQ tuvo tres fases:**

Fase 1

Se recopilaron herramientas en uso por parte de ONGs, servicios de salud y Ministerios en 80 países para identificar indicadores comunes y determinar cuáles son los más valiosos para medir la calidad de los servicios de aborto. Después de identificar más de 1.000 indicadores en uso, el equipo central de la Iniciativa ASQ, junto con un equipo colaborador compuesto por expertos en salud reproductiva de ONGs, Ministerios de Salud, proveedores de servicios, investigadoras/es, abogadas/os y organismos financiadores, desarrollaron una lista reducida de indicadores que incluía indicadores centrados en la persona, técnicos y de seguridad.

Fase 2

Se realizaron entrevistas y grupos focales con personas en Argentina, Bangladesh, Etiopía y Nigeria que hubiesen recibido servicios de aborto para garantizar que los indicadores resultantes y la herramienta de evaluación abordaran adecuadamente las preocupaciones y los valores de las personas que buscan abortar en cuanto a la calidad de la atención. Estas personas representaron la amplitud de las vías modernas de acceso al aborto, incluidas las opciones de líneas telefónicas y derivaciones, farmacias, centros de salud y hospitales. Los grupos focales incluyeron intencionalmente a grupos y personas en situación de vulnerabilidad como jóvenes, personas con abortos después de las 12 semanas de gestación y personas que hubiesen tenido más de un aborto.

Fase 3

Se realizó una prueba de campo de los 111 indicadores (72 indicadores de calidad técnica y 39 indicadores centrados en las personas usuarias) y 12 resultados posibles, en Bangladesh, Etiopía y Nigeria. En cada país, se seleccionaron tres regiones para representar la diversidad de la población.

Resultado

Se pone a disposición un instrumento (AC-QTool) de acceso abierto que es el primer estándar mundial para medir la calidad de los servicios de aborto en países de ingresos bajos y medios.

Fuente: Metrics for Management, Ibis Reproductive Health and Ipas. Abortion Care Quality Tool. Ver [aquí](#)

La calidad es con derechos

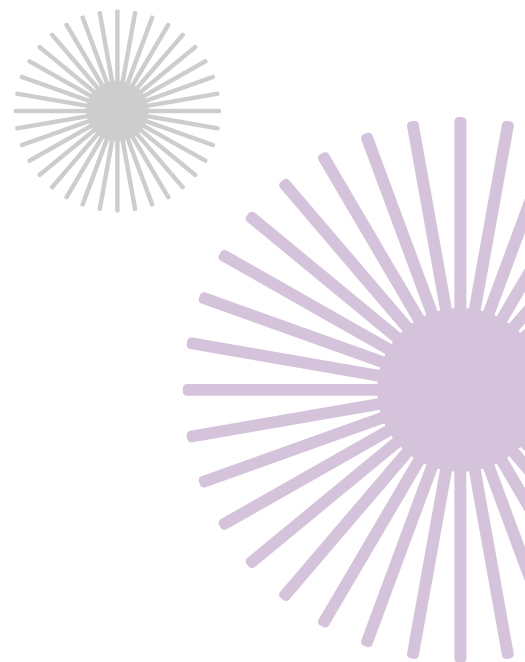
A la despenalización social del aborto que tomó especial impulso en 2018, le siguió la sanción de la ley en 2020 y la actualización del Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo en 2021.

Estos son hitos de un entorno habilitante para la garantía de derechos y para la legitimidad no sólo jurídica sino también sociocultural de la práctica de IVE ILE. Este clima desborda los servicios de salud e impacta en la **aceptabilidad de los servicios**, favoreciendo el mayor acceso a la información tanto dentro como fuera del sistema sanitario, aumentando la confianza en la práctica médica y en la confidencialidad que ésta implica. Dentro de los servicios, además, impacta en las normas formales e informales que atraviesan la atención, dando más claridad a los circuitos internos, transparencia a las opciones disponibles para las personas usuarias, el trato cada vez más abierto y tranquilo, transmitiendo seguridad y acercando los servicios a los valores de la población. El aborto es un derecho, que está siendo apropiado subjetiva e intersubjetivamente tanto por la población usuaria como por las/os proveedoras/es.

La calidad atraviesa todo el proceso de atención

La atención es un proceso continuo e integral y la calidad debe atravesar ese proceso de principio a fin, atendiendo a tecnologías duras –como la infraestructura disponible, el abastecimiento de insumos, la capacitación y competencias técnicas del personal de salud- y blandas –el trato respetuoso, la provisión de información clara y comprensible, el respeto por la autonomía de las personas usuarias, la comunicación atenta- **en todo momento**.

La temporalidad, espacialidad y resultados de dicho proceso definido como un todo que comienza cuando una persona solicita un aborto – sea llamar para agendar una cita o consulta, o ir a un centro de salud u



hospital para agendar una cita, tener la consulta o lograr una referencia oportuna— y termina con la atención posaborto, son asimismo dimensiones importantes y globales de la calidad de los servicios sobre las que todavía no contamos con información.

Los estándares de calidad deben contemplar la perspectiva de las personas usuarias y proveedoras/es

La evidencia indica que la satisfacción de las personas usuarias es tan importante como la de proveedoras/es. Lograr una atención de calidad depende de la interacción entre ambos actores, en el marco de contextos institucionales y estructurales más amplios que condicionan la atención, no siempre positivamente. Personas usuarias y proveedoras/es tienen diferentes intereses y expectativas sobre la atención y desde dichas

perspectivas se involucran en la búsqueda y provisión de la atención.

El punto de vista de las personas que buscan abortos en el sistema de salud resulta fundamental en el contexto actual para evaluar el grado de ajuste de los servicios a las necesidades y expectativas de la población usuaria. Relevar experiencias reales de utilización de los servicios también permite identificar barreras en el acceso al aborto

(económicas, espaciales, discriminación) que ayuden a comprender las inequidades registradas a nivel agregado, evaluar si la ley se está implementando de manera apropiada según los estándares que el marco normativo y las recomendaciones internacionales indican y considerar potenciales áreas de mejora en la calidad de los servicios.

El estudio del proyecto mirar sobre calidad en Argentina

Medir la calidad de la atención del aborto en el contexto de la nueva ley en Argentina es un componente importante del seguimiento de la implementación de la ley y su impacto en el acceso y la calidad de la atención del aborto en el país. Por esta razón, el Estudio MACA (Medimos Acceso y Calidad del Aborto) del proyecto mirar está desarrollando un instrumento cuantitativo para medir indicadores de acceso y calidad de la atención desde la perspectiva de las usuarias de servicios de aborto en Argentina, en

consulta con una variedad de actores clave y partes interesadas, para garantizar que los indicadores sean relevantes y útiles en este contexto. Este instrumento será fundamental para monitorear y evaluar la implementación de la ley en todo el país. Una vez finalizado el instrumento, el Estudio MACA encuestará a una gran muestra de personas usuarias en Argentina para medir las dimensiones relevantes del acceso y la calidad de la atención del aborto desde una perspectiva centrada en la persona.

Llegar ahí donde es necesario

Durante los dos primeros años de implementación de la ley de IVE ILE, la política pública de acceso al aborto estuvo principalmente enfocada en ampliar rápidamente la cobertura en las diversas jurisdicciones y mejorar la disponibilidad de recursos.

A pesar de los esfuerzos, persisten situaciones críticas de falta de acceso o de calidad subestándar en poblaciones en situación de vulnerabilidad que plantean desafíos particulares. Se trata de personas y grupos con necesidades específicas, a las que se debería adaptar todo el proceso de atención, desde la difusión en diferentes lenguas o sistemas de escritura que hicieran más inclusiva la comunicación, hasta una consejería personalizada que atienda a las capacidades de las personas que solicitan un aborto no solamente para dar su consentimiento sino también en términos de elección del método de aborto y provisión de información de acuerdo a sus dimensiones corporales, habilidades psicofísicas, posibilidades de administrar los medicamentos de manera adecuada y oportuna, situación sociofamiliar y económica, accesibilidad geográfica, entre algunos otros factores que es necesario atender para garantizar un acceso equitativo y de calidad.

Identificar personas, grupos y poblaciones en situación de vulnerabilidad en el acceso al derecho a la salud sexual en general, y al aborto en particular, es el primer paso para mejorar el acceso y ofrecer lineamientos que permitan cumplir con los estándares de calidad adaptándolos a sus necesidades específicas.



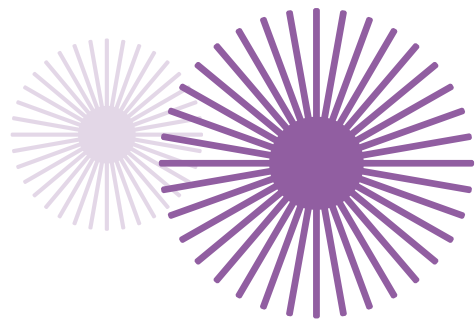
La población con discapacidad es un tema que nos ocupa y que nos preocupa, después las zonas más rurales o las zonas más alejadas de las capitales de las provincias, y dentro de ello también algunas zonas de población indígena, en donde hay... o bueno, que también coinciden con zonas más alejadas de la capital

Valeria Isla, Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, decisora



Tenemos pueblos que tienen poca población y a lo mejor hay un médico, y no hay obstétrica, entonces eso yo creo que... digamos, vulnerable desde ese lugar, desde lo que uno ofrece como atención

Laura Soto, referente del Programa Salud Sexual y Reproductiva, decisora, La Pampa





Tener un registro centralizado que hoy nos permite hacer las mediciones de cuántos efectores tenemos, cuántos equipos, qué población asistimos, a qué población no llegamos, hacernos preguntas sobre la población LGBTQ por ejemplo, si los varones trans acceden (...) Y después **todavía [hay] mujeres que no llegan**, que no se enteran, o que llegan con 30 semanas [de gestación], todavía hay un sector, sobre todo en las zonas más alejadas de la provincia [de Buenos Aires], en las zonas más rurales, donde por un lado está el tema de la confidencialidad, que son comunidades más pequeñas, más conservadoras, y donde hay menos información, entonces las mujeres no llegan todavía, ese es como... lo bueno es que nosotras veníamos con un promedio de ocho a diez muertes maternas por aborto por año en la provincia, el año pasado tuvimos dos

Carlota Ramírez, Directora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, decisora, Buenos Aires



¿Qué es y cómo se construye la calidad de la atención del aborto para personas con discapacidad, niñas y adolescentes, poblaciones con poca accesibilidad geográfica a los servicios de salud, pueblos originarios y diversidades sexuales, entre otros? Son interrogantes que es menester responder en el corto y mediano plazo, que exigen pasar de estándares generales a atender a necesidades y habilidades específicas.

Erradicar malas prácticas, mejorar las buenas prácticas

La seguridad en los procedimientos de aborto puede ser definida como un gradiente que tiene en cuenta tanto la calificación del personal que provee los servicios como las prácticas y métodos de interrupción del embarazo y sus consecuencias¹⁵. Procedimientos adecuados son la aspiración al vacío (AMEU) para el aborto quirúrgico o el tratamiento con medicamentos. Los legrados son una práctica explícitamente no recomendada por el protocolo nacional, que todavía se utiliza y debe ser erradicada. En paralelo, debería fortalecerse la utilización de la AMEU con más capacitaciones y otras estrategias.



[La calidad de los servicios] en general me parece que es buena y que los servicios que garantizan derechos tienen un gran compromiso, **se están capacitando, tienen interés en incorporar las nuevas tecnologías, quizás hay más demora en el tema de incorporación de AMEU**, pero está disponible y hay interés, en términos generales bien, pero hay mucho para trabajar

Valeria Isla, Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, decisora



¹⁵ Ministerio de Salud de la Nación, DNSSR. Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo. Ministerio de Salud de la Nación, 2021. Disponible [aquí](#)



Sobre todo lo que es segundo trimestre, **todavía se resisten a usar el AMEU**, están muy instaladas las prácticas como el legrado, desconocen..., hay una nueva generación que viene que también fue mucho más afectada por la marea verde y entonces vienen con ganas de... hay un recambio generacional (...) [Pero] la cabeza que conduce los sistemas de salud es muy médica hegemónica y priorizan, porque está muy atravesado por el mercado también, y la gente incluso te pide, viste, todo el mundo quiere que le hagan una ecografía, que por ahí no la necesitás, pero bueno, hay que hacer ecografías, hay que hacer tomografías, entonces hay como una tendencia a valorar mucho lo que son prácticas complejas

Carlota Ramírez, Directora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, decisora, Buenos Aires



Las tecnologías, procedimientos, la posibilidad de prácticas ambulatorias y otras condiciones dependen en parte de lo que esté disponible en la institución, así como de los protocolos y guías que adopten los servicios y las condiciones de los equipos. Se observan tensiones entre buenas prácticas y preferencias de los equipos, entre extremar cuidados y sobremedicalizar, entre no requerir (o no disponer) de quienes ayuden en el manejo del dolor y cómo implementar prácticas centradas en las personas.



Si les hacen AMEU... es con sedación a todas. La justificación es que tienen médicos y médicas de guardia que no están capacitados en AMEU con anestesia local paracervical

Damián Levy, médico, CABA y PBA



En directa relación con la capacidad de las profesionales de tener en cuenta las realidades concretas de cada persona usuaria se encuentra su capacidad de comunicación activa y empática y su actitud de transparencia. Estas habilidades han sido definidas como tecnologías blandas de las/os trabajadoras/es de la salud¹⁶, y son las habilidades que permiten un acercamiento sensible y desde la perspectiva de derechos que no necesariamente mejoran y/o se adquieren mediante formación técnica grupal sino que demandan un proceso de sensibilización personalizada para promover la empatía, aumentar el compromiso de las/os profesionales y remover los prejuicios.

¹⁶ Merhy, E. Salud: cartografía del trabajo vivo. Universidad Nacional de Lanús, 2021. Disponible [aquí](#)

“

Y en algunos servicios creo que hay una muy buena calidad de atención y creo que en otros me parece que habría mucho para mejorar, pero que siempre tiene que ver, más que con el funcionamiento del sistema, con las personas que están involucradas en el proceso (...) no sé si es cambiar la cabeza, pero como la sensibilización de las personas (...) es súper trabajoso cambiar, porque cómo hacés para que una persona que no está creyendo firmemente en esto del derecho lo haga de la mejor manera posible, de la manera más empática (...) y eso es un trabajito como de hormiga

Laura Soto, referente del Programa Salud Sexual y Reproductiva, decisora, La Pampa

”

“

Yo creo que el mayor logro sería también que haya un poco más de sensibilidad desde los equipos de salud, que la hay, yo no quiero negar eso tampoco, pero todavía falta esa sensibilidad de no es lo mismo caer a un turno médico porque, no sé, porque me tengo que hacer un control de algo, que caer porque estoy embarazada y necesito resolverlo, y tiene que haber ahí una sensibilidad, tiene que formarse a los profesionales de la salud en esa sensibilidad que a veces me parece que falta un poco

Laura Zurbriggen, activista Socorrista, Córdoba

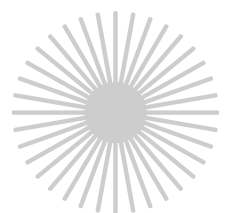
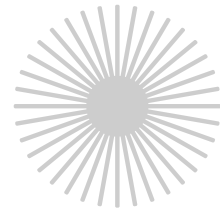
”

“

El tema es que yo creo que la mayoría de los profesionales al no tener la exigencia tampoco tienen la voluntad, digamos, de tratar de mejorar sus prácticas, y sí, por supuesto que sí hay situaciones de muchísima violencia que no se denuncian, y, tampoco es posible avanzar en ese sentido me parece

Jorgelina Molina, activista Socorrista, Jujuy

”



Generar diagnósticos participativos para construir estrategias y sentido común sobre la calidad

Los estándares de calidad que se definen desde la gestión pública tienen la potencialidad de traccionar la garantía de la calidad de los servicios. La evaluación sistemática y la certificación periódica de dichos estándares es fundamental. No obstante, las decisoras de política también resaltan la importancia de construir la calidad de los servicios colectivamente en el territorio, con la participación de los equipos de salud, para disponer de un diagnóstico preciso sobre las formas de trabajo y dinámicas de atención en cada jurisdicción y en cada servicio de salud. A partir de una reflexión crítica desde escenarios específicos de trabajo se podrían identificar cuellos de botella o falencias en la implementación y consensuar medidas que logren un mayor compromiso de cambio por parte de los actores intervinientes en la implementación de la política pública en el territorio.



[La calidad podría mejorar] trabajando con los equipos y las responsables de cada área para primero hacer un mapeo, un diagnóstico de cuáles son esos circuitos, poner en evidencia cómo están siendo las rutas de acceso de las mujeres y personas con capacidad de gestar y hacer un trabajo conjunto para poder **proponer mejoras con los equipos de salud, en los nudos críticos que se detecten en cada provincia**, pero hay un esfuerzo de sistematizar esos diagnósticos de acuerdo a cada provincia y a los efectores, que varía mucho

Valeria Isla, Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, decisoras




www.proyectomirar.org.ar


www.ibisreproductivehealth.org


www.cedes.org


proyectomirar@gmail.com

 cedesarg


 Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)


 cedes_org

 cedes_org

 cedes.org

 IbisRH

 IbisReproductiveHealth

 ibis-reproductive-health

