

# Atención a mujeres que requieren una interrupción legal del embarazo después de 13 semanas de gestación:

Opiniones, prácticas y brechas de los profesionales de la salud  
Argentina, 2017



## MARCO REFERENCIAL

En Argentina, desde la aprobación del Código Penal en 1922, el aborto es legal bajo tres causales: peligro para la vida, peligro para la salud y en caso de un embarazo producto de una violación. El marco normativo por causales no establece plazos ni límite de semanas de gestación (SDG). El "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (ILE)" publicado por el Ministerio de Salud de la Nación detalla el proceso de atención a mujeres y niñas en situación de ILE.

A nivel global, la mayoría de las complicaciones serias relacionadas con el aborto ocurre después de las 13 SDG<sup>1</sup>. Aunque el riesgo de complicaciones es bajo en el contexto de los servicios brindados por proveedores capacitados, el aborto después de 13 SDG sigue presentando un mayor número de eventos adversos serios en comparación con casos del primer trimestre del embarazo. En el contexto argentino, existe una falta de claridad con respecto a las leyes en torno al aborto después de 13 SDG, así como sensibilización y capacitación del personal de salud en torno al mismo.

Tomando en cuenta esta situación, Ipas y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)<sup>2</sup> realizaron un estudio con el objetivo de conocer las condiciones institucionales y profesionales que influyen en la atención a mujeres en situación de aborto después de 13 SDG para identificar posibles intervenciones para fortalecer, ampliar y sostener esta atención importante para la vida y la salud de las mujeres y niñas argentinas.

## METODOLOGÍA

Se aplicó una guía de entrevistas a profundidad a 14 proveedores de salud entre los meses de julio y agosto del 2017. La mayoría de las personas entrevistadas fueron ginecólogos/as. El rango de edad fue de 30 a 63 años e informaron tener entre dos a 30 años como proveedores de servicios de ginecobstetricia. Las preguntas de la guía indagan sobre la situación de los servicios del aborto después de 13 SDG en la institución donde se desempeña la/el profesional, y el acceso y barreras para la atención a mujeres en situación de aborto en esta etapa del embarazo. Además se indagó sobre las opiniones y actitudes del personal de salud frente la atención a mujeres en situación del aborto después de 13 SDG.

## RESULTADOS

*Los servicios de atención a mujeres en situación de aborto antes y después de las 13 SDG comparten las siguientes características y realidades:*

- 1 Los entrevistados hablaron sobre una ausencia de formación profesional para el tratamiento del aborto en la carrera de grado. Solamente los proveedores que tienen menos de seis años como profesionales de salud mencionaron haberse formado en este elemento clave de la salud de la mujer durante su programa de residencia, en algunos casos debido a una mirada integral en salud y derechos brindada por la formación en medicina general. Por otro lado, algunos proveedores mencionan el impacto negativo que tuvo su residencia en la atención que brindaron a mujeres de quienes sospecharon haberse provocado un aborto.

<sup>1</sup> Dragoman, et al. Overview of abortion cases with severe maternal outcomes in the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: a descriptive analysis. (2014). British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 121 Suppl 1, 25-31.

<sup>2</sup> Le invitamos a visitar a [www.ipas.org](http://www.ipas.org) y [www.cedes.org](http://www.cedes.org) para obtener más información sobre estas organizaciones.

“Nosotros [personal de salud] hacíamos la intervención policial a cada paciente que llegaba y que decía que se había realizado maniobras abortivas. Nosotros teníamos a los médicos internos que hostigaban a la paciente hasta que le dijera qué era lo que había hecho. ‘No te pusiste nada, no te hiciste [algo], no te provocaste [el aborto]’. Entonces nosotros veníamos con toda esa formación, y que nos costaba un poco salir de eso.”

Los entrevistados coinciden en que las habilidades que han adquirido en cuanto a la atención al aborto mayoritariamente resultaron de un interés personal y de la mayor visibilidad que actualmente tiene el tema del aborto legal en el país. Varios opinaron que esta visibilidad sobre el tema viene de la mano del trabajo de las organizaciones de mujeres, de los casos de aborto no punible que cobran estado público o de una demanda de las propias mujeres, tanto de información sobre el misoprostol como de acceso a abortos legales.

- 2 Los proveedores comunicaron que la ruta que siguen las mujeres para acceder a la consulta con embarazos mayores de 13 SDG es similar a la que siguen las usuarias con embarazos menores de 13 SDG. *Las mujeres llegan a los servicios a través de canales formales* (programas de salud sexual y reproductiva), *e informales* (redes de organizaciones sociales y de profesionales, y la información que circula entre las usuarias).
- 3 Los entrevistados también mencionaron que hay días específicos dedicados a la atención a usuarias que requieren una ILE, independientemente del trimestre de gestación.
- 4 Todos mencionaron que el *servicio de anticoncepción postaborto es una parte integral de la atención a mujeres en situación de aborto*, independientemente de la edad gestacional.

## ABORTO DESPUÉS DE 13 SDG : PARTICULARIDADES

### Apoyo institucional

Los entrevistados mencionaron la importancia de contar con apoyo institucional para poder brindar con confianza servicios de aborto después de 13 SDG. Según los proveedores, hay tres perspectivas principales en torno al aborto en las instituciones: i) direcciones hospitalarias que activamente apoyan este tipo de servicio (más común); ii) direcciones hospitalarias que no apoyan la prestación de servicios de manera abierta, pero que permiten que estos se brinden y iii) direcciones hospitalarias que no apoyan la prestación de estos servicios y activamente obstaculizan su implementación.

### Demoras y maltrato a las usuarias en la prestación de servicios del aborto después de 13 SDG

A diferencia de los servicios de aborto en el primer trimestre del embarazo, que generalmente ocurren en servicios ambulatorios o domiciliarios, los servicios de aborto después de 13 SDG típicamente requieren internación. Los proveedores expresaron que esta realidad alarga el proceso de atención y comentan que el aborto legal en el primer trimestre puede durar entre uno y tres días, mientras acceder a una ILE después de 13 SDG puede durar de un día hasta más de una semana. Los profesionales describen las dificultades que experimentan al buscar salas alejadas del área de maternidad para internar a estas usuarias, ya que no cuentan con espacios asignados para los servicios de aborto. Esta situación es vinculada con la falta de apoyo de las autoridades institucionales, quienes no priorizan la habilitación de estos espacios:

“[...] hay una condición, esto es una maternidad, entonces nosotros les decimos a las mujeres que van a estar internadas en una maternidad. Probablemente escuchen llantos o gritos de las mujeres que están pariendo ... Y después, si tuvieran que quedarse internadas, tratamos de gestionarles alguna cama en algún otro sector del hospital, pero esto no siempre es posible.”

De acuerdo con los profesionales entrevistados, el maltrato a estas usuarias se vincula con el hecho de que muchos profesionales de la institución se niegan apoyar al proceso de atención al aborto y, en particular, el aborto después de 13 SDG. Esto hace que los pocos proveedores dispuestos a atender a las usuarias se ven obligados a desplegar diversas estrategias para garantizar una atención adecuada para su paciente. Como resultado, a menudo se posterga la atención de la paciente para asegurar su acceso a una guardia que la recibirá de manera respetuosa:

“La mujer llega y no la recibe nadie. Todas la miran como si fuera la peor, no le hacen los controles, no le dan un vaso de agua. La mina va al baño sola porque no le alcanzan una chata [bacinilla]. El médico se sienta al lado y todo el mundo pasa mirando a ver quién es el médico, quién es la paciente... Ayer la internaron en una habitación que no tenía puertas, que estaba a la vista de toda la sala...”

### Técnicas clínicas

Muchos proveedores hablaron del uso del misoprostol para el aborto después de 13 SDG y cuando sea posible, el uso de la mifepristona. Ambos medicamentos son recomendados por la Organización Mundial de Salud (OMS) como importantes para el aborto seguro. Algunas personas comunicaron que existe desconocimiento sobre el uso de medicamentos para el aborto después de 13 SDG, por ejemplo, en términos de la dosis correcta:

“Pero no tienen ni idea, y la mezclan con oxitocina, que no se debe... muchas veces terminan haciendo extracciones [del producto] sin preparaciones adecuadas.”

También mencionaron diferentes niveles de familiaridad con la técnica de reducción fetal. La mayoría admiten saber de qué se trata, pero no están capacitados en la técnica. A pesar de reconocer que podría ser necesaria en algunos casos, expresan que ni ellos/as ni sus equipos estarían dispuestos a implementarla. Mencionan su preferencia de que “el feto se elimine a través de un trabajo de dinámica de parto.”

### Aplicación de causales

Los entrevistados mencionaron que aplican requisitos más estrictos para determinar si la situación de una mujer cuyo embarazo tiene más de 13 SDG cabe dentro de una o más de las causales para la ILE. En particular, mencionaron la dificultad que tienen para la aplicación de la causal salud, sobre todo en embarazos avanzados. Esto puede demorar el proceso de atención de manera significativa:

“... Si es un [producto] malformado, o corre riesgo la vida de la mujer, o es por violación, en esos casos no lo dudamos. Pero hay otras causales que sí, tenemos la duda, lo evaluamos, lo charlamos entre todos acá, tomamos las decisiones, pero sí nos cuesta un poco más.”

### Límite en las semanas de gestación

Muchos proveedores mencionaron 20 semanas o 500 gramos de peso fetal como el límite para la ILE. Sin embargo, hablaron de una falta de lineamientos oficiales al respecto, lo cual permite que ciertos efectores establezcan límites más estrictos que otros.

El malestar e incomodidad frente a la viabilidad fetal fue una preocupación compartida entre los profesionales entrevistados. Varios indicaron que el límite establecido responde más a un cuidado de sus equipos y a poder seguir garantizando la práctica:

“Nuestros límites dentro de lo que es el segundo trimestre, son las 20 semanas, y te explico por qué...Sería como la frase esta de ‘cuidar a los que cuidan’. Sería la mejor manera de cuidar al equipo y no exponerlo a un desgaste que a lo único que llevaría es a limitar la posibilidad de seguir brindando el servicio.”

### Políticas públicas

Los proveedores expresaron una falta de lineamientos y expectativas claras para aquellas regiones o instituciones que son responsables de brindar los servicios del aborto después de 13 SDG. También mencionaron incertidumbre e inquietud sobre el posicionamiento de sus instituciones frente a la ILE, especialmente en vista de los cambios repentinos en el liderazgo regional y nacional que son responsables de establecer políticas públicas para la ILE:

“Hasta ahora no tenemos problema con la medicación, pero como acaba de suceder, que cambió la dirección, no sabemos lo que va a pasar. Era así hasta un tiempo. Los equipos estamos en una enorme incertidumbre tratando de sostenernos entre nosotros para no aflojar, esa es la realidad.”

### Barreras y facilitadores a los servicios del aborto después de 13 SDG para proveedores y mujeres

Preguntamos a los proveedores que nos explicaran los factores que ellos consideran obstaculizan o facilitan la implementación de servicios de aborto después de 13 SDG, tanto para los proveedores como para las mujeres que requieren esta atención:

	PROVEEDORES	MUJERES
BARRERAS	<p>❖ <b>Estigmatización y soledad que producen los prejuicios de las colegas:</b></p> <p>“A veces son situaciones difíciles, y en especial con los propios compañeros de trabajo [...] hay muchas resistencias y sensaciones de ser prejuizado por los otros, [...] sos ‘el abortero.’ ”</p>	<p>❖ Políticas públicas</p>
	<p>❖ Poca claridad, apoyo y sostenibilidad de las políticas públicas</p>	<p>❖ Marco legal y la ambigüedad de este</p>
	<p>❖ Falta de apoyo al nivel institucional</p>	<p>❖ No regulación de la objeción de conciencia, la cual permite el abuso de esta opción por parte de algunos proveedores</p>
	<p>❖ Falta de formación en las carreras de medicina con respecto al manejo del aborto</p>	<p>❖ Acceso a información o poca claridad sobre las leyes acerca del aborto: muchas mujeres no saben que existen causales para la ILE</p>
	<p>❖ Dificultades en contar con un equipo comprometido</p>	<p>❖ <b>Desinformación:</b></p> <p>“Las mujeres, cuando llegan a una institución de salud, y piden por información... se encuentran con muchísima gente que les da información equivocada, que no da información, que obstaculizan.”</p>
	<p>❖ Sobrecarga de trabajo que produce también sobrecarga emocional</p> <p>“Que tenemos 30 mil otras obligaciones y ocupaciones, lo que complica más el desenvolvimiento, pero ya te digo, lo hacemos con ganas, lo hacemos con compromiso, pero se hace difícil.”</p>	<p>❖ Maltrato y juicio por profesionales de salud, incluyendo expulsión de mujeres de la unidad de salud</p>
	<p>❖ Problemas con miembros del equipo de neonatología que obstaculizan la ILE para embarazos tardíos (más de 18 semanas de gestación)</p>	<p>❖ Acceso geográfico</p>
	<p>❖ Preguntas de viabilidad fetal y las emociones ligadas al impacto que produce “el producto”</p>	<p>❖ El temor de estar haciendo algo incorrecto. La vergüenza y el miedo de ser juzgadas, maltratadas y denunciadas</p>
	<p>❖ Falta de acceso a la mifepristona</p>	<p>❖ Ambivalencia de parte de las mujeres sobre continuar o no el embarazo</p>
	FACILITADORES	<p>❖ Políticas públicas sostenidas</p>
<p>❖ Apoyo explícito de autoridades de la unidad de salud</p>		
<p>❖ Capacitación y sensibilización</p>		
<p>❖ Equipos de ILE formados en la unidad de salud, para revertir el estigma y la sensación de soledad</p>		<p>❖ Conocimiento sobre lugares “amigables”</p>

## RECOMENDACIONES

- 1 Capacitar a más profesionales de la salud en el manejo del aborto después de 13 SDG, desde etapas tempranas de su formación clínica.

**Con respecto a las profesiones y especialidades de prioridad para la capacitación, los entrevistados mencionan a residentes de ginecología, médicos/as generalistas y, con menor recurrencia, a enfermeros/as y profesionales de otros servicios, como quienes podrían estar interesados en fortalecer sus capacidades.** Para otros, resulta fundamental incluir a los y las profesionales de la guardia. En general, opinan que las capacitaciones deberían tener como objetivo el abordaje integral de la atención a mujeres en situación de aborto (tomando en cuenta todos los aspectos relacionados con la salud y no solamente la salud física) y ampliar la cantidad de efectores dispuestos y preparados para brindar servicios de aborto después de 13 de SDG.

Mencionaron también el aborto con medicamentos como tema priorizado en un proceso de capacitación y establecer espacios de sensibilización y reflexión sobre la situación de las mujeres que requieren un aborto después de 13 SDG. Debido al rechazo actual que existe entre los profesionales de salud frente a la técnica de dilatación y evacuación (DyE), puede ser difícil ofrecer entrenamiento en esta técnica. Por lo tanto, es recomendable fortalecer otras técnicas que aseguren el acceso al aborto seguro después de 13 SDG (p.ej. aborto con medicamentos).

- 2 Establecer, fortalecer y apoyar a equipos de trabajo para la provisión de servicios del aborto después de 13 SDG, además de centros de atención a mujeres en situación de aborto legal.

**Los profesionales hacen referencia de manera predominante a la necesidad de conformación y ampliación de los equipos de trabajo para el abordaje del aborto después de 13 SDG con una mirada interdisciplinaria e integral.** Algunos profesionales resaltan la importancia de la inclusión de los y las médicos/as generalistas. En algunas entrevistas, también mencionan la falta de equipos de salud que funcionen como capacitadores y multiplicadores de experiencias y conocimientos del aborto después de 13 SDG.

Muchos de los y las proveedores entrevistados también proponen la conformación de centros y/o servicios con la asignación de equipos dedicados a garantizar el acceso a la ILE. Esta propuesta se plantea como respuesta a la sobrecarga de tareas y al hostigamiento al que en ocasiones se ven expuestos/as los y las profesionales y las mujeres en los servicios.

- 3 Ampliar el marco legal para la ILE y asegurar que las políticas públicas garantizan la implementación del aborto legal.

Se menciona la necesidad de modificar el marco legal y el modelo de semanas para la ILE. También mencionan la necesidad de ampliar los efectores que garantizan el acceso a la ILE y los profesionales clínicos capacitados, de disponer de la mifepristona y de articular con asociaciones de profesionales y otros subsectores de salud.

- 4 Ampliar y asegurar el acceso oportuno de las mujeres y niñas a los servicios de ILE en el primer trimestre con el fin de reducir el número de pacientes que requieren un aborto después de 13 SDG.

Los servicios del aborto después de 13 SDG siempre serán necesarios, ya que existen diversas situaciones que hacen imposible evitar totalmente casos en los que una mujer requiere esta atención. Sin embargo, donde los servicios del aborto en el primer trimestre son accesibles, las evidencias muestran que un menor porcentaje de mujeres en situación de aborto se verán obligadas a esperar más allá de esta etapa para ser atendidas con servicios de ILE. Por lo tanto, los tomadores de decisión dentro del sistema de salud argentino deben ampliar la capacidad de este para brindar los servicios de ILE de alta calidad de manera oportuna y eficaz.

*Este trabajo fue realizado por Lucila Szwarc y Karina Cammarota, sobre la base de instrumentos de Ipas y con la supervisión de Mariana Romero.*