



Interrupción del embarazo en la provincia de Córdoba:

avances y desafíos en
la implementación de
la Ley N° 27.610

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asignen los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales.

Cita sugerida

Fundeps (2025). *Interrupción del embarazo en la provincia de Córdoba: avances y desafíos en la implementación de la Ley N° 27.610*. Córdoba, Argentina. Diciembre de 2025.

Elaboración del documento

Fundación para el Desarrollo de Políticas Sustentables (Fundeps)

Investigación

Consuelo González Clariá

Revisión de contenidos

Carola Bertona

Romina Pezzelato

Paula Hernández

Mayca Balaguer

Diseño y diagramación

Carola Vaggione

Fundación para el Desarrollo de Políticas Sustentables (Fundeps)

www.fundeps.org

[@fundepsargentina](https://www.instagram.com/fundepsargentina)

Índice

Introducción	5
Primera línea de acción: Antecedentes	7
Segunda línea de acción: el relevamiento participativo	9
Bloque 1: Características de los equipos	9
Bloque 2 Proceso de implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo	11
1 Incorporación y normalización de la práctica en centros de salud municipales de la Ciudad de Córdoba y hospitales provinciales.	11
2 Conflictos en la implementación	16
3 Sectorización y marginalización de los servicios que garantizan	18
4 Condiciones de trabajo: producción de datos, capacitaciones y acceso a recursos	20
5 Barreras en el acceso a IVE	25
Bloque 3: la Técnica de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	28
1 Realización, conocimiento y legitimidad de la práctica	28
2 Infraestructura, tiempos y acceso a recursos	33
3 Complicaciones y nivel de atención	38
4 Cuestiones técnicas y capacitación	41
Bloque 4: impacto del contexto actual en el sostenimiento de las políticas y el acceso a las prácticas de IVE	43
Bloque 5: Buenas prácticas de atención	44
1 Buenas prácticas de atención a Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA)	44
2 Buenas prácticas de atención a Personas con Discapacidad (PCD) y/o personas con problemas de salud mental	46
3 Buenas prácticas de respeto de la diversidad sexo-genérica	47
4 Buenas prácticas de comunicación interna y formación	49



Índice

Síntesis de los principales hallazgos	54
*Interrupción Voluntaria del Embarazo	54
*Aspiración Manual Endouterina	55
*Contexto	55
*Buenas Prácticas	56
Conclusiones	57
Bibliografía	60



Introducción

La Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, conquistada en Argentina en diciembre de 2020 tras décadas de lucha del movimiento feminista y de derechos humanos, reconoce el derecho de todas las personas con capacidad de gestar a decidir sobre sus cuerpos y garantiza el aborto legal, seguro y gratuito en el sistema de salud. A cinco años de su sanción, la ley se encuentra plenamente vigente en nuestro país.

En este contexto, la Fundación para el Desarrollo de Políticas Sustentables (Fundeps) presenta los resultados de una investigación orientada a identificar las condiciones de acceso a servicios de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el sistema público de salud provincial y municipal de Córdoba. El objetivo es aportar un insumo que contribuya a mejorar la implementación de estos servicios y a consolidar buenas prácticas.

La investigación realizada entre los meses de julio y noviembre de 2025 estuvo a cargo de Consuelo González Clariá, Licenciada en Trabajo Social (UNC) y Doctoranda en Ciencias Sociales (UNVM), en articulación con al equipo del Área de Géneros y Diversidad de Fundeps.

El trabajo se estructuró en dos líneas de acción. En primer lugar, se realizó una revisión exhaustiva de investigaciones previas e informes (académicos, técnicos, gubernamentales, periodísticos y de organizaciones de la sociedad civil) sobre la implementación de la IVE y la técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) en el ámbito provincial. Luego, entre los meses de julio y noviembre de 2025, se desarrolló un relevamiento participativo con efectores de salud que garantizan la práctica, organizado en cinco bloques temáticos.

El primer bloque describe las características de los equipos de salud encuestados, relevando condiciones de contratación, tamaño de los equipos y disciplina de las personas encuestadas.

El segundo presenta información sobre el proceso de implementación de la IVE desde la experiencia del personal de salud y se relevan procesos de implementación, barreras de acceso, condiciones de trabajo y acceso a recursos por parte de los equipos.

El tercer bloque pone el foco en la técnica de AMEU, su nivel de conocimiento, de legitimidad, y las tensiones que aparecen para su implementación tanto en el primer nivel como en el segundo nivel de atención.

El cuarto bloque releva algunos aspectos del impacto del contexto actual en el sostenimiento de las políticas de IVE.

Finalmente, el quinto bloque señala buenas prácticas de atención a poblaciones específicas, de trabajo institucional, comunicación interna y de vinculación con actores externos al sistema de salud.

Si bien se trata de una investigación situada, preservamos los datos que refieren a los territorios, para resguardar a los equipos de salud que garantizan el acceso a derechos sexuales y (no) reproductivos en nuestra provincia.

Agradecemos la predisposición de las y los profesionales que fueron parte de esta indagación compartiendo sus experiencias, y celebramos su tarea diaria, para garantizar el acceso al aborto legal, seguro y gratuito en el sistema público de salud.

Primera línea de acción: Antecedentes

La búsqueda de antecedentes se centró en estudios académicos, informes gubernamentales y de organizaciones de la sociedad civil, normativas, protocolos, manuales técnicos y publicaciones periódicas que abordan la implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), priorizando aquellos de mayor actualidad y con foco en la provincia de Córdoba. En total, se relevaron 41 publicaciones, de las cuales 14 fueron producidas con anterioridad a la sanción de la Ley N° 27.610 y 29 con posterioridad a su aprobación en el año 2020. En términos de alcance territorial, 9 de estos documentos refieren específicamente a la provincia de Córdoba y 29 al contexto nacional. Solo 3 abordan de manera específica la implementación de la técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU).

Los antecedentes relevados dan cuenta de una implementación masiva de la IVE en la provincia de Córdoba desde la sanción de la ley hasta la actualidad. Esta masividad aparece explicada, en parte, por la existencia de redes previas de militancia y de implementación de la interrupción legal del embarazo a partir de 2019, año en que el Tribunal Superior de Justicia confirmó la constitucionalidad de la Guía de Abortos No Punibles, suspendida en la provincia durante siete años en virtud del amparo presentado por Portal de Belén. Esto permitió contar con equipos con experiencia previa, circuitos institucionales ya instalados y una mayor disponibilidad de profesionales dispuestos a garantizar la práctica antes de la sanción de la ley 27.610. A ello se sumó la presión social y política ejercida por el movimiento feminista y la “marea verde”, así como la disposición política del Estado nacional para la implementación de la ley, expresada en la fabricación y provisión de insumos, el desarrollo de protocolos, manuales y capacitaciones, tanto presenciales como virtuales.

Entre los principales facilitadores identificados en los antecedentes sobre IVE, se destacan la experiencia previa de los equipos en la garantía del aborto no punible, la ampliación de métodos disponibles para abortar y el acceso a instancias de formación y capacitación a través de materiales oficiales, protocolos y asesoramientos técnicos y legales. La documentación analizada también señala una serie de obstáculos persistentes: las dificultades para evaluar la calidad de la atención ante la ausencia de indicadores estandarizados, las tensiones en torno a la objeción de conciencia —distinguiendo entre la derivación y las prácticas obstaculizadoras—, la disminución en la provisión de insumos por parte del Estado nacional a partir de 2023 y las limitaciones en la producción y disponibilidad de datos públicos sobre aborto.

En contraste con la implementación de la IVE con medicamentos, la técnica de AMEU aparece como una práctica poco extendida, disponible únicamente en algunos centros específicos de la provincia, y con una presencia significativamente menor a la IVE como dan cuenta los antecedentes relevados. Tal como señalan Álvarez et al. (2024) en su estudio sobre la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital Príncipe de Asturias, las instituciones que realizan esta práctica suelen recibir derivaciones de otros servicios, principalmente en casos de mayor edad gestacional.

Si bien la bibliografía destaca que se trata de una técnica segura y eficaz, con bajos niveles de falla y complicaciones, también se subraya la necesidad de condiciones institucionales específicas para su adecuada implementación, particularmente en términos de espacio e infraestructura.

Su implementación aparece más concentrada en el segundo nivel de atención, mientras que el tratamiento medicamentoso ambulatorio se encuentra más ampliamente garantizado en los centros de atención primaria de la salud. Asimismo, la recepción de pacientes derivadas desde otros efectores y desde organizaciones sociales da cuenta de la importancia de la articulación intersectorial y entre niveles de atención para garantizar el acceso efectivo a la IVE.

Segunda línea de acción: **el relevamiento participativo**

Entre los meses de julio y noviembre de 2025, se realizó un relevamiento participativo con un enfoque metodológico mixto, combinando estrategias cualitativas y cuantitativas diseñadas y analizadas en conjunto. La unidad de análisis fueron profesionales de la salud que trabajaban o habían trabajado en los seis meses previos al relevamiento, en una institución de salud pública de la Provincia de Córdoba que garantizara IVE en cualquiera de sus etapas. Se consideró la garantía de IVE en un sentido integral, incluyendo la consejería y la derivación.

En la estrategia cuantitativa se diseñó un instrumento para análisis estadístico descriptivo, para el cual se construyó una muestra no-probabilística de 80 casos totales. Se obtuvieron 80 respuestas de 18 departamentos provinciales diferentes, respetando las cuotas de cantidad de instituciones en la capital y en el interior y de dos tipos de dependencias: provinciales y municipales.

Para la estrategia cualitativa se construyó una muestra intencionada de 5 casos, respetando la representación de la capital y el resto de la provincia, y de las dependencias municipales y provinciales. De los profesionales consultados, 4 tenían o tuvieron experiencias con AMEU y 1 profesional que nunca la había implementado.

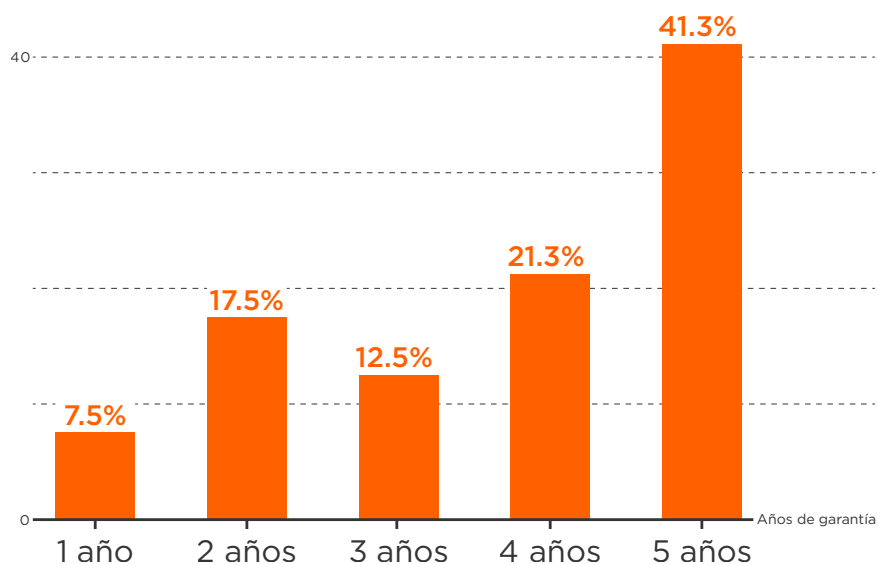
Ambas estrategias buscaron reponer el punto de vista de las personas encuestadas sobre la implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). En la presente investigación, no se relevaron datos estadísticos institucionales.

Bloque 1: Características de los equipos

La encuesta fue respondida mayoritariamente por personal de medicina familiar y/o general (51.2%) y de Trabajo Social (22,5%). En menor medida, también respondieron profesionales de ginecología y obstetricia (11%) y de psicología (7,5%).

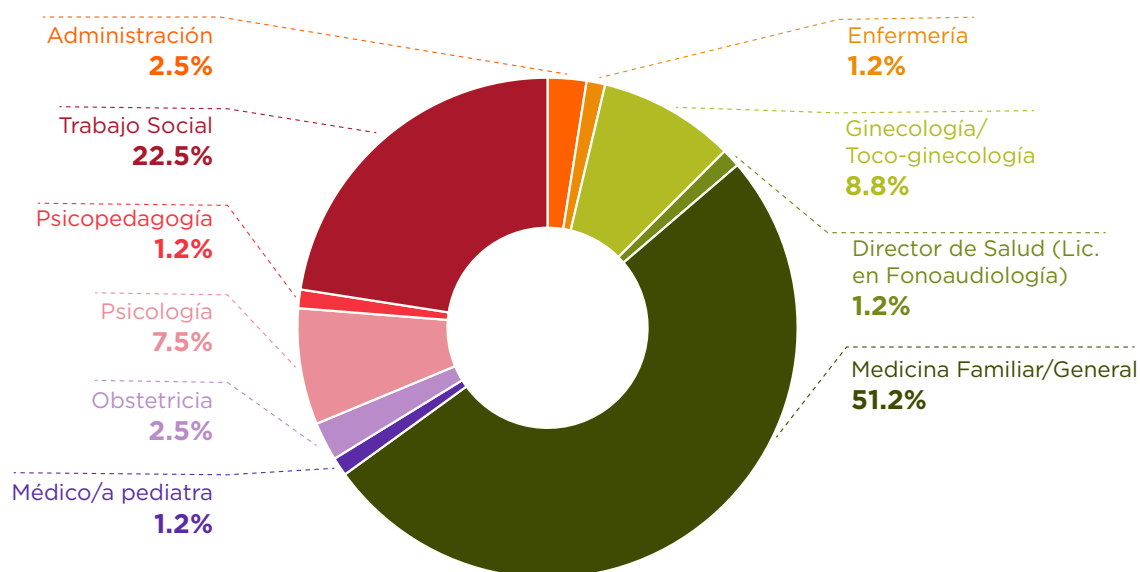
Una gran parte de los equipos está constituida por 1 y 2 personas, con contrataciones de monotributo y planta permanente que llevan entre 4 y 5 años de trayectoria en garantizar el acceso al aborto (Gráfico 1).

Gráfico 1. Cantidad de años desde que se garantiza IVE en el lugar de trabajo.



En función de la distribución por disciplina de las respuestas, podemos intuir que los equipos están conformados mayoritariamente por personal de medicina familiar y general y, en menor medida, por otras disciplinas como trabajo social, psicología u otras especialidades de la medicina como la ginecología y la obstetricia (Gráfico 2).

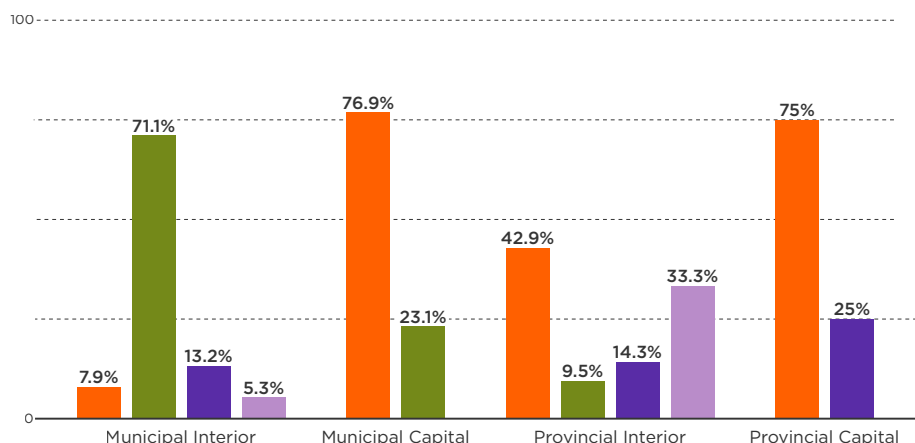
Gráfico 2. Conformación de los equipos según especialidad médica o disciplina.



En relación con las condiciones laborales, se advierte una marcada brecha territorial. Mientras que los cargos de planta permanente se concentran en los centros de salud y hospitales de la ciudad de Córdoba, en los centros de atención primaria de la salud del resto de la provincia el monotributo es la principal modalidad de contratación (Gráfico 3).

Gráfico 3. Condiciones de contratación según región y dependencia.

Planta permanente
 Monotributo
 Contrato
 Beca



Bloque 2: Proceso de implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Este bloque se organiza en cinco subapartados que permiten abordar de manera integral los principales ejes emergentes del análisis. En primer lugar, se analiza el proceso de incorporación y normalización de la práctica de la IVE de manera masiva en los centros de salud municipales de la Ciudad de Córdoba y en los hospitales provinciales. En segundo término, se identifican los conflictos vinculados a su implementación. Luego, se examinan los procesos de sectorización y marginalización de los servicios que garantizan la práctica. El cuarto subapartado se centra en las condiciones de trabajo, con especial atención a la producción de datos, las instancias de capacitación y el acceso a recursos. Finalmente, se describen las principales barreras que persisten en el acceso a la IVE.

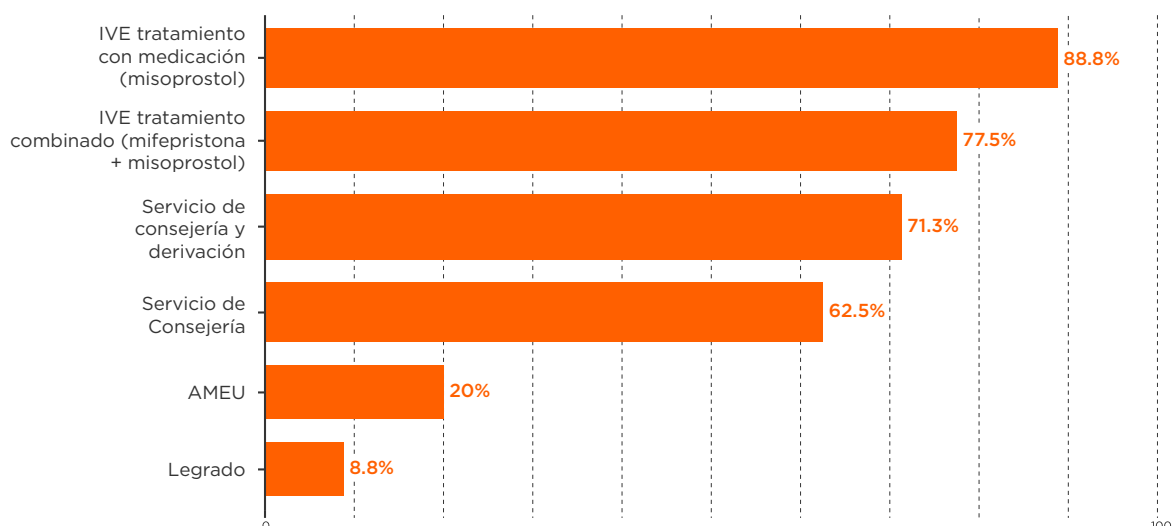
1 Incorporación y normalización de la práctica en centros de salud municipales de la Ciudad de Córdoba y hospitales provinciales.

Como primer resultado general, **la IVE se garantiza en todos los niveles de atención a lo largo de la provincia, con variaciones regionales, principalmente a través de los tratamientos medicamentosos.**

En términos concretos, se puede ver una implementación generalizada de la IVE, con los dos métodos medicamentosos disponibles (misoprostol y combinado con mifepristona), y de las consejerías.

Un dato interesante es que, **entre las respuestas relevadas, la práctica de AMEU predomina sobre la realización de legrados.**

Gráfico 4. Prácticas en relación a la IVE que se realizan en el centro de salud.

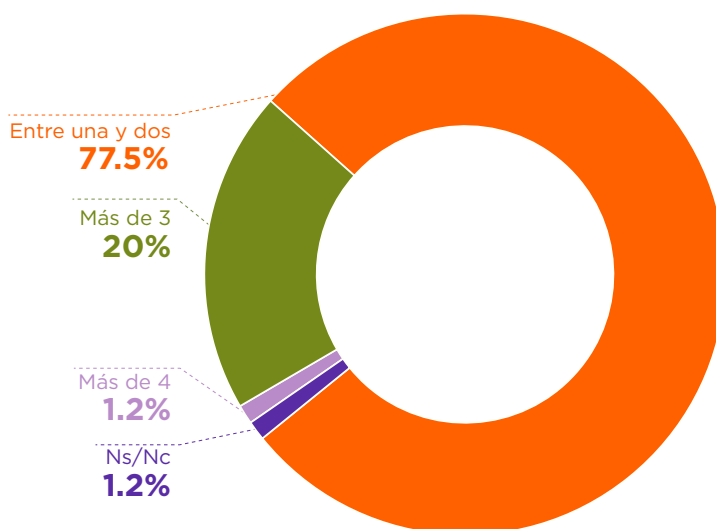


En relación al tipo de práctica que se garantiza y la distribución geográfica, podemos decir que los tratamientos de IVE con misoprostol y combinados (misoprostol/mifepristona) se distribuyen sin diferencias significativas entre las instituciones según su dependencia, ya sea municipal o provincial (Gráfico 4).

La práctica de AMEU presenta algunos matices; se garantiza mayormente en el ámbito provincial del interior (23%), seguido por el ámbito municipal del interior (21%) y las dependencias provinciales de la capital (15%). Vale aclarar que solo se relevaron 16 casos y que, en función de la información obtenida en las entrevistas cualitativas, podemos afirmar que se trata de casos excepcionales, dado que esta práctica no está generalizada en dispensarios o centros de salud municipales.

Asimismo, se puede ver un proceso de simplificación de la atención y del fortalecimiento de circuitos, que se expresa en que casi el 80% afirma que con una o dos visitas se resuelve una IVE en sus lugares de trabajo (Gráfico 5).

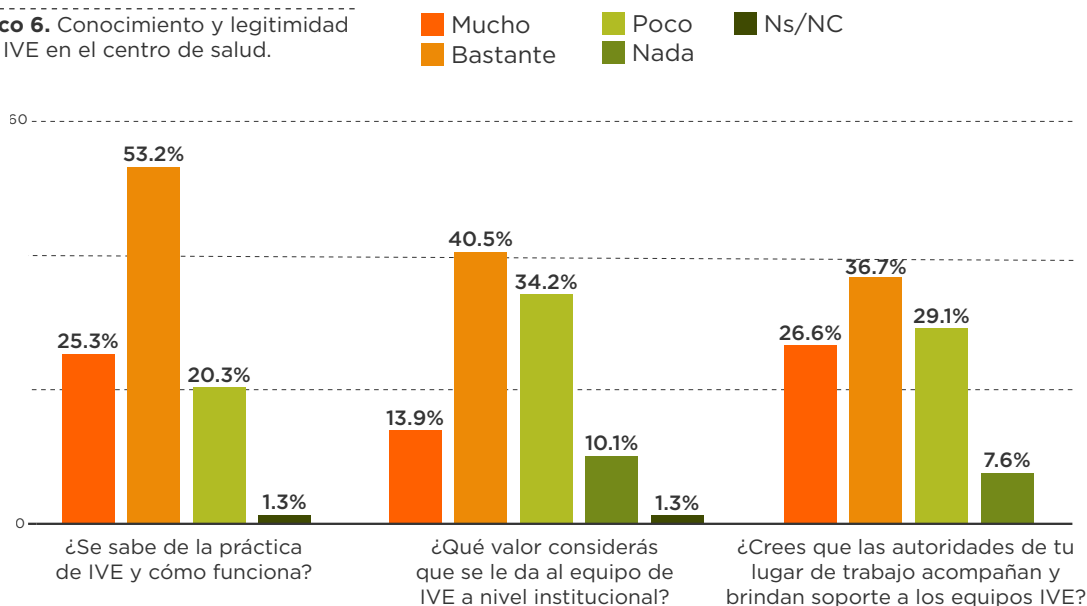
Gráfico 5. Cantidad de veces que debe asistir una persona al servicio para realizar una práctica de IVE.



El número de visitas asciende levemente en el resto de las localidades de la provincia, donde más del 40% marcaron que se precisan 3 visitas para resolver una IVE, en mayor medida en el ámbito municipal.

Asimismo, se consultó por niveles de conocimiento y legitimidad de la práctica que, en términos cuantitativos, refiere a un alto nivel de respuestas positivas. En términos generales, estamos hablando de un 77% de respuestas positivas en términos de conocimiento (mucho o bastante), un 73% de valor al equipo IVE y un 62% de apoyo institucional (Gráfico 6).

Gráfico 6. Conocimiento y legitimidad de la IVE en el centro de salud.



A su vez, las y los profesionales refieren a procesos de naturalización y asentamiento de la práctica dentro de las instituciones, basado en una disminución de los altos niveles de conflicto percibidos en los inicios de la implementación.

“La misma práctica hecha una y otra vez va generando una naturalización que ayuda al circuito. Vas viendo que no hay ninguna complicación. Yo creo que es importante el tiempo transcurrido, instalar las prácticas, ver que todo funciona bien. Y el tener capacitaciones”.

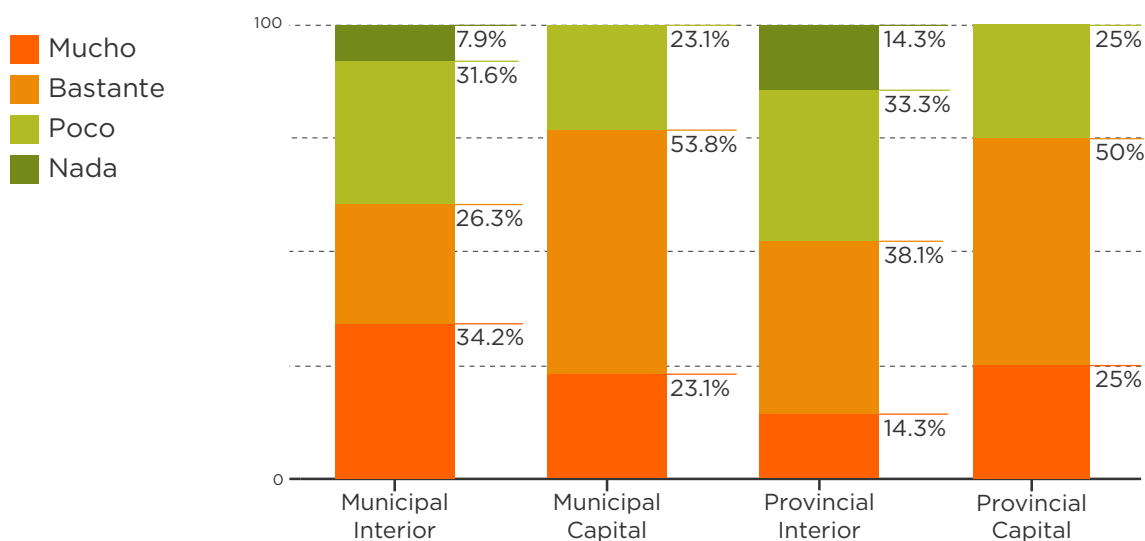
Ginecóloga, hospital provincial interior

“Se ha ido informando la gente y sabiendo que acá garantizamos. Antes llegaban derivadas o de otro barrio. Hoy las que vienen son las mismas mujeres del barrio, porque ya saben. Y también ha ido cambiando esto de la derivación; otros centros de salud ya no nos derivan y resuelven ellos”.

Médico general, dispensario municipal capital

El conocimiento y el valor otorgado al equipo de IVE se distribuyen sin grandes diferencias, pero sí emerge de los datos un apoyo institucional más contundente a los equipos de centros de salud municipales de la capital. La capital presenta una importante preponderancia del “bastante apoyo” (55%), seguido por el “mucho” (25%) mientras que en el interior el 90% de la muestra está dividido en tres tercios con poca diferencia entre el “poco” (32%), el “bastante” (30%) y el “mucho” (27%). Esto posiblemente tiene que ver con una heterogeneidad del apoyo entre corredores. A su vez, existe una relación entre conocimiento y valor, es decir, mientras más se conoce, más se valora el equipo. (Gráfico 7)

Gráfico 7. Apoyo institucional según región y dependencia.



En las entrevistas, este apoyo y naturalización también aparece en este ámbito municipal capital como el más contundente:

“El secretario de salud apoyó la red que se venía construyendo. Eso me parece que la fortaleció y llevó a que hoy se empiece a naturalizar como una práctica más”.

Médico general, dispensario municipal capital

El conocimiento y el valor de los equipos no constituyen algo dado, sino que, en función de las entrevistas, podemos afirmar que es resultado de un proceso de construcción de años, con estrategias específicas de información, persuasión y trabajo.

“Fuimos diseñando estrategias de rendición de la medicación, remando mucha lucha con la farmacia. No nos querían dar la medicación, nos cuestionaban, nos preguntaban para qué, buscaban a otros referentes... nadie tenía idea de aborto. Hasta que de a poco fuimos ganando legitimidad y al tiempo, si había una situación de aborto me llamaban a mí, sin tanto cuestionamiento. Sobre todo desde

la aprobación de la ley. Con lo farmacéutico fue un trabajo muy finito de conversar, romper mitos, preguntar cuestiones religiosas, paramos desde el acceso a derechos”.

Médica familiar, hospital provincial interior

Si profundizamos en el apoyo según la región específica de los diversos departamentos de la provincia, nos ubica a la región centro como aquella con mayor apoyo donde la opción mayoritaria es “bastante” con 55%, seguida de la región sur donde “mucho apoyo” obtiene el 42,9% de las respuestas, y el este, donde lidera la misma opción con el 44% de las respuestas. Mientras que en el norte provincial y en el oeste la opción mayoritaria es “poco” con 42% y 66% respectivamente (Gráfico 8).

Sin embargo, estos datos requieren tener en cuenta que solo respondieron la encuesta las personas que efectivamente garantizan. Por lo cual debe ser cruzado con la frecuencia de respuestas por región que marca una mayor presencia de respuestas en la región sur y centro (Gráfico 9).

Esto implica que aquellas regiones que presentan alto índice de apoyo y alta frecuencia de respuestas serían aquellas que efectivamente contarían con una política de acceso más robusta. Mientras que las que marcan un alto nivel de apoyo pero baja frecuencia de respuestas nos muestran una política focalizada de acceso a IVE, es decir, pocos equipos, pero con mucho apoyo institucional.

Gráfico 8. Apoyo institucional por región.

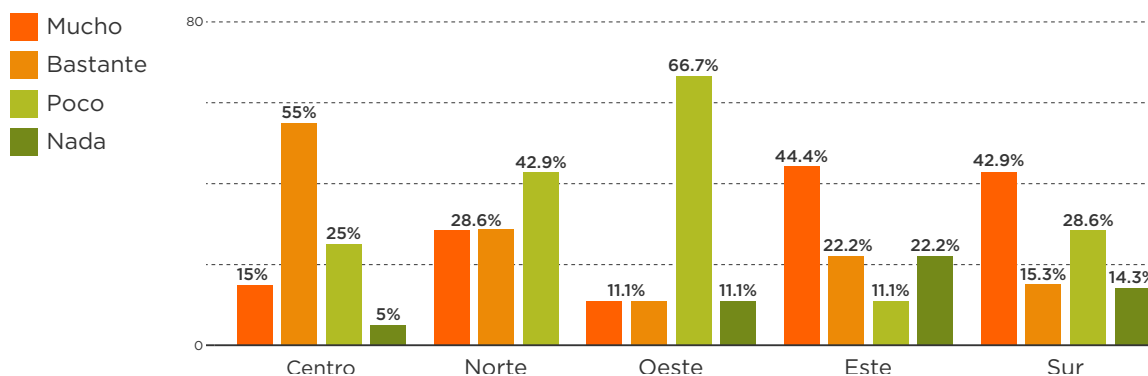
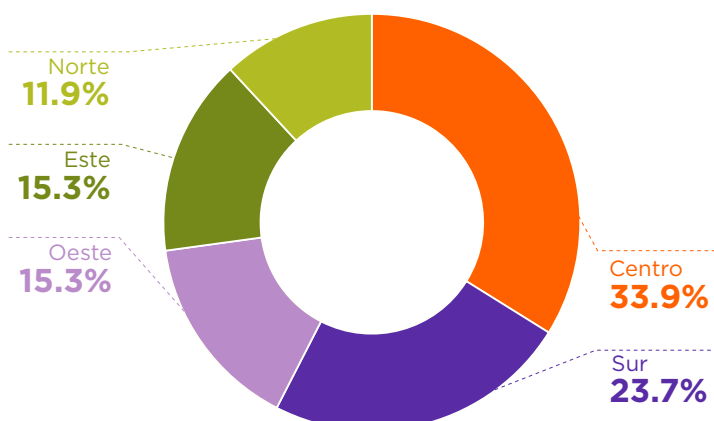


Gráfico 9. Cantidad de profesionales que respondieron por zona.



2 Conflictos en la implementación

Los principales conflictos que se registraron fueron con las áreas de farmacia, guardia y ginecología. Una buena práctica relevada es la prolijidad administrativa que permite la creación de alianzas a través de la identificación del equipo de IVE con valores positivos como la transparencia y la responsabilidad.

“

Han pasado cinco gestiones más o menos desde que se inició el dispositivo hasta ahora. Siempre es como una rispidez al comienzo, pero intentamos una reunión, vamos con todos los datitos, todos los numeritos y eso nos respalda. Siempre la chicana es: ¿por qué hacen tantos abortos y no hacen anticoncepción? Y podemos responder: Sí hacemos, hacemos todos estos”.

Médica familiar, hospital provincial del interior

Los conflictos con áreas de ginecología y guardia aparecen más vinculados a la distribución del trabajo y a la necesidad de estas áreas para la atención de las complicaciones:

“

Quieren que nosotras resolvamos la complicación de la chica que está con mucho sangrado y potencia en la guardia y todo lo demás. Puede pasar cada tanto pero son casos esporádicos”.

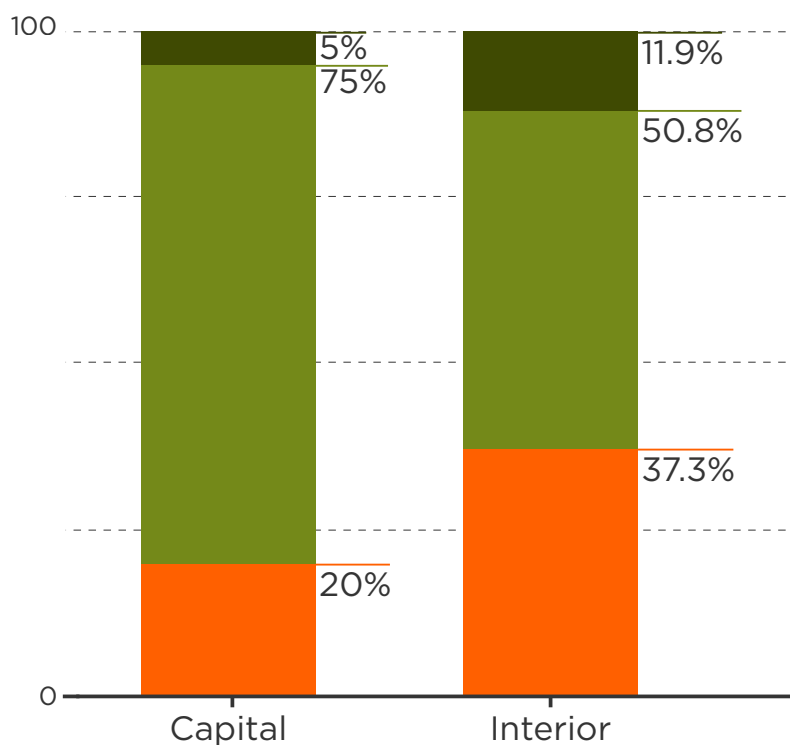
Médico general, hospital municipal de la capital

Asimismo, se consultó acerca de reportes de malos tratos recibidos por las personas usuarias por parte de profesionales de la institución. Estos aparecen en un tercio de las respuestas de profesionales encuestadas con un 33,8%, mientras que más de la mitad, el 56,3%, expresa no registrar este tipo de violencias. Cabe aclarar que se trata de situaciones de maltrato que las personas usuarias refieren haber experimentado dentro de la institución, y no necesariamente en el consultorio de quien responde la encuesta. En este sentido, es posible que exista un subregistro, ya que estos episodios suelen ocurrir en otros servicios y no siempre emergen si no se pregunta de manera específica.

Si bien la referencia de malos tratos se encuentra alrededor del 30%, en el interior este número se eleva a 37% y en capital desciende a 20% (Gráfico 10).

Gráfico 10. Reporte de malos tratos según región.

■ Si
■ No
■ Ns/Nc



En las respuestas abiertas del formulario se mencionaron las siguientes prácticas identificadas como malos tratos:

- ➔ Brindar información incorrecta de otros servicios (por ejemplo, que no se atiende IVE, o exageración en los riesgos)
- ➔ Brindar información incompleta o expresión de desinterés en mesa de entrada (por ejemplo, no indican dónde queda el consultorio al que tienen que ir y la gente da vueltas hasta encontrarlo)
- ➔ Realizar comentarios estigmatizantes en otros servicios, o en la guardia (gestos corporales, miradas, les dicen que eso está mal, las asustan)
- ➔ Dilatar el otorgamiento de turnos
- ➔ Pedir estudios complementarios (ecografías, pre-quirúrgicos)
- ➔ Negarse a atender
- ➔ Practicar violencia durante la ecografía: no respeto del derecho a no escuchar los latidos, comentarios que buscan que la persona admita que es un embarazo intencional.

3 Sectorización y marginalización de los servicios que garantizan

La sectorización de los servicios que garantizan IVE es una característica general en cualquiera de sus modalidades y en todas las dependencias, con excepción de los centros municipales de capital. Se trata de concentrar la realización de la práctica en quienes están dispuestos y dispuestas a realizarla, sin intentar imponer su universalización.

“Estamos en un hospital que tiene 16 o 17 ginecólogos y todos son objetores; incluso hay algunos enfermeros que han hecho una planilla de objeción. Yo ya les expliqué que un enfermero no puede objetar, pero bueno”.

Médico general, hospital municipal de la capital

Esto sucede tanto dentro de las instituciones como entre instituciones de la misma región. En algunos casos, el servicio termina concentrado en algunas instituciones porque otras dejan de garantizar:

“¿Qué está pasando? Con la caída de las becas de médicos del interior, acá no se está garantizando más y ya teníamos una dinámica. Entonces, se concentra en un solo lugar toda la demanda del departamento”.

Médica familiar, hospital provincial del interior

En otros casos, la sectorización es la estrategia elegida por los municipios o por centros de salud específicos, para poder garantizar la práctica reduciendo los costos políticos o para mejorar la calidad del proceso a través del armado de equipos interdisciplinarios especializados en salud sexual integral que garantizan de manera focalizada y contienen la demanda de la zona.

“La estrategia elegida por el municipio fue constituir un equipo integral de atención IVE destinado solo a ello. Está conformado por dos médicos/as, tres trabajadoras/es sociales, una administrativa y una psicóloga. Este equipo se ubica en el centro de la ciudad en un centro de salud municipal y se accede al mismo a través de demanda espontánea o turnos con un QR, que se difunde por la página web y con cartelera colocada en todas las puertas de los centros de salud municipales”.

Funcionaria referente de salud del interior

“Es también desde la vigilancia sobre los recursos que estratégicamente concentramos todo en un solo equipo especializado en IVE, y en torno a la calidad de atención. En una ciudad en la que se conocen todos, es mejor que el procedimiento no se realice en el mismo barrio”.

Referente de salud del interior

En el proceso de recolección de datos se relevaron muchos municipios en los cuales se garantizaba el acceso a IVE/ILE hasta hace algunos meses y hoy no se garantiza más. Se puede hipotetizar que el proceso de implementación de IVE en la provincia tuvo un primer momento de ampliación y luego una pequeña retracción debido a la finalización del programa de radicación de médicos en el interior que otorgaba becas a médicos de familia para garantizar la atención en zonas alejadas de las grandes urbes.

Se identificó que, en ocasiones, el sector público interviene en la resolución de situaciones que corresponderían ser saldadas en el sector privado (por la cobertura de la obra social, por ejemplo). Aunque este aspecto no fue contemplado entre los objetivos del estudio, emergió en las entrevistas.

“Nosotros hacemos AMEU a pacientes que tienen obra social, porque en Córdoba se hace en una sola clínica privada. Cobran un millón de pesos o más y la persona queda internada. Si solicitan tratamiento con pastillas, también te cobran; es decir, nosotros tenemos que resolver todo”.

Médico general, hospital municipal de la capital

La misma situación fue relevada en el interior de la provincia, tanto de ciudades donde los centros privados son objetores, como médicos que son objetores en el ámbito público pero garantizan en el privado.

Cuando el proceso de sectorización no es parte de una estrategia elegida por parte de las instituciones, aparecen situaciones de estigmatización de las y los profesionales.

“Soy de alguna manera la abortera en la institución. Hay gente que no me quiere, que se refiere a mí como imprudente. Por ejemplo, cuando abordamos avanzados como ILEs, soy la única que está expuesta”.

Ginecóloga, hospital provincial del interior

A su vez, en algunos casos, que no sea una decisión institucional empeora las condiciones en las que se desarrolla la práctica:

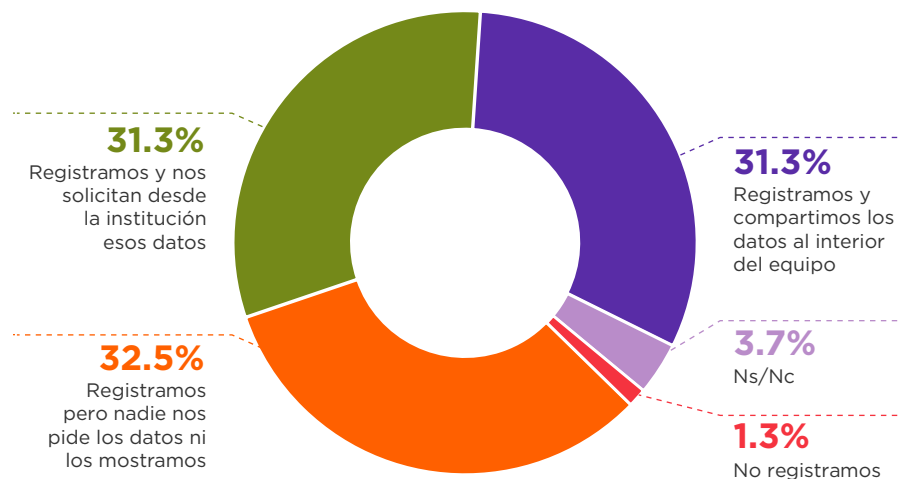
“Dejé de garantizar en un momento porque era mucha exposición, y a veces era no tener acceso a las historias clínicas. Yo abrí historias clínicas, pero era remar mucho y yo estaba muy sola”.

Médica familiar, hospital provincial del interior

4 Condiciones de trabajo: producción de datos, capacitaciones y acceso a recursos

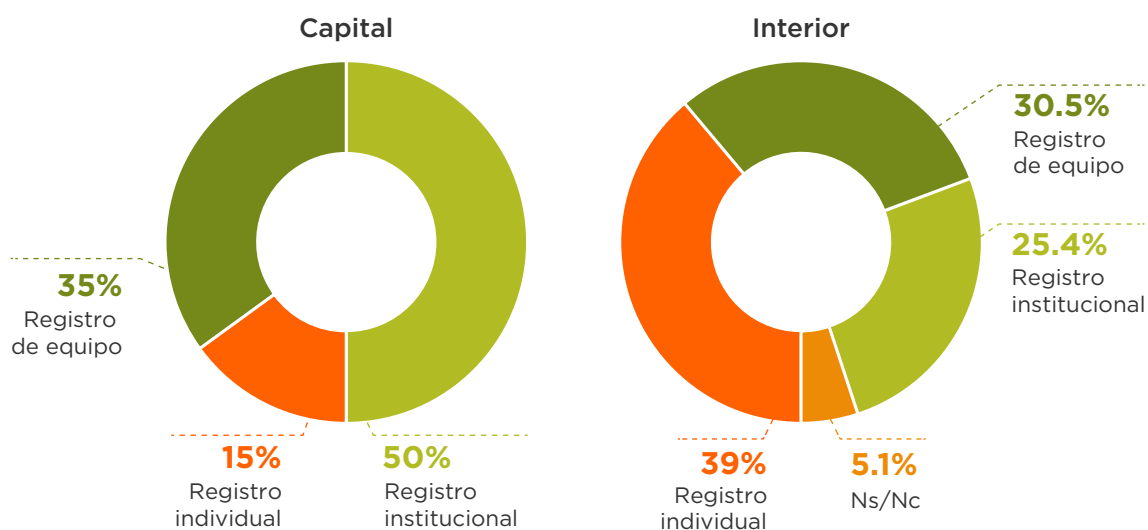
La producción de datos aparece en los resultados como una de las estrategias principales de defensa y de construcción de legitimidad de la práctica por parte de los equipos de salud. El 90% de las personas encuestadas refiere producir datos sobre las personas a las que atienden (Gráfico 11).

Gráfico 11. Registro de datos sobre las personas que atienden.



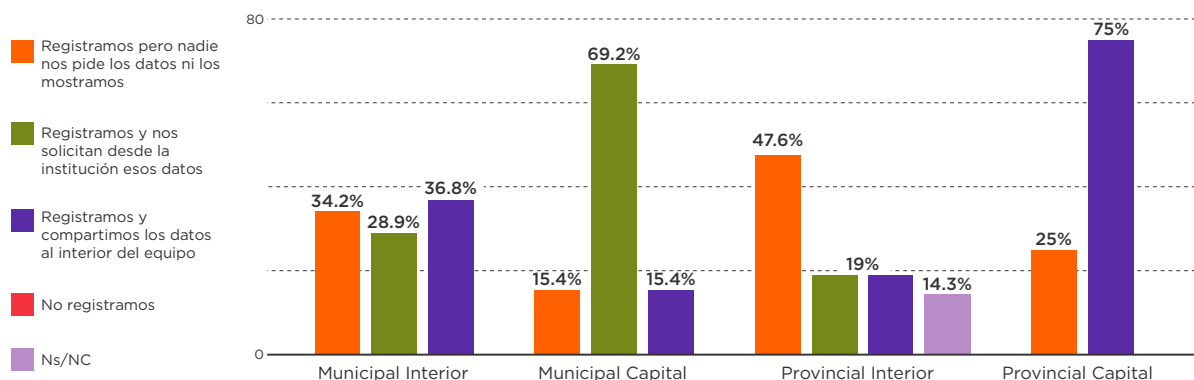
Sin embargo, no siempre esos datos son procesados. Si cruzamos esos datos por capital-interior, podemos ver que en la capital la opción “registramos y nos solicitan los datos” es la mitad, el 50%, y en el interior la mayoritaria es “registramos y nadie nos pide los datos”, con un 39% (Gráfico 12).

Gráfico 12. Registro y/o sistematización de datos sobre las personas que atienden, según región.



En términos de dependencia también hay grandes desigualdades: en un extremo, los centros de salud municipales de la capital presentan el mayor nivel de registro de datos a nivel institucional con un 69%, mientras los hospitales provinciales del interior presentan el nivel más bajo de solicitud de datos por parte de las instituciones, con un 47.6% (Gráfico 13).

Gráfico 13. Registro de datos sobre las personas que atienden según dependencia y región.



En relación a las capacitaciones, una proporción levemente mayor a la mitad recibió capacitaciones de IVE (Gráfico 14)

Dentro del universo que recibió capacitaciones, el 86,4% se formó sobre marcos legales y acceso a derechos, el 77% en tratamiento IVE medicamentoso y el 70% en buenas prácticas y dispositivos de atención. Con porcentajes menores, aunque superiores a la mitad, el 68,2% recibió capacitaciones sobre IVE combinado con mifepristona; mientras que en proporciones considerablemente más bajas se registran accesibilidad e inclusión (56%) y AMEU (15,9%) (Gráfico 15).

La totalidad de las personas encuestadas afirma que estas capacitaciones les han sido de utilidad; el 70,5% afirmó que le fueron muy útiles y el 29,5%, que fueron bastante útiles.

Gráfico 14. Universo que recibió capacitaciones de IVE en su lugar de trabajo.

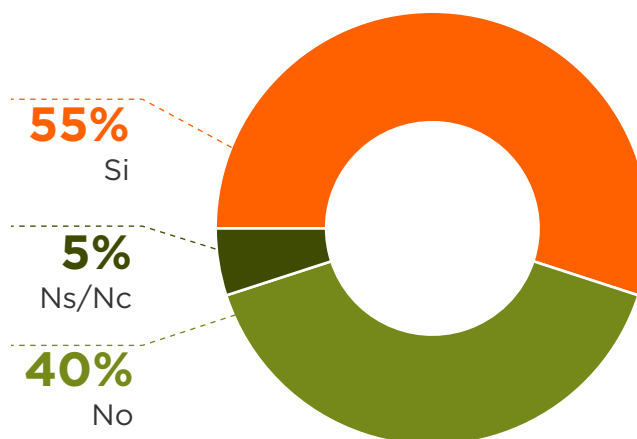
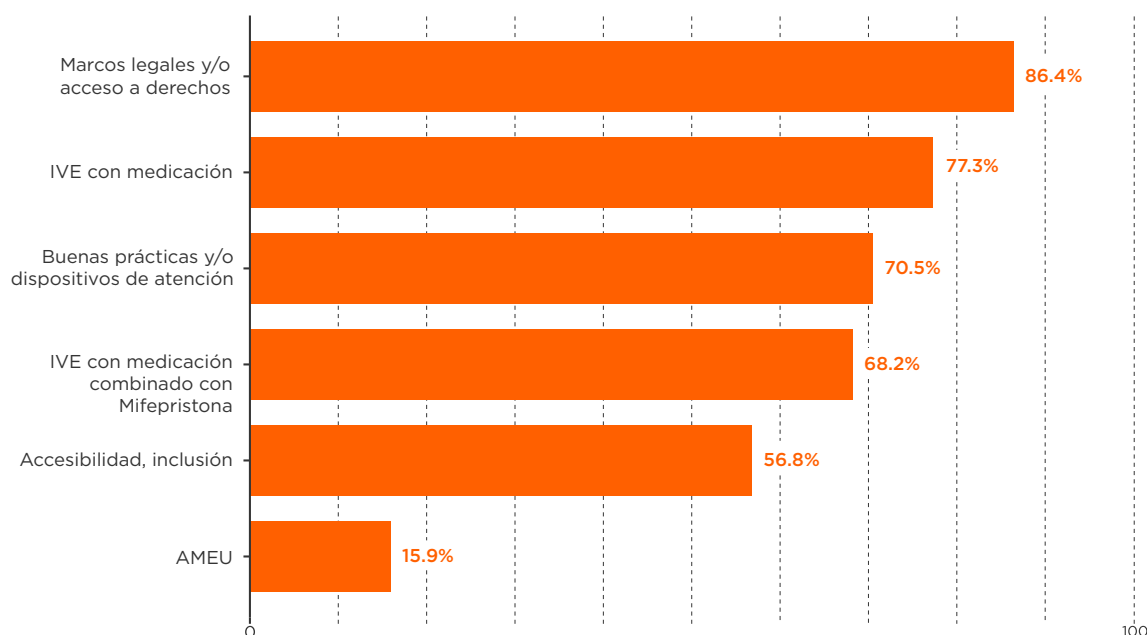
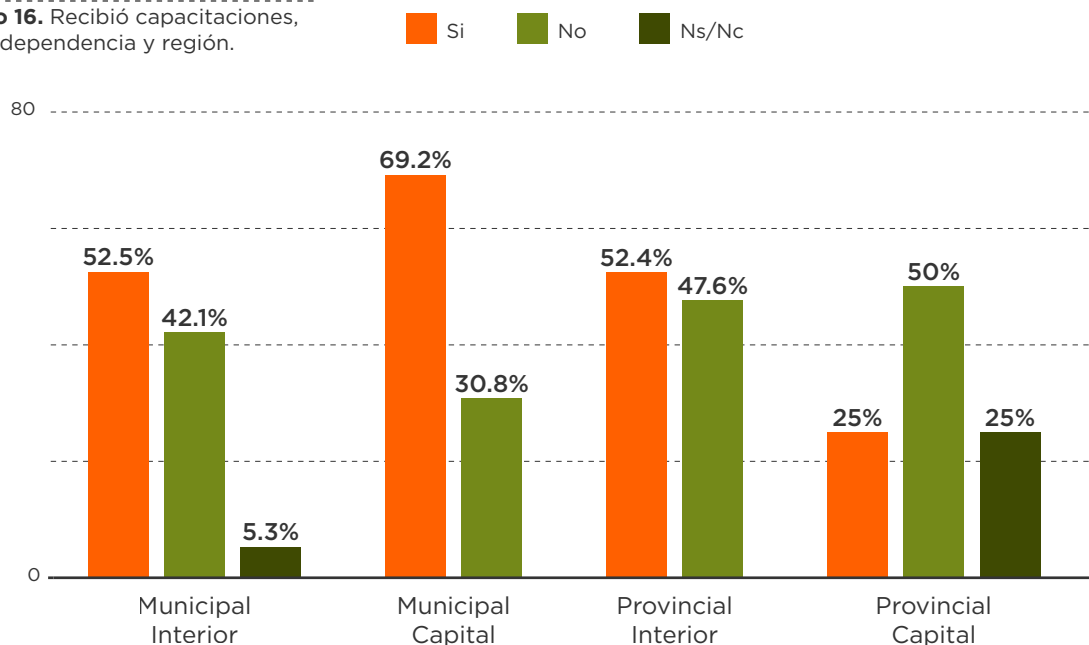


Gráfico 15. Temáticas sobre las que recibió capacitación.



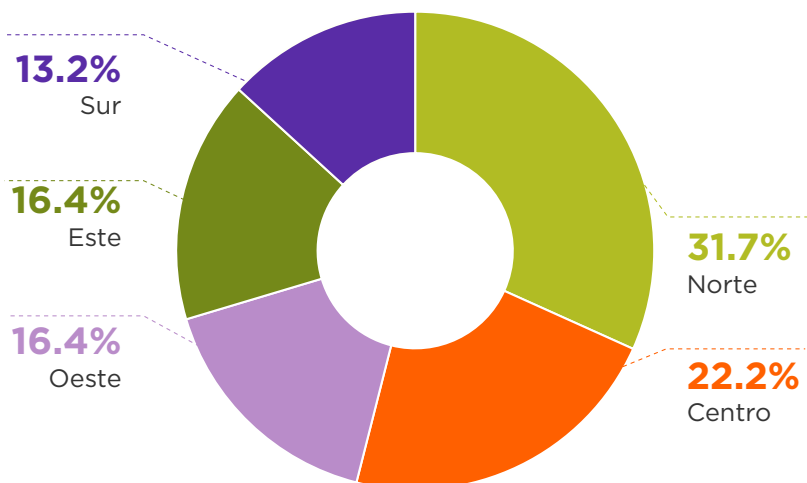
*Porcentajes sobre el universo que recibió capacitaciones (44 respuestas favorables; se podía elegir más de una opción).

Gráfico 16. Recibió capacitaciones, según dependencia y región.



Si cruzamos el dato de capacitación por dependencia y región, el número que resalta es el alto porcentaje de capacitaciones de los centros de salud de capital (69,2% de personal recibió capacitaciones). En el resto de las dependencias, la distribución es de medias (50% recibió y 50% no) salvo en el provincial capital, que el 25% no respondió la pregunta, lo cual puede deberse a los pocos casos (Gráfico 16).

Gráfico 17. Universo que recibió capacitaciones de IVE según zona.

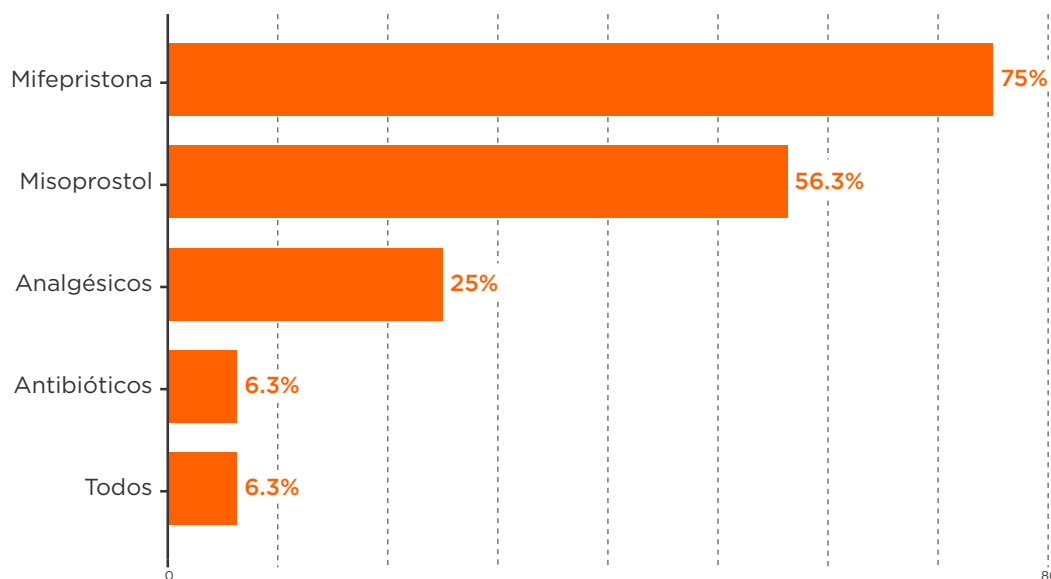


Si distinguimos al interior provincial por regiones, **las y los profesionales del centro y el norte de la provincia respondieron mayoritariamente haber accedido a capacitaciones.** En cambio, en el este, el oeste y el sur, menos de la mitad de las personas encuestadas reporta haber recibido capacitaciones.

Si atendemos a la distribución por disciplinas, el personal de medicina general recibió capacitaciones en mayor medida que el personal de ginecología y obstetricia (51% contra 44%). Las y los profesionales de Trabajo Social lideran el porcentaje de capacitación con un 70%.

En términos de acceso a recursos, solo el 20% de las personas encuestadas refirió tener dificultad de acceso a medicamentos, mientras que un 67,5% afirmó que no las tiene y un 12% que desconoce. Dentro del universo de quienes tienen dificultades, se resalta el acceso a la mifepristona con un 75%, 20 puntos por debajo el misoprostol con el 56%, y muy por debajo los analgésicos (25%) (Gráfico 18).

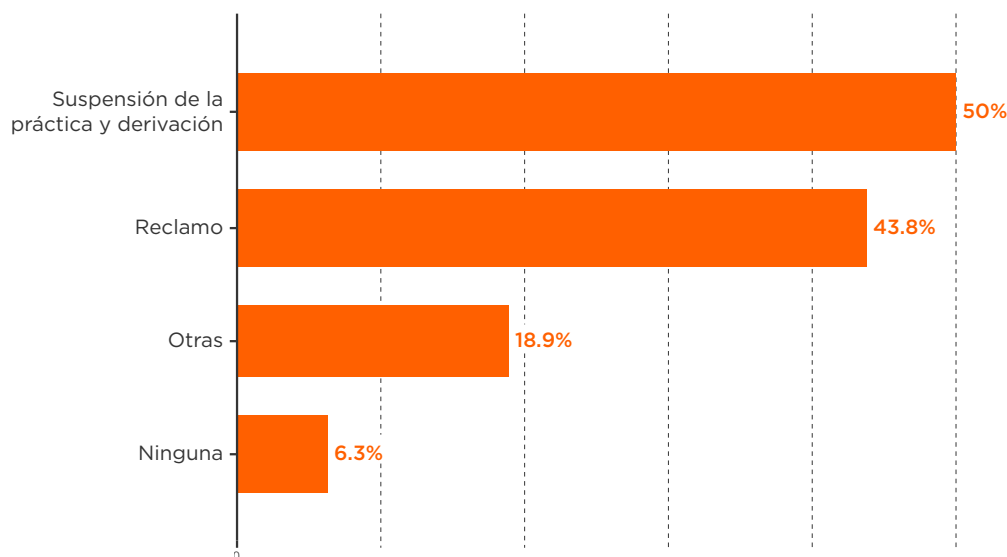
Gráfico 18. Dificultad de acceso a medicamentos



*Porcentaje sobre el total de equipos que reportaron dificultades: 16 casos

Dentro del universo de quienes reportaron dificultades en el acceso a medicamentos, el 50% afirmó que suspende la práctica y deriva, mientras que el 43% indicó que realiza reclamos; si bien estas acciones no son incompatibles, es relevante advertir que existe un grupo que deriva sin reclamar (Gráfico 19).

Gráfico 19. Estrategia frente a la falta de insumos.



*Otras estrategias mencionadas fueron la realización de la práctica con misoprostol, quedando la analgesia a cargo de la paciente o la compra de los insumos de manera privada. En ningún caso se registró la suspensión de la práctica.

Uno de los elementos centrales que emergió de las entrevistas es la sobrecarga de trabajo administrativo que deben realizar quienes quieren garantizar la práctica, lo cual permite poner en perspectiva la complejidad de producir informes enunciada anteriormente:

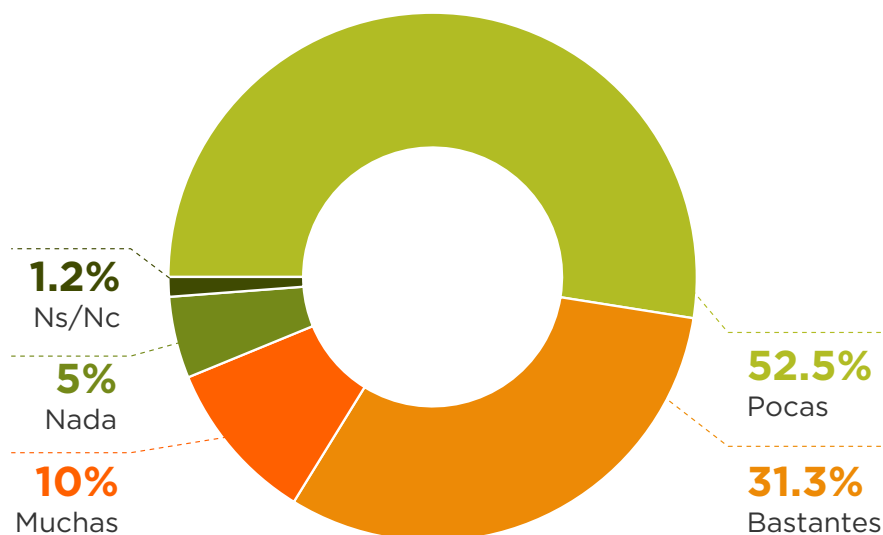
“Entonces vos así podés hacer una consulta de poco tiempo y hacer una receta electrónica, pero si tenés que salir hasta buscar el remedio que le vas a dar a la usuaria para garantizárselo, no podés hacer una consulta breve. Vos sabés que los médicos de familia o los generalistas en general, tienen una actitud un poco diferente del resto de las especialidades en cuanto al tema de garantizar el acceso a medicación. Garantizamos que la usuaria se lleve lo que necesite”.

Médico general, hospital municipal de la capital

5 Barreras en el acceso a IVE

Más de la mitad de las personas encuestadas (52%), identifican pocas dificultades para las usuarias en el acceso a una IVE, mientras que un tercio identifica bastantes dificultades (Gráfico 20).

Gráfico 20.
Dificultades en el acceso al servicio de IVE.

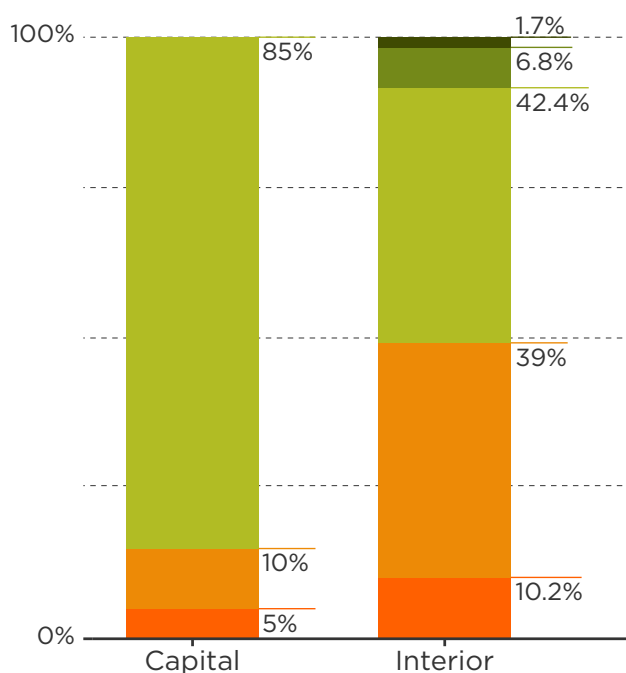


Las dificultades se concentran en el interior provincial: allí, cerca del 50% indica que existen entre muchas y bastantes dificultades, mientras que en la capital el 85% sostiene que existen pocas dificultades (Gráfico 21).

Entre las dificultades existentes, más de la mitad expresa que tienen que ver con el transporte y traslados (52%), seguida por personal escaso (41%) mientras que un tercio (33,8%) identifica dificultades para sacar turnos y vinculados a lo económico en general.

Gráfico 21. Dificultades en el acceso al servicio IVE según región.

- Ns/NC
- Ninguna
- Pocas
- Bastantes
- Muchas



Las dificultades en las cantidades de turnos y en los horarios de atención representan 21% y 23% respectivamente (Gráficos 22, 23 y 24).

Las dificultades no se distribuyen de manera homogénea; los problemas de transporte se duplican en el interior.

Gráfico 22. Dificultades de transporte en la capital.

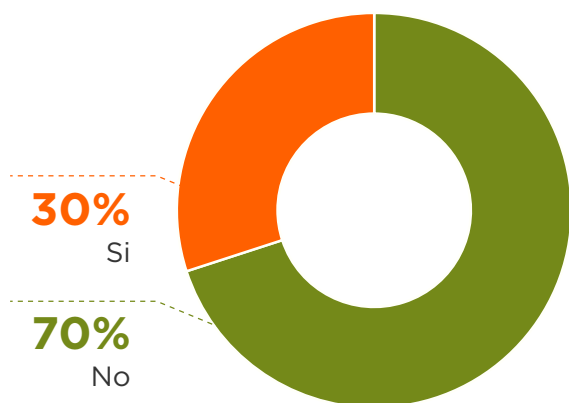
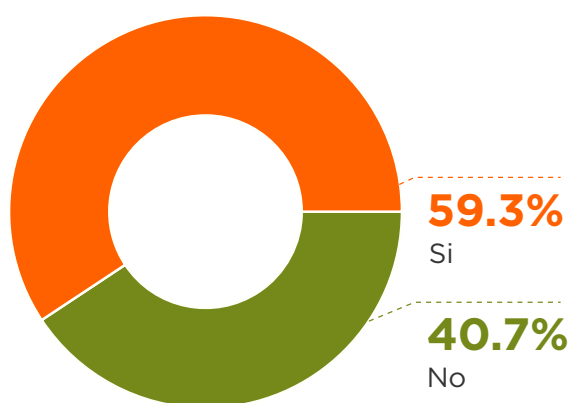


Gráfico 23. Dificultades de transporte en el interior.



La situación se repite en dificultad de acceder a turnos (40% interior contra 15% capital), económicas (40% interior contra 10% capital), mientras que en dificultad de horarios está sobrerrepresentada la capital, pero por menos diferencia (20% capital contra 13% interior). La escasez de personal aparece como una dificultad constante que promedia el 40% en casi todas las dependencias, pero aumenta en los hospitales de la capital con un 75% (Gráfico 24).

En relación al circuito de atención, resalta la realización de consejería previa y consejería en anticoncepción que presentan altos porcentajes, 87,5% y 91% respectivamente, en contraste con el control post-IVE que se realiza en un 43% siempre y un 46% casi siempre (Gráfico 25).

Gráfico 24. Dificultad por la escasez de personal según región y dependencia.

Si
No

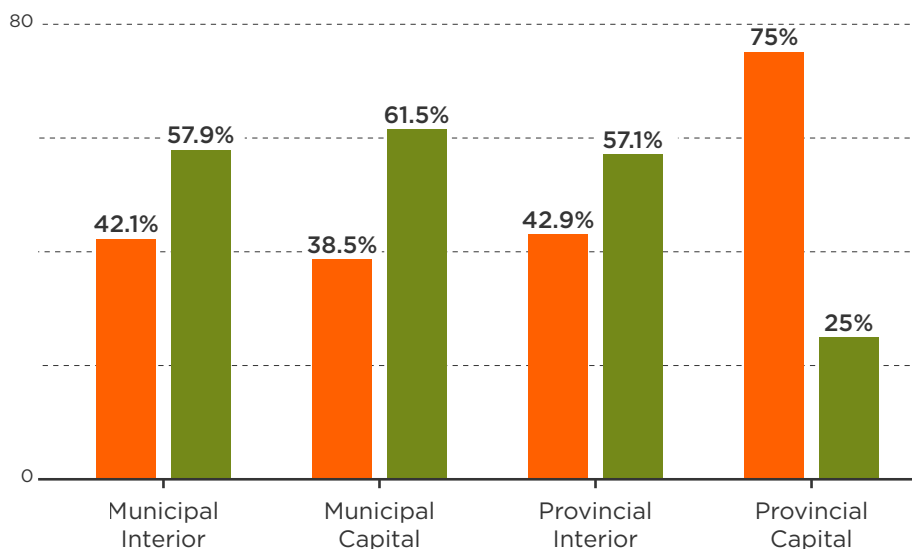


Gráfico 25. Consejerías previas y posteriores a la realización de IVE.

■ Siempre
■ Casi Siempre
■ Pocas veces
■ Ns/Nc

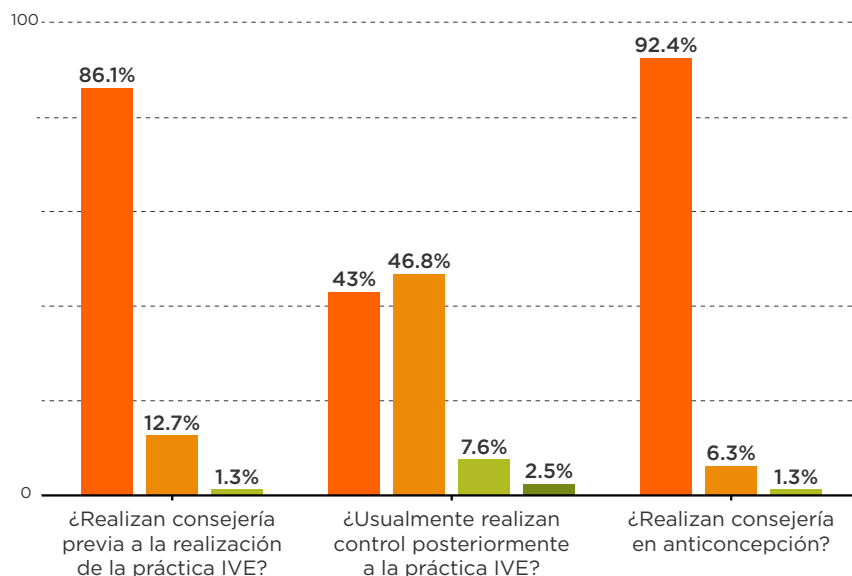
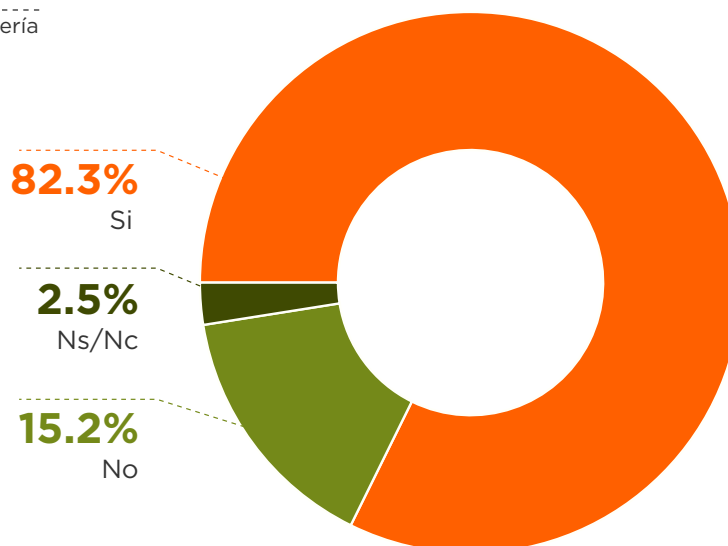


Gráfico 26. Disponibilidad de folletería para entregar en la consulta.



También se consultó si se contaba con folletería para utilizar durante la consulta y el 82 % afirmó que sí cuentan con este tipo de materiales (Gráfico 26).

Todas las personas entrevistadas refieren poner mucha atención a la prioridad de la atención IVE en relación a turnos y a la rápida resolución:

“Si, por ejemplo, alguien consulta por una IVE, nosotros preguntamos si tiene ecografía. Si no tiene, garantizamos el circuito para que no tenga problemas para hacerla. Acá tenemos un hospital provincial donde la pueden hacer, y tenemos aceitado el tema: le dan turno de un día para el otro. Si en la ecografía vemos que está dentro de las 12 semanas, la podemos hacer acá sin problema. Entonces le damos el turno programado y si podemos, la vemos en el día”.

Médico general, dispensario municipal de la Capital

Bloque 3: la Técnica de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

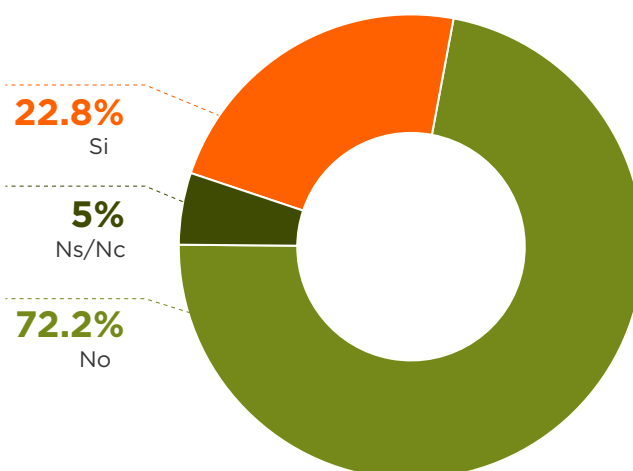
A lo largo de este bloque se examina, en primer lugar, la realización de la práctica y las percepciones en torno a su conocimiento y legitimidad. En segundo término, se analizan las condiciones institucionales que inciden en su implementación, particularmente en lo referido a infraestructura, tiempos de atención y acceso a recursos. Asimismo, se abordan las complicaciones asociadas a la práctica y su relación con los distintos niveles de atención. Finalmente, se desarrollan las cuestiones técnicas y las instancias de capacitación disponibles, identificando desafíos y oportunidades para el fortalecimiento de la técnica.

1 Realización, conocimiento y legitimidad de la práctica

Según los datos relevados, sólo el 22% de las personas encuestadas afirmó que se realiza la práctica de AMEU en los centros de salud en los que trabajan (Gráfico 27)

Gráfico 27. Conocimiento sobre si se realiza la práctica de AMEU en el lugar de trabajo.

*Sobre un total de 79 respuestas.



Respecto del conocimiento sobre la práctica de AMEU, solo el 8% considera que sabe mucho, el 40% afirma saber bastante y el 32% considera que sabe poco (Gráfico 28). Este dato, junto con el bajo porcentaje de capacitación en AMEU (15%) y el hecho de que incluso quienes se capacitaron no consideran saber mucho al respecto, ofrece un indicio claro sobre la necesidad de mayor capacitación en la temática.

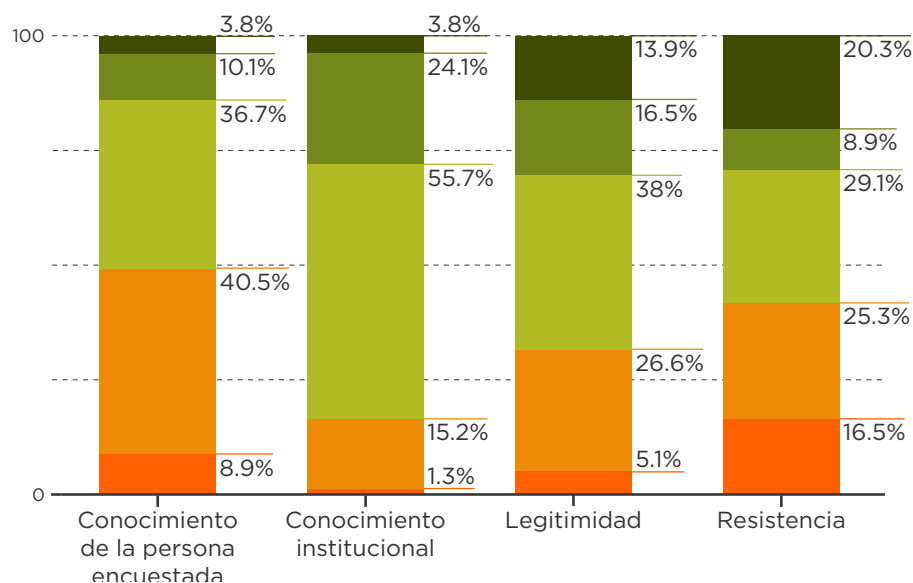
En el conocimiento institucional de la práctica de AMEU, el porcentaje de poco conocimiento sube a 55%, el de nada a 23,75%, el de bastante a 15% y el de mucho casi desaparece. Lo que implica que

incluso aquellas personas capacitadas en AMEU se desempeñan, sin embargo, en instituciones que no manejan información sobre la práctica.

Gráfico 28. En relación a la práctica de AMEU: conocimiento, legitimidad y resistencia.

■ Ns/NC
■ Nada
■ Poco
■ Bastante
■ Mucho

*Sobre un total de 79 respuestas.



En relación a la legitimidad de la práctica en el servicio, más de un tercio (37,5%) afirma que tiene poca legitimidad, seguido por un cuarto (26%) que afirma que tiene bastante legitimidad. Las respuestas de ninguna legitimidad y de desconocimiento se ubican en el 16,25% y 13% respectivamente. Por último, solo el 5% afirma que tiene mucha legitimidad.

A pesar de la baja legitimidad general, la resistencia frente al AMEU no se presenta como claramente mayoritaria. Las respuestas se concentran en las categorías poco (28%) y bastante (25%), evidenciándose una distribución dispersa de las percepciones, lo que podría asociarse al desconocimiento sobre la práctica. En esta línea, un 20% manifestó no saber, mientras que un 16% considera que la resistencia es mucha. La opción ninguna resistencia reúne apenas el 8% de las respuestas.

Podemos concluir que existe un alto nivel de desconocimiento sobre la práctica de AMEU, aún entre profesionales que garantizan IVE, y que esta situación se profundiza al considerar el desconocimiento en las instituciones donde trabajan, especialmente en el interior provincial (Gráfico 29).

Al desmenuzar el interior en regiones, se puede apreciar que las personas de la región centro son quienes tienen mayor nivel de conocimiento (70% entre bastante y mucho); mientras que el norte tiene el menor nivel de conocimiento (70% entre poco y nada) (Gráfico 30). El resto de las regiones presenta mayor dispersión de respuestas. En el Oeste, el 44% considera que hay bastante conocimiento sobre la práctica, seguido del 33% que respondió poco. En el Sur, la mayoría considera que el conocimiento es poco (57%) seguido de quienes respondieron bastante (28.6%) (Gráfico 30).

Gráfico 29. Conocimiento de AMEU en el lugar de trabajo según dependencia.

■ Ns/NC
■ Nada
■ Poco
■ Bastante
■ Mucho

*Sobre un total de 79 respuestas.

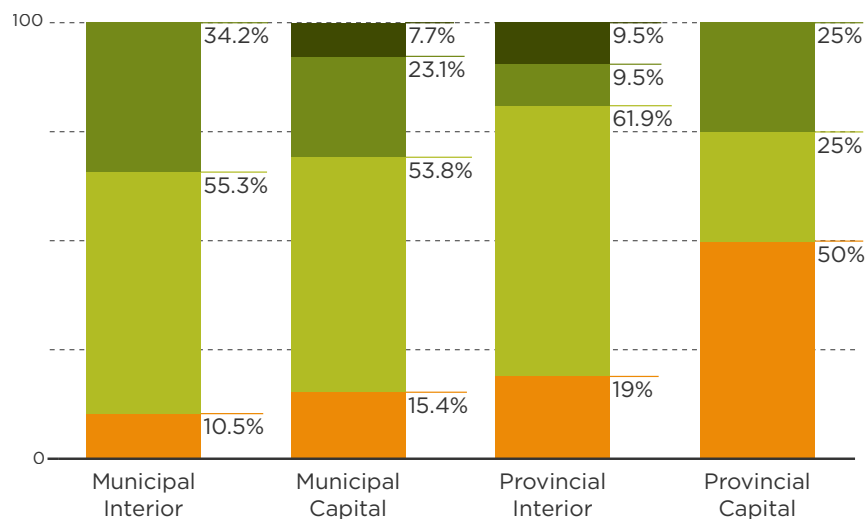
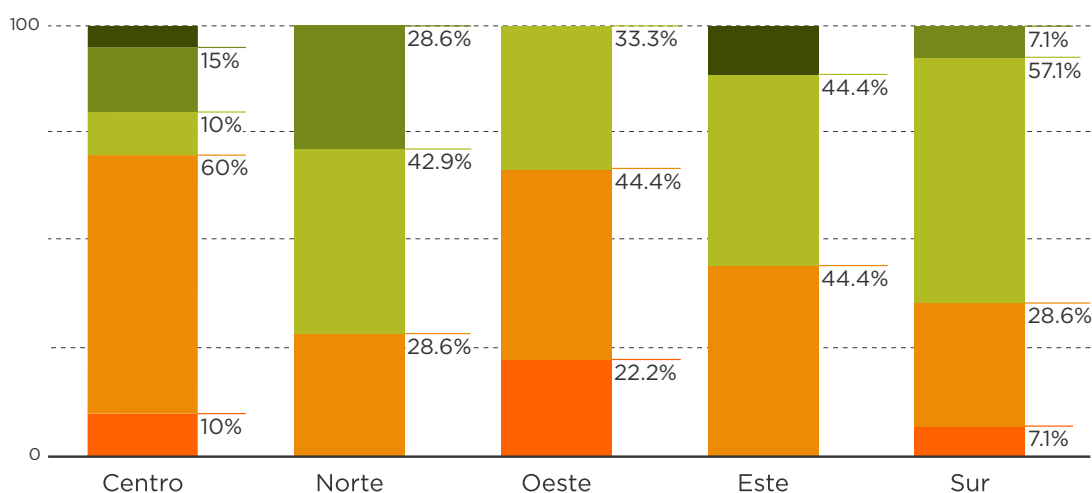


Gráfico 30. Conocimiento de AMEU por la persona encuestada y según zona.

■ Ns/NC
■ Nada
■ Poco
■ Bastante
■ Mucho



La resistencia directa pareciera ser baja debido a que el tema no es prioridad en el actual contexto de las instituciones, pero sí aparece en las entrevistas en las que se inició la práctica. Asimismo, los resultados expresan que, a mayor conocimiento institucional de la práctica, menor es la resistencia.

En uno de los espacios donde se ofrece como opción desde el primer momento, expresan que es una buena práctica para resolver con poblaciones específicas:

“Viene por ejemplo, a hacer un AMEU una chica que ya tuvo una mala experiencia con las pastillas, que terminó en un legrado. O que por ahí es muy jovencita y por ahí tiene miedo de hacerlo sola en la casa. O situaciones más especiales: usuarias que tienen problemas de salud mental, que tienen quizás otras patologías sociales, personas con trastorno de coagulación, o con epilepsia. Si toman medicación crónica, a veces no se animan a hacerlo en la casa. Entonces, al no tener los turnos tan llenos, también se puede ofrecer el AMEU como una primera opción”.

Médico familiar, hospital municipal de la capital

En términos regionales, la legitimidad parece ser mayor en el ámbito municipal capitalino y en hospitales provinciales del interior, donde la opción más votada fue bastante (38% y 33% respectivamente). Mientras que pareciera haber menor legitimidad en el ámbito municipal del interior y provinciales de capital, donde la opción mayoritaria es poca legitimidad (44% y 50% respectivamente).

Sin embargo, la legitimidad del ámbito capitalino pareciera estar concentrada en pocos hospitales, mientras que en la red de centros de salud no ha sido, según los testimonios relevados, un tema en agenda:

“Yo conozco de AMEU porque una vez fui a una práctica y vi como se hacía. Pero con la medicación nos estamos manejando bien y no se ha pensado desde el centro en avanzar con AMEU”.

Médico general, dispensario municipal de la capital

La resistencia a la práctica de AMEU, en cambio, aparece distribuida más homogéneamente, salvo en el ámbito provincial de la capital, donde los porcentajes de bastante y mucha resistencia en conjunto significan cerca del 80%.

Parte de la misma se expresa en que aún el circuito de IVE con medicamentos funciona sin mayores dificultades:

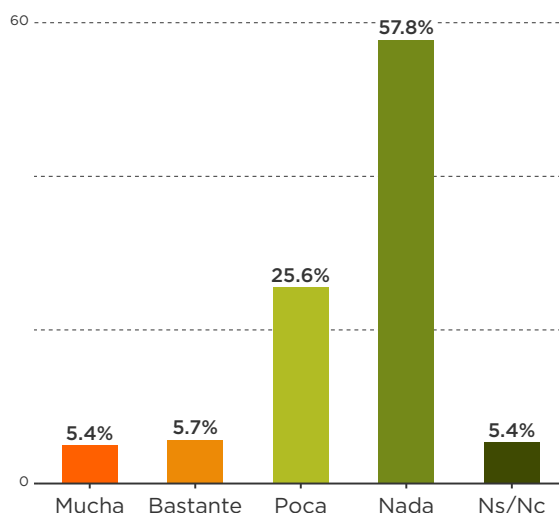
“Hace falta una logística que creo que depende de decisiones políticas que no están interesados en tomar y dicen: para qué voy a hacer yo un AMEU en una atención primaria si hay un hospital en cada uno de los cuatro puntos cardinales de la ciudad de Córdoba. A menos de 20 o 25 cuadras de donde vos estás queriendo hacer el AMEU”.

Médico familiar, hospital municipal de la capital

Sin embargo, en las instituciones donde se ha intentado implementar, emergen obstáculos vinculados a la seguridad de las y los profesionales para realizarla, motivo por el cual se consultó por la experiencia y la seguridad:

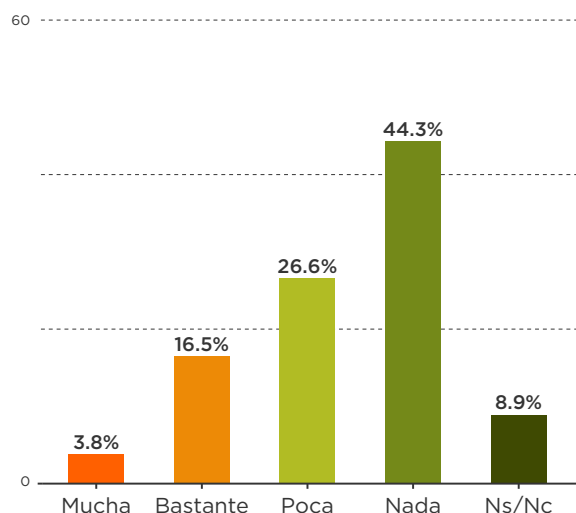
En relación con la experiencia en la realización de la práctica, la mayoría de las personas encuestadas respondieron que tienen nada (53%) o poca (23,7%) experiencia, mientras que cerca del 11% consideró que tiene mucha o bastante. (Gráfico 31). De manera similar, predominan los bajos niveles de seguridad para realizar AMEU: el 44,3% indicó no tener seguridad y el 26,6% poca, frente a un 16% que reportó bastante y solo un 3% mucha (Gráfico 32).

Gráfico 31. Experiencia para realizar AMEU.



*Sobre un total de 79 respuestas.

Gráfico 32. Seguridad para realizar AMEU.



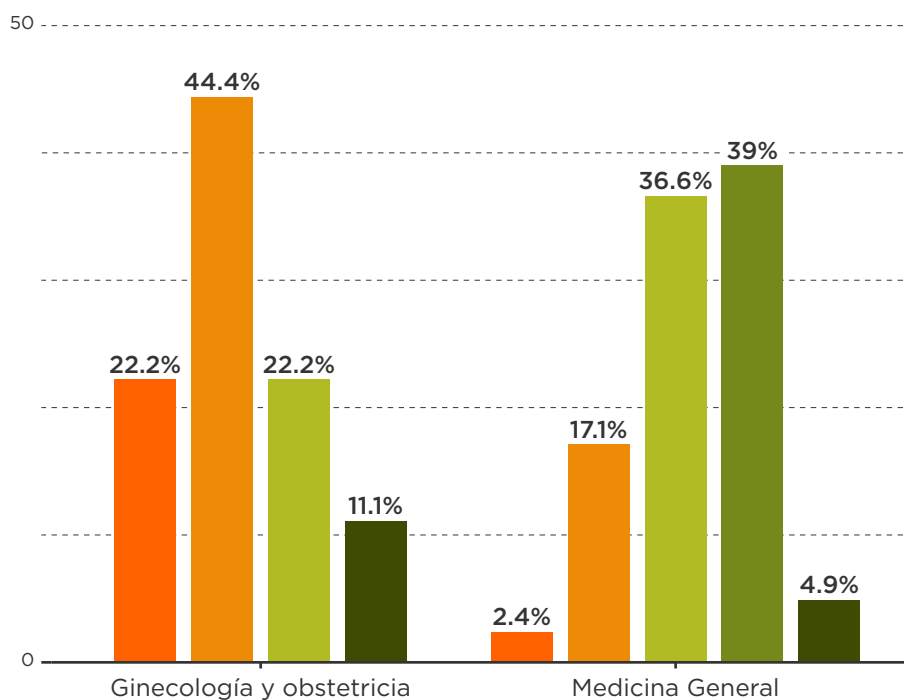
*Sobre un total de 79 respuestas.

Encontramos grandes diferencias en la percepción de seguridad de los profesionales según la especialización y la profesión.

Entre las y los especialistas en ginecología y obstetricia, la mayoría considera tener bastante (44%) o mucha (22,2%) seguridad para realizar la práctica. Mientras que un 22% considera que tiene poca seguridad. En contraste, en medicina familiar o general, un porcentaje mayoritario considera que tiene nada (39%) o poca (36,6%) seguridad. (Gráfico 33).

Gráfico 33. Seguridad para AMEU según especialidad médica.

- Mucho
- Bastante
- Poco
- Nada
- Ns/NC



En las entrevistas, esto aparece vinculado a la formación de la medicina familiar, que cuenta con un enfoque más integral y con prácticas menos invasivas en el cuerpo:

“Hay que intervenir sobre el cuerpo, y son cosas que a mí no me llaman mucho la atención, pero si hay que empezar a hacerlo porque es necesario, ahí bueno, no habría problema”.

Médico general, dispensario municipal capital

Pareciera entonces que la falta de capacitación también tiene que ver con la ausencia del tema entre las prioridades de los equipos de salud y la percepción de que no es una práctica necesaria por el momento. Además, se identificaron tres puntos de tensión que emergieron con fuerza tanto en el abordaje cualitativo como en el cuantitativo: el nivel de atención en relación a las complicaciones, la infraestructura, tiempos y acceso a recursos y, por último, la formación técnica.

2 Infraestructura, tiempos y acceso a recursos

El espacio físico y la infraestructura para la realización de AMEU es una de las principales dificultades que emergieron en el estudio.

En términos de percepción, el 25,6% considera que posee un espacio adecuado para realizar AMEU, el mismo porcentaje considera que no posee espacio adecuado y el 33,3% cree que el espacio es relativamente adecuado. Un 15,4% de las entrevistadas desconoce si el espacio es adecuado (Gráfico 34).

Gráfico 34.
Consideración sobre el espacio físico para realizar AMEU.

*Sobre un total de 78 respuestas válidas.

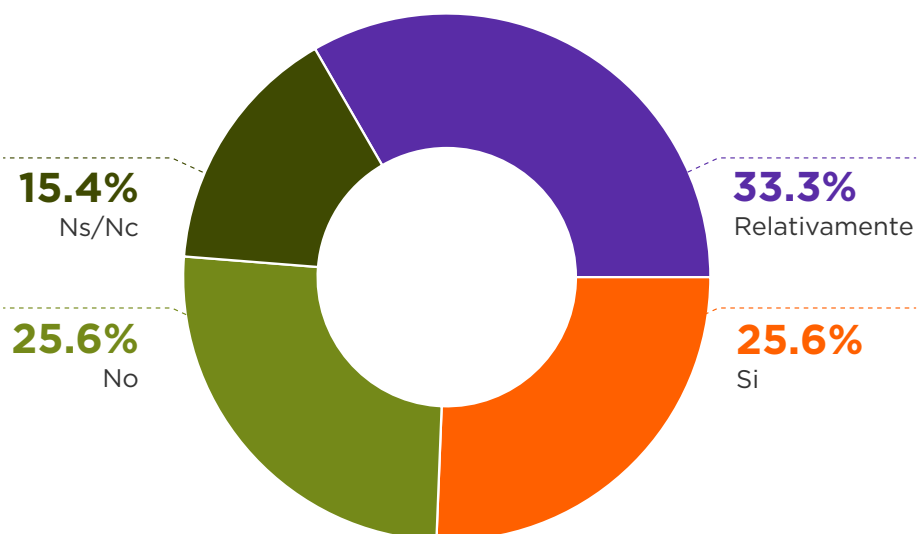
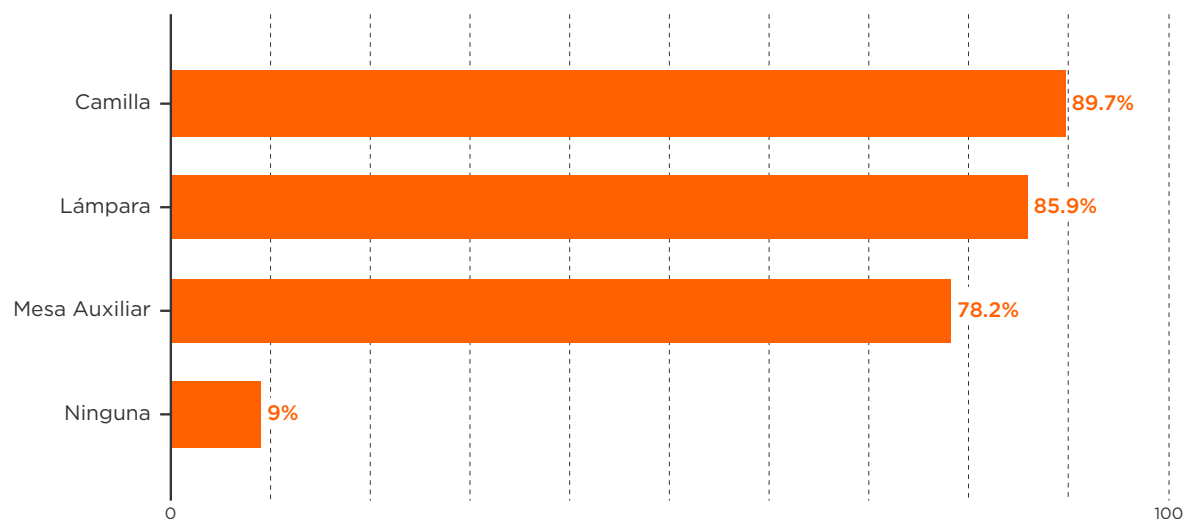
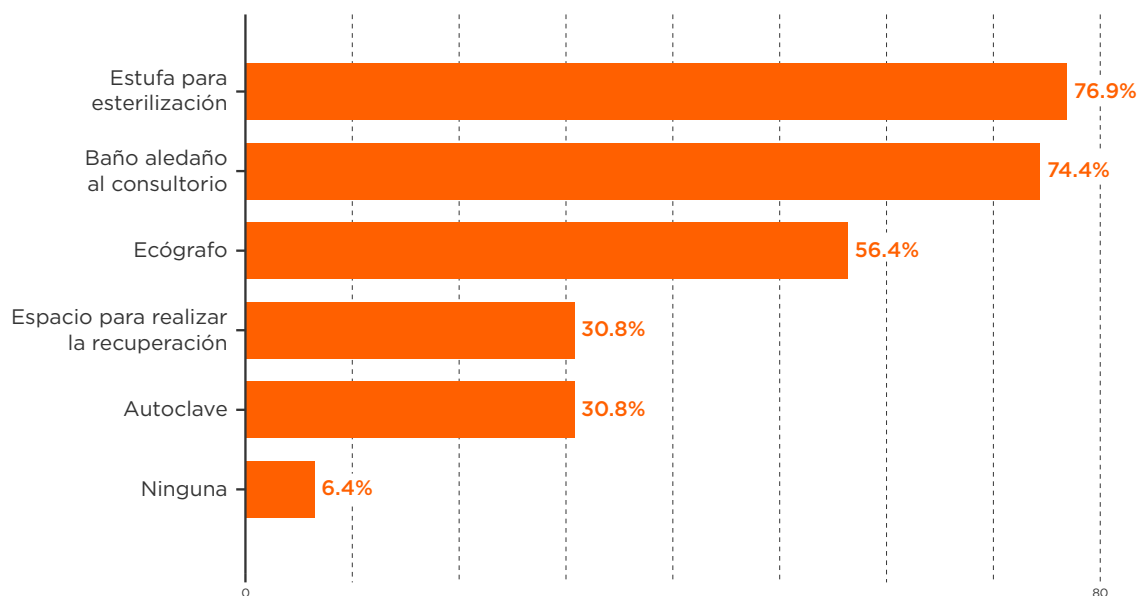


Gráfico 35. Equipamiento del consultorio ginecológico.

*Sobre un total de 78 respuestas válidas, se marcaron 205 opciones (se podía marcar más de una opción).

Sin embargo, al indagar sobre los recursos disponibles, pareciera que sí cuentan con los mismos. Dentro del consultorio, el 89,7% cuenta con una camilla, el 85,9% cuenta con lámpara, el 78,2% cuenta con mesa auxiliar y sólo el 9% no cuenta con ninguna (Gráfico 35).

Por otro lado, en la institución, el 76,9% cuenta con estufa para esterilización, el 74,4% cuenta con baño aledaño al consultorio, el 56,4% con ecógrafo y el 30,8% con autoclave y espacio para realizar la recuperación (Gráfico 36).

Gráfico 36. Infraestructura y recursos en la institución.

*Sobre un total de 78 respuestas válidas, se marcaron 215 opciones (se podía marcar más de una opción).

En función de las entrevistas, podríamos intuir que la dificultad reside particularmente en la privacidad de la sala de recuperación y del baño. Es decir, no es la presencia del baño o no, sino las condiciones del baño existente.

“Necesito un espacio de recuperación y un baño, que no puede ser el mismo baño de todos los pacientes, porque siempre está hecho una mugre. El miso da malestar y puede dar diarrea, entonces es un bajón estar en la sala de espera o con escalofríos o sintiéndote mal ahí. Hemos pedido el otro consultorio, o que nos hagan una puertita que se comunique por atrás, para no salir por la sala de espera, porque vos abrís la puerta y se quieren meter como 20 personas dentro del consultorio”.

Médico familiar, hospital provincial del interior

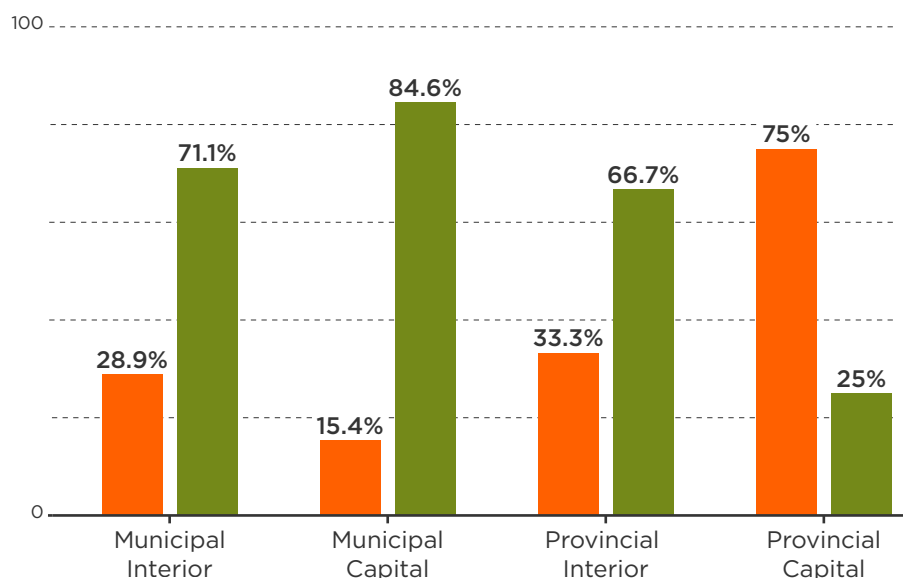
“El dispensario está lleno de gente, están al palo las enfermeras dando los turnos, muchas personas en el pasillo. En el pasillo se escucha todo, no hay comodidad. No digo que no se pueda, porque hay baño, tenemos ecógrafo. Pero un lugar chiquito, de más intimidad, para que la persona esté relajada. Hay ciertas limitaciones. Lo podemos hacer, pero también es cómo trabajamos: somos precarizados y son prácticas que requieren ciertos cuidados con los instrumentos, la esterilización”.

Ginecóloga, hospital provincial del interior

También podemos ver que el espacio de recuperación es un recurso clave para garantizar la calidad del tratamiento y las condiciones son desiguales entre los centros de salud de primer y segundo nivel (Gráfico 37).

Gráfico 37. Espacio para la recuperación según dependencia.

Si
No



A su vez, el tiempo es un elemento que surgió de las entrevistas en relación a la posibilidad de realizar AMEU, ya que **se considera que es una práctica que requiere más tiempo dentro de la institución que la IVE con medicamentos y este es un recurso altamente escaso en las condiciones de trabajo de las y los profesionales.**

“*Sos una sola persona que estás a mil, el día de guardia. Yo te hablo de la realidad de la guardia. Si lo tuviera que hacer en un consultorio, sola, y que me quede todo el material para descartar, no, prefiero hacerlo en quirófano y más relajada en ese sentido”.*

Ginecóloga, hospital provincial del interior

“*Los tiempos de la práctica me parece que es importante tenerlos en cuenta, porque a veces se llena de personas en la sala de espera y no tenés nada de tiempo, entonces poder hacer ese espacio, ese tiempo para garantizar”.*

Médico general, dispensario municipal de la capital

“*Para mí tiene que haber un día, tiene que haber equipo de dos o tres personas para ese día, que estén destinadas a eso. Yo creo que debería ser un día en la agenda de todos. No podemos hacer AMEU en el medio de estar atendiendo las otras cosas. La AMEU necesita la preparación que le das a la usuaria que ingresa, preparar todo, atajar la cuestión emocional que surge, acompañar el dolor, esperar la recuperación. Te lleva tiempo, por lo menos una hora, en un consultorio donde te entra una embarazada, entran personas con diabetes, después entra un niño, después haces la AMEU, seguís atendiendo, es desquiciante, muchas veces estás sola”.*

Médica familiar, hospital provincial del interior

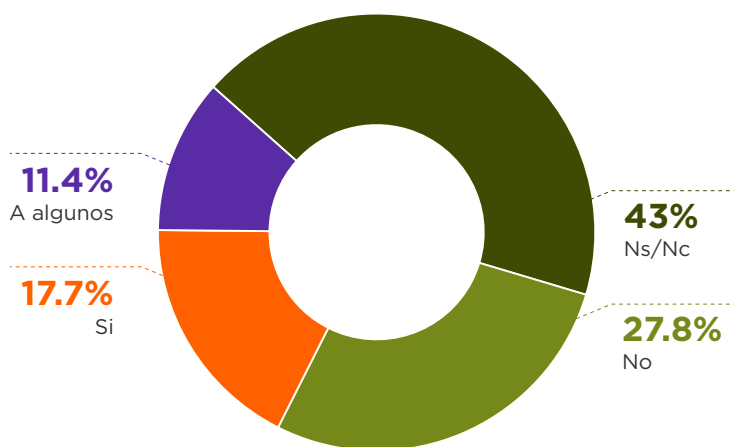
Las dificultades, en términos generales, refieren a la posibilidad de brindar un servicio de calidad en el marco de las condiciones de trabajo de las y los profesionales.

En el marco de las entrevistas, surgieron estrategias para compensar los obstáculos de tiempos y espacios. En un caso se acondicionó una habitación que previamente funcionaba como sala de partos para poder garantizar un espacio de calidad para el descanso y la espera. Y en relación a los tiempos, se destina un día a la semana para hacer específicamente la práctica y tener disponibilidad de atención.

En relación a los recursos para realizar AMEU, tanto en insumos como en instrumental y en medicamentos, un porcentaje mayor al 40% no sabe si cuenta o no con esos recursos. Por ejemplo, en el siguiente gráfico, el desconocimiento sobre insumos asciende a 43%.

Gráfico 38. Dificultades en el acceso a insumos necesarios para realizar AMEU.

*Sobre un total de 79 respuestas válidas.



Sin embargo, en los tres tipos de recursos hay un tercio de las personas encuestadas que expresan tener algún tipo de dificultad (poca o mucha dificultad). En insumos se trata de un 29%, en instrumental de un 38% y en medicamentos asciende a 40%. Asimismo, analizando los datos por tipo de dependencia, se puede ver que son las instituciones del primer nivel de atención las que poseen mayores dificultades en acceso a medicamentos: por encima del 20% en el ámbito municipal (Gráfico 39).

Podríamos afirmar entonces que la principal dificultad radica en el conocimiento sobre los recursos necesarios para realizar un AMEU. Además, es necesario fortalecer el acceso a medicamentos en el primer nivel de atención, donde se registran la mayoría de las dificultades.

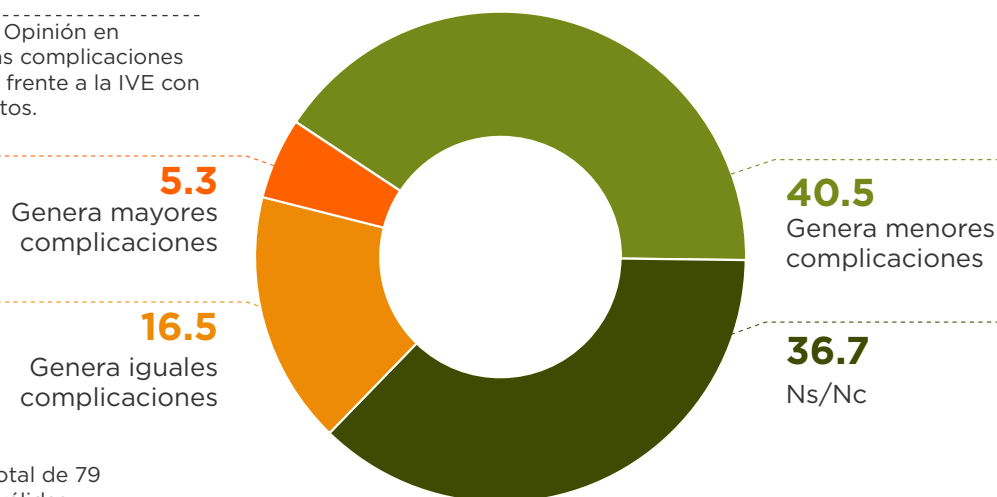
Gráfico 39. Dificultades en el acceso a medicación para realizar AMEU según región y dependencia



3 Complicaciones y nivel de atención

Para el cuerpo profesional encuestado, el procedimiento de AMEU conlleva menores complicaciones que el tratamiento de IVE con medicamentos (Gráfico 40).

Gráfico 40. Opinión en relación a las complicaciones de la AMEU frente a la IVE con medicamentos.



*Sobre un total de 79 respuestas válidas.

Sin embargo, el manejo de complicaciones es uno de los temores centrales en torno a la implementación de la AMEU, en su mayoría en el primer nivel de atención.

- “No la consideramos una práctica para realizar en un primer nivel de atención”.
- “Temor a las complicaciones. Resistencia por considerar práctica hospitalaria”.
- “No se cuenta con suficiente personal formado para dar respuesta a esa demanda”.

Respuestas abiertas relevadas por formulario.

En términos concretos, se menciona la falta de formación técnica de las y los médicos de familia, la ausencia de insumos específicos de urgencias y la demora en la respuesta, particularmente en el traslado a un centro de mayor complejidad.

- “Ser atención primaria y contar con dos médicas de familia. Existen temores institucionales de que la práctica termine en una situación de mayor gravedad”.
- “En general, es el manejo de complicaciones y que los centros de salud no cuentan con insumos suficientes para cubrir otras urgencias, menos para generar un servicio nuevo. Además de la posibilidad de una complicación que requiera derivación

y la lentitud con la que llega la ambulancia de traslado. Creo también que puede generarse una demanda y no se cuenta con suficiente personal formado para dar respuesta a esa demanda”.

Respuestas abiertas relevadas por formulario.

Las complicaciones más frecuentes tienen que ver con las hemorragias o acretismo placentario en algunos casos, con dificultades para preverlas debido a falta de estudios previos o por edad gestacional.

- *“En el hospital terminamos con un AMEU en histerectomía por un acretismo placentario que por la edad gestacional, no pudo ser diagnosticado con anticipación”.*
- *“Para AMEU una de las complicaciones que hemos tenido es hemorragias y manejo de la misma y, por lo tanto, necesitamos una vía endovenosa para administración de drogas. Ser tres como mínimo. En mi caso, los AMEU los realizamos en quirófano para tener más comodidades y el accionar de anestesia si es necesario y más equipo”.*

Respuestas abiertas relevadas por formulario.

Las estrategias frente a las complicaciones refieren a la necesidad de guardia ginecológica y/o quirófano:

- *“En caso de AMEU, siempre tener de referencia la guardia de ginecología para acompañar ante la necesidad de interconsulta o dudas”.*
- *“En AMEU la estrategia es trabajar con el equipo de quirófano, instrumentistas y circulantes, que son quienes están más disponibles y se desenvuelven fácilmente en la práctica”.*

Respuestas abiertas relevadas por formulario.

En un centro de salud de primer nivel donde se garantiza la práctica, la estrategia que se ha implementado es la contratación de un servicio de emergencias por parte del centro de salud, ya que el mismo no cuenta con ambulancia para emergencias:

“Todo el centro de salud tiene un acuerdo con Emergencia Vital, ya que tienen ambulancia. El centro de salud tiene ambulancia, pero la ambulancia que hay no es para urgencia. La ambulancia que hay, es para trasladar a una persona, algo ya programado. Los choferes de la ambulancia llevan y traen cosas de los diferentes centros de salud, o van a buscar los medicamentos a Córdoba. En el caso de una urgencia nuestra, tenemos el acuerdo con Vital, que es una empresa privada”.

Psicóloga, centro de salud del interior

En las entrevistas realizadas se refuerza que, a pesar de haber menores complicaciones, cuando ocurren no podrían resolverse sin acceso a quirófano -recurso ausente en el primer nivel de atención- o servicio de ginecología, o ante la presencia mayoritaria de personal objetor.

“El tema es hacer un AMEU estando a 200 kilómetros del hospital y tener una complicación. A 10 o 15 minutos lo podrán resolver, entonces bárbaro, mientras sepan que ese día se va a hacer un AMEU y que si hay una complicación, voy a tener una ambulancia para salir corriendo al hospital. Ahora, si van a hacer un AMEU en atención primaria y no voy a tener una ambulancia, cambia. Yo con una mujer que tuvo hemorragia, si no hubiera tenido un quirófano a 10 kilómetros, es complejo. Ella terminó en una terapia con 6 de hemoglobina, es decir, con la mitad de sangre de lo que alguien normalmente tiene”.

Médico familiar, hospital municipal de la capital

En el segundo nivel de atención, los temores se vinculan más con la ausencia de decisión institucional y la estigmatización del servicio de IVE que con los recursos existentes.

“Estás en el hospital de segundo nivel y los ginecólogos te hacen padecer, porque vos estás con toda la angustia de que se te complicó, de que se te puede complicar, y encima tus colegas te maltratan. A veces llegan al servicio de gineco con sangrado y le dicen: ‘Bueno, no es tanto, volvé mañana’ y la paciente por teléfono te está diciendo: ‘sigo sangrando, estoy muy asustada’ y vos cortando clavo”.

Médica familiar, hospital provincial del interior

Una de las características de los temores tiene que ver con la estigmatización y aislamiento en el que se encuentran los servicios de IVE dentro de las instituciones, que conlleva altos niveles de exposición frente al error:

“Se complicó una y fue todo un quilombo porque tuvimos que llevarla a gineco, y casi que hasta el personal de limpieza se enteró de la complicación. Entonces, empezamos de nuevo a ser cuestionadas: ¿por qué hacen eso en el consultorio?”.

Médica familiar, hospital provincial del interior

A su vez, la presencia de personas u organizaciones obstaculizadoras del derecho a la IVE emerge justamente frente a las complicaciones:

“

Hay que resguardar sobre todo las coronarias de la persona que está haciendo el procedimiento, porque no es cuestión de que, para decir que estamos garantizando, lo hagamos exponiendo a alto riesgo a quien lo hace. Porque, independientemente de lo idealista que uno sea, si nosotros cometemos un error, esa persona no va a poder ejercer la medicina por un tiempo largo, le van a complicar la vida durante mucho tiempo aunque no haya hecho nada incorrecto. Sabemos cómo actúan los otros, es decir, están esperando que nos equivoquemos. Yo tuve que aguantar a una abogada atrás mío, leyéndome que yo me tenía que abstener de usar Misoprostol, en mi propio consultorio”.

Médico familiar, hospital municipal de la capital

La prolijidad en el registro de los procesos aparece como una estrategia útil para la defensa del personal que garantiza la práctica frente a la estigmatización y los ataques.

“

Yo he sido denunciada, por la situación de una mujer de 17 semanas que expulsó ahí, no en el marco de ILE. Y yo diciéndole a las chicas que nadie hizo nada que no corresponda. Todo está escrito en la historia clínica”.

Ginecóloga, hospital provincial del interior

4 Cuestiones técnicas y capacitación

El último punto de tensión refiere a lo que mencionamos al principio de este apartado, que tiene que ver con la escasez de personal de ginecología dispuesto a realizar la práctica, cuya formación brinda mayores herramientas para la misma:

- *“Los ginecólogos que hay son escuela vieja arraigados a tratamientos desactualizados”.*

Respuestas abiertas relevadas por formulario.

Sin embargo, incluso entre profesionales de ginecología, se refiere la necesidad de un equipo para realizarlo, condición no necesaria para garantizar IVE con medicamentos:

“

Lo desafiante de la AMEU es que requerís más de una persona, un equipito de una o dos personas más, y también necesitás un tiempo mayor”.

Ginecóloga, hospital provincial del interior

A su vez, en las entrevistas se hace referencia a que la práctica concreta con supervisión durante un tiempo prolongado generaría condiciones para la implementación de AMEU:

“Yo creo que a veces los temores tienen que ver con la falta de cancha. Son los mismos temores que tenías al principio para garantizar un aborto con pastillas. Yo las primeras veces no dormía y ahora sé que no va a pasar nada. Quizás tiene que ver con que, por más que uno sepa la técnica, tenés que tener mucha práctica, supervisada con personas que sepan resolver las complicaciones”.

Médica familiar, hospital provincial del interior

“Yo fui a capacitarme en el Consultorio de Salud Integral y después empecé con un médico que iba en calidad de préstamo de la DAPS cada vez que yo tenía que hacer el AMEU. Eso lo empezamos a hacer los martes y los jueves en la mañana, y luego él estuvo acompañando dos años. Después de eso, ya me empecé a largar solo”.

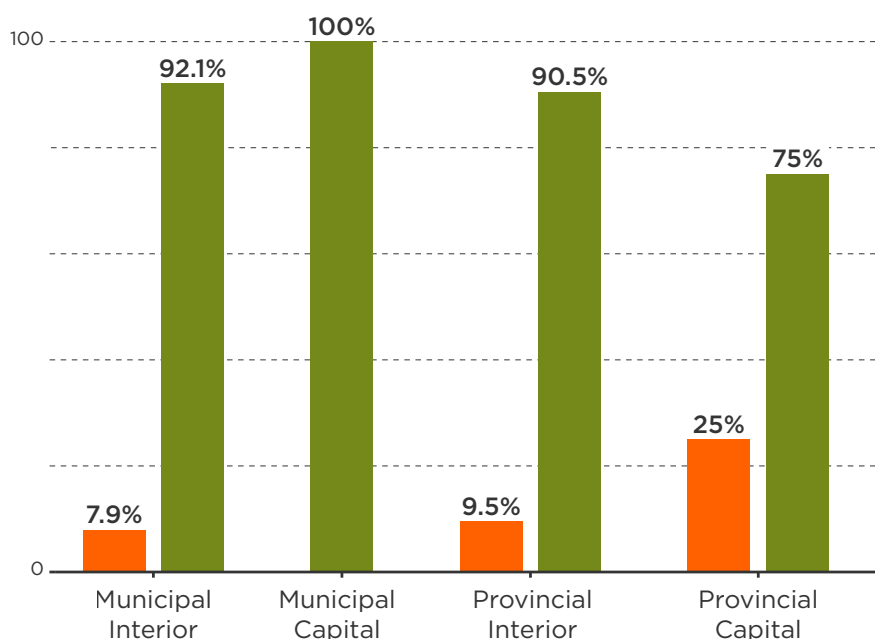
Médica familiar, hospital municipal de capital

Según lo relevado, la necesidad de capacitación es mayor en el primer nivel de atención, coincidentemente con el diagnóstico planteado previamente (Gráfico 41)

En síntesis, los desafíos que emergieron en torno a la implementación del procedimiento de AMEU tienen que ver con garantizar la calidad del tratamiento, gestionando espacios para la recuperación y baño privado; brindando seguridad a quien realiza el tratamiento; articulando con servicios de emergencia o guardias hospitalarias y garantizando capacitaciones y prácticas supervisadas.

Gráfico 41.
Capacitación sobre AMEU en el lugar de trabajo según región y dependencia.

■ Si
■ No



Bloque 4: impacto del contexto actual en el sostenimiento de las políticas y el acceso a las prácticas de IVE

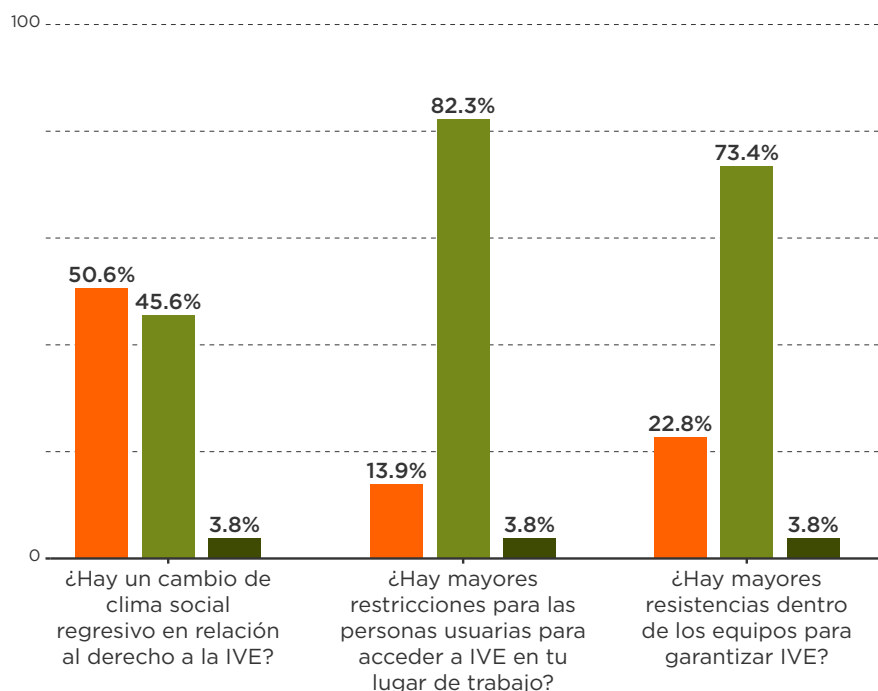
En este bloque se indagan las percepciones de las personas entrevistadas respecto del clima social en torno al derecho al aborto y su traducción —o no— en restricciones concretas en el acceso y funcionamiento de las instituciones de salud. Asimismo, se examinan las resistencias que emergen al interior de los equipos y de las instituciones, atendiendo a posibles condicionamientos político-gubernamentales y a las diferencias territoriales entre la capital y el interior de la provincia.

A grandes rasgos, las personas entrevistadas afirman que, a pesar de que hay un clima social regresivo en torno al derecho al aborto, esto no se ha plasmado aún en mayores restricciones en el acceso, ni en mayores resistencias en las instituciones en términos concretos. Sin embargo, se muestra mayor el porcentaje de aumento de resistencias dentro de las instituciones en relación al de las restricciones de las personas usuarias, lo cual puede significar que existen mayores condicionamientos político-gubernamentales que rechazo social (Gráfico 42).

Gráfico 42.
Consideraciones
sobre el clima
social, resistencias
y restricciones en el
acceso a la IVE.

■ Si
■ No
■ Ns/Nc

*Sobre un total de
79 respuestas.

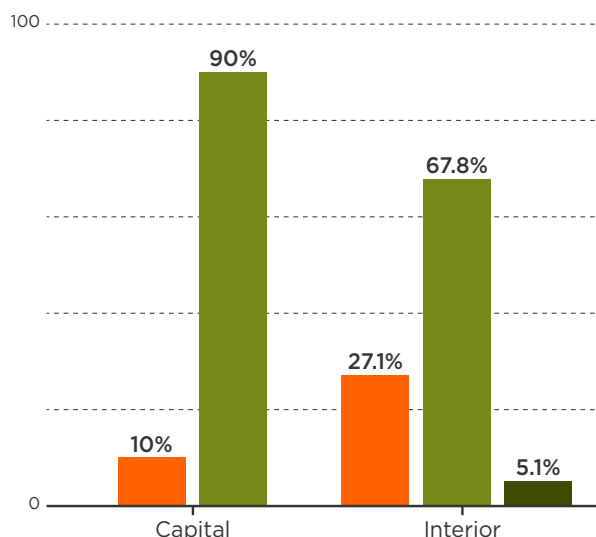


Si cruzamos este dato por ciudad capital/interior, podemos ver un aumento mayor de las resistencias institucionales en el interior en relación a capital, con una diferencia de más de 15 puntos.

¿Hay mayores resistencias dentro de los equipos para garantizar IVE? (Vinculadas a variables como miedo, desconfianza, restricciones políticas, aumento de la objeción de conciencia, etc) (Gráfico 43).

Gráfico 43. Consideraciones sobre las resistencias dentro de los equipos de IVE según región.

Si
No
Ns/Nc



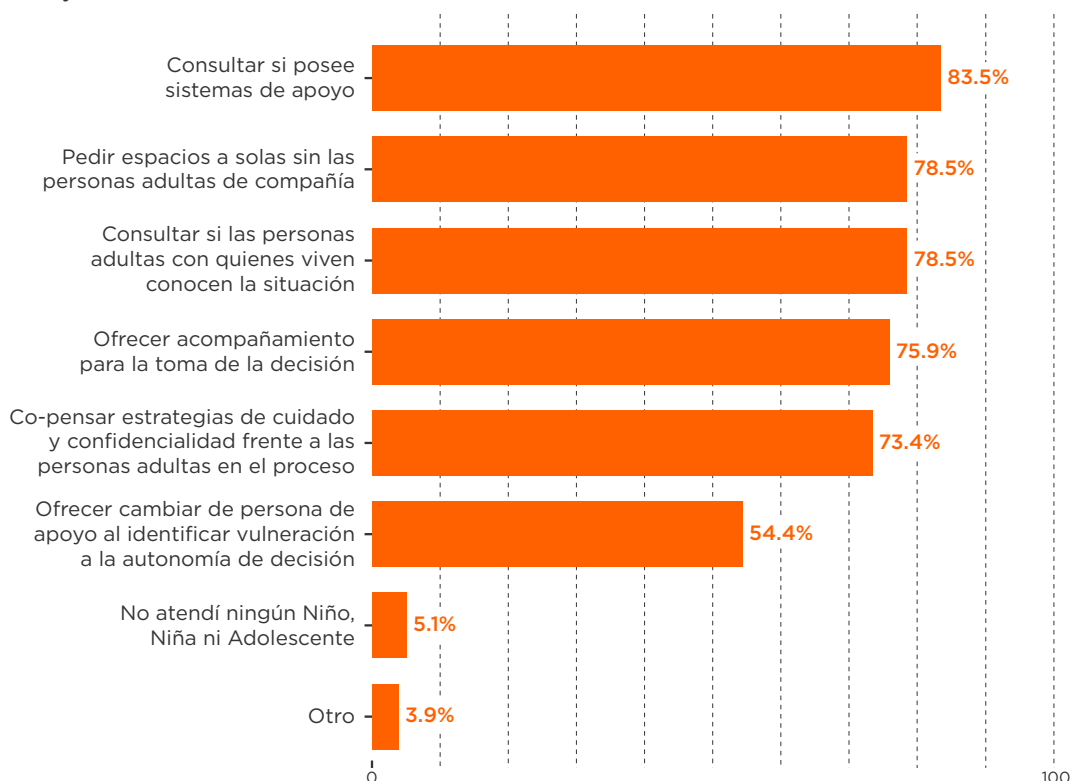
Bloque 5: Buenas prácticas de atención

Finalmente, el quinto bloque se orienta a la identificación y reconstrucción de buenas prácticas desarrolladas en el marco de la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). En este apartado se sistematizan experiencias valoradas positivamente en la atención de poblaciones específicas, así como prácticas institucionales y estrategias de comunicación interna y formación de los equipos. En particular, se abordan las buenas prácticas vinculadas a la atención de niñas y adolescentes; de personas con discapacidad y/o con problemáticas vinculadas a la salud mental; al respeto de la diversidad sexo-genérica; y a los procesos de comunicación interna y capacitación, con el objetivo de aportar insumos para el fortalecimiento de la política pública y la mejora de la calidad de la atención.

1 Buenas prácticas de atención a Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA)

Podríamos decir que las buenas prácticas de atención a NNyA están extendidas en los centros de salud indagados.

Dentro de las opciones brindadas, “Consultar si posee sistemas de apoyo” es la opción que más respuestas obtuvo, con un 83,5% de las personas entrevistadas. En segundo lugar, se encuentran con porcentajes similares las buenas prácticas de “Pedir espacios a solas sin las personas adultas” y “Consultar si las personas adultas con quienes viven conocen la situación” con 78,5% cada una (Gráfico 44).

Gráfico 44. Estrategias para mejorar el acceso de Niños, Niñas y Adolescentes.

*Sobre un total de 79 respuestas, se marcaron 358 opciones (se podía elegir más de una opción).

** Entre las otras estrategias se mencionó “conversar con la escuela”, “hacer certificados para que no se computen faltas”, “ofrecer que vengan con amigos a la consulta”, entre otras.

Las opciones “Ofrecer acompañamiento para la toma de decisión” y “Co-pensar estrategias de cuidado y confidencialidad frente a las personas adultas en el proceso”, también alcanzan el 70% de las personas encuestadas. Con un porcentaje mucho menor, pero de todos modos cerca de la mitad, se encuentra “Ofrecer cambiar de persona de apoyo al identificar vulneración de la autonomía de decisión”, con un 54%.

Solo el 5,1% indica que no atendió a ningún niño, niña o adolescente y ninguna persona encuestada respondió no implementar ninguna estrategia con esta población.

Si bien no fue una opción incluida en el formulario de la encuesta, en las entrevistas apareció el trabajo interdisciplinario como la estrategia principal para trabajar con NNyA.

“Jóvenes, adolescentes de 13 años sí hemos acompañado. En ese sentido, han sido importantes las trabajadoras sociales, dentro del equipo con una médica. Fue un trabajo bastante articulado y bien acompañado. La mayoría que atendimos acá no fueron interrupciones, continuaron con el embarazo. Se investigó si tenía que ver con algún abuso, pero no”.

Médico general, centro de salud municipal de capital

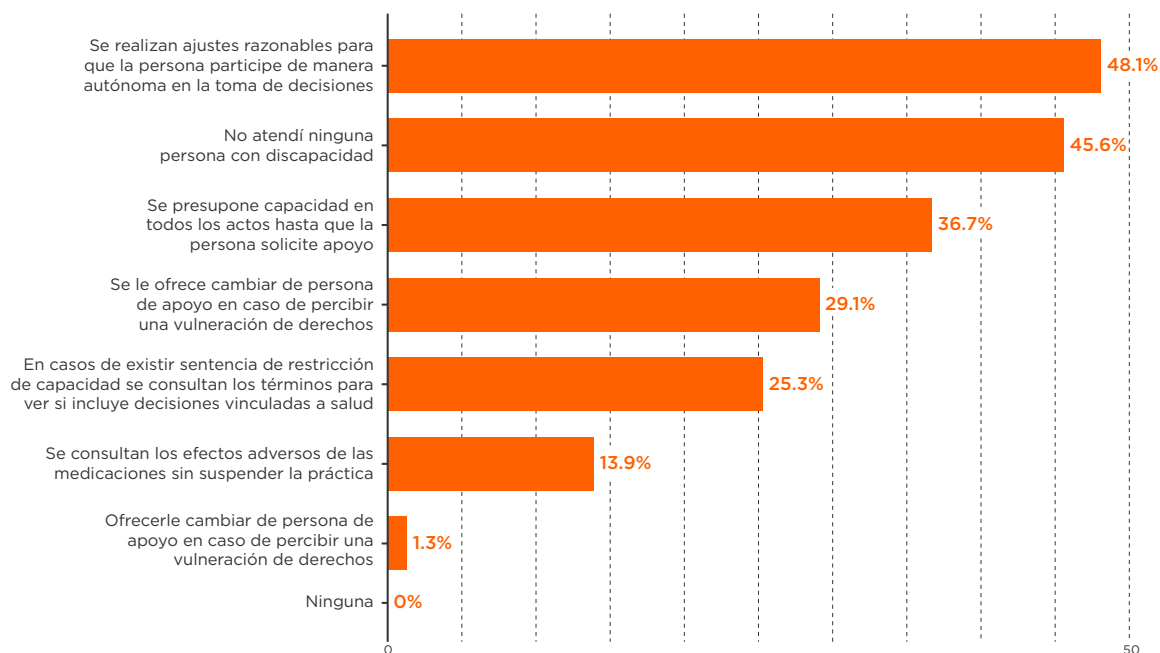
2 Buenas prácticas de atención a Personas con Discapacidad (PCD) y/o personas con problemas de salud mental

En relación a las estrategias para mejorar el acceso en personas con discapacidad y/o personas con dificultades de salud mental, casi la mitad de las personas encuestadas (45,6%) afirman no haber atendido a una persona con discapacidad (Gráfico 45).

Por este motivo, el universo de profesionales que afirma implementar dichas prácticas es mucho menor. La mitad de las personas encuestadas (48%) refiere “realizar los ajustes razonables para que la persona participe de manera autónoma en la toma de decisiones”. Seguido de un tercio que afirma presuponer capacidad en todos los actos hasta que la persona solicite apoyo, con el 36,7% de las respuestas.

Por su parte, poco más de un cuarto del cuerpo profesional expresa que “se le ofrece cambiar de persona de apoyo, en caso de percibir una vulneración de derechos” y “en casos de existir sentencia de restricción de capacidad, se consultan los términos para ver si incluye decisiones en torno a la salud”, con 29% y 25% respectivamente. Por último, cerca del 15% expresa que consulta los efectos adversos de las medicaciones sin suspender la práctica.

Gráfico 45. Estrategias para mejorar el acceso de personas con discapacidad y/o personas con problemáticas de salud mental.



*Sobre un total de 79 respuestas, se marcaron 158 opciones (se podía elegir más de una opción).

También surgió el brindar explicaciones a las personas acompañantes y la utilización de dibujos para una mejor comprensión, tanto para NNyA como para Personas con Discapacidad (PCD):

“*Recibimos a adolescentes o mujeres un poquito más grandes con cierto retraso cognitivo. Comprenden el lenguaje, pero reforzamos a cada momento y les mostramos imágenes. Teníamos las revistas de ESI, por ejemplo, sobre cómo hacer las asesorías desde una propuesta más concreta: con dibujos de los métodos, del aparato genital. No tuvimos personas con baja visión o hipoacusia. Sí recibimos a una adolescente que fue con su abuela, por ejemplo. Entonces, era explicarle a la abuela y a la adolescente”.*

Psicóloga, centro de salud municipal del interior

Las condiciones de trabajo, según lo relevado en las entrevistas, dificultan el abordaje interdisciplinario, clave para el desarrollo de las buenas prácticas.

“*Con los pocos recursos que tenemos estamos al palo en el hospital, rastreando a la trabajadora social, por ejemplo. Hace poco, por primera vez hice una entrevista junto a ella, en equipo. Después sí nos vemos, pero es difícil encontrar esos momentos”.*

Ginecóloga, hospital provincial del interior

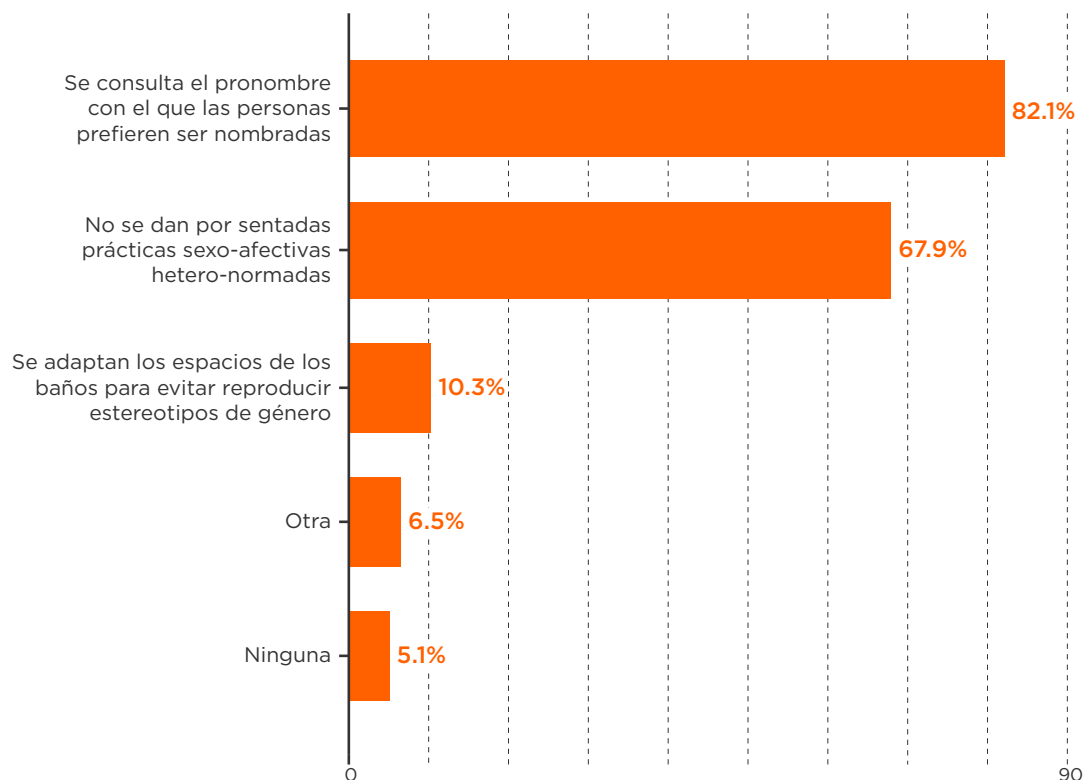
3 Buenas prácticas de respeto de la diversidad sexo-genérica

La pregunta por estrategias para el respeto de la diversidad sexo-genérica tiene un nivel de respuesta alto, pero concentrado en dos opciones: el 82,1% de las y los profesionales encuestados afirmó consultar el pronombre con el que las personas prefieren ser nombradas, mientras que el 67% expresó que no da por sentado prácticas sexuales heteronormadas y solo un 10% manifestó que se adaptan los espacios de los baños para evitar reproducir estereotipos de género. Vale aclarar que en la opción “otras estrategias”, algunas personas manifestaron que los baños en algunos centros de salud no tienen género (Gráfico 46).

Si comparamos las respuestas de capital e interior, en todos los casos **el mayor porcentaje de quienes afirmaron que no implementan ninguna de las buenas prácticas relevadas se registra en el interior.**

En relación con la atención de NNyA, la diferencia entre quienes afirman no haber implementado ninguna buena práctica en el interior y en la capital es de 75 % y 25%, respectivamente (Gráfico 47).

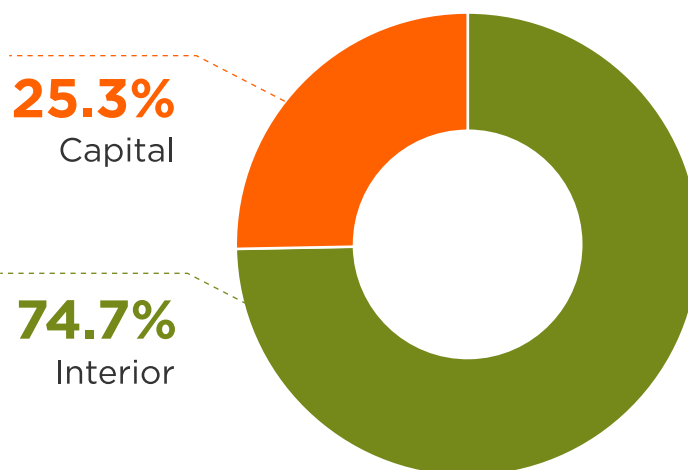
Gráfico 46. Estrategias para mejorar el acceso de personas del colectivo LGBTTTIQNB+.



*Sobre un total de 79 respuestas, se marcaron 133 opciones (se podía elegir más de una opción).

** Entre las otras estrategias se mencionó la consulta del género autopercebido y el nombre elegido, el uso de baños mixtos. En algunos casos se trata de estrategias de las y los profesionales consultados que no todo el equipo de la institución implementa.

Gráfico 47. Ausencia de implementación de estrategias para mejorar el acceso de Niños, Niñas y Adolescentes.



Sin embargo, en la entrevista a personal de capital que tiene mayor porcentaje de capacitación en la temática, emergió que no hay una atención específica hacia población LGBTQI+. Aparece en este sentido la idea de los lugares especializados en la temática, como espacios que concentran la atención de ese sector de la población:

“No hemos tenido consultas de personas del colectivo LGTBIQ+. Si bien todos los lugares o espacios de salud pueden en algún momento recibirlas, no es frecuente. Hay otros espacios que sí, que tienen más frecuencia, tienen más aceitado el tema hasta de la hormonización y demás, pero nosotros acá no, y no lo hemos puesto en la mesa para empezar a laburar. Y en relación a IVE, no”.

Médico general, centro de salud municipal de la capital.

En el interior sí emergen experiencias de atención a este sector de la población, pero referido por la misma profesional, a su vinculación con la temática:

“Yo porque trabajo con el colectivo, estoy en un consultorio inclusivo donde también acompaño procesos de hormonización en personas trans. Estamos con el tema muy instalado, así que no ha generado ninguna dificultad en ese sentido.

Pero bueno, en relación al aborto ha sido una sola experiencia en el primer trimestre y no demasiado, porque casi todes vienen por hormonización”.

Ginecóloga, hospital provincial del interior

Las buenas prácticas dirigidas a poblaciones específicas se encuentran más extendidas en la atención de niños, niñas y adolescentes, y menos consolidadas en lo que respecta al respeto de la diversidad sexo-genérica y a la atención de personas con discapacidad. Según las entrevistas, esta baja implementación -pese al alto porcentaje de capacitación del personal- se vincula con las dificultades para desarrollar abordajes interdisciplinarios en las condiciones laborales actuales.

4 Buenas prácticas de comunicación interna y formación

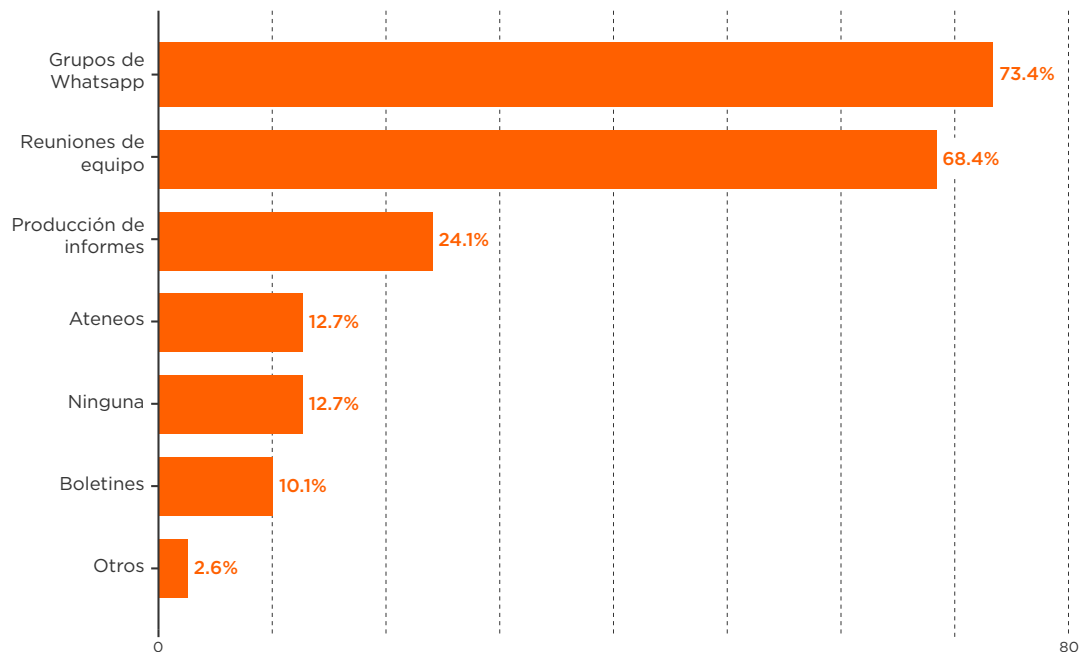
Hacia el final de la encuesta, se consultó a las y los profesionales sobre las prácticas de comunicación interna y formación que se implementan en sus instituciones o de las que forman parte. Las más mencionadas fueron los grupos de WhatsApp (73%) y las reuniones de equipo (68%). En un segundo nivel de frecuencia, el 24% indicó que participa en la elaboración de informes. Con porcentajes considerablemente menores aparecen los ateneos (12,7%), los boletines (10%) y quienes señalaron que no se implementa ninguna estrategia de comunicación o formación (12,7%) (Gráfico 48).

No pareciera haber mecanismos internos de formación, capacitación e intercambio que acompañen la efectivización de la política.

También se consultó sobre prácticas de comunicación externa y difusión de las políticas de IVE y las respuestas indican una menor preponderancia de estas estrategias en relación a las de

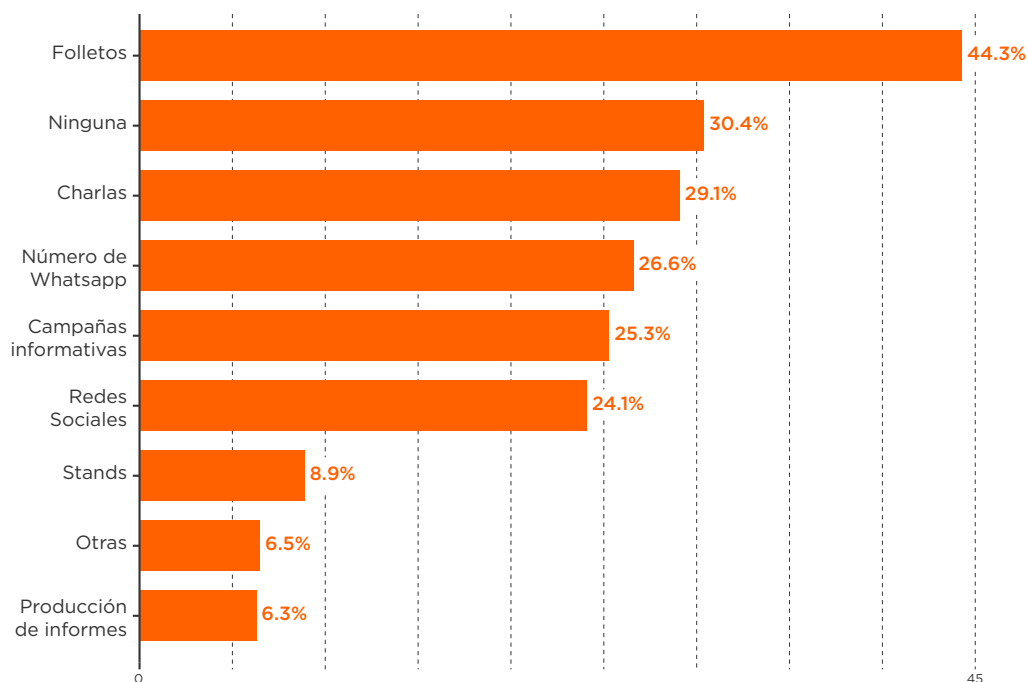
comunicación interna (ninguna opción supera el 50%). Menos de la mitad de las personas encuestadas (44%) expresa que se utilizan folletos para la difusión, mientras que la segunda opción más marcada es la que indica que no se implementa ninguna estrategia de comunicación externa en torno a IVE (Gráfico 49).

Gráfico 48. Estrategias en relación con las dinámicas de comunicación y formación.



*Sobre un total de 79 respuestas, se marcaron 161 opciones (se podía elegir más de una opción).

Gráfico 49. Estrategias para la mejora de la comunicación externa en torno a la IVE.

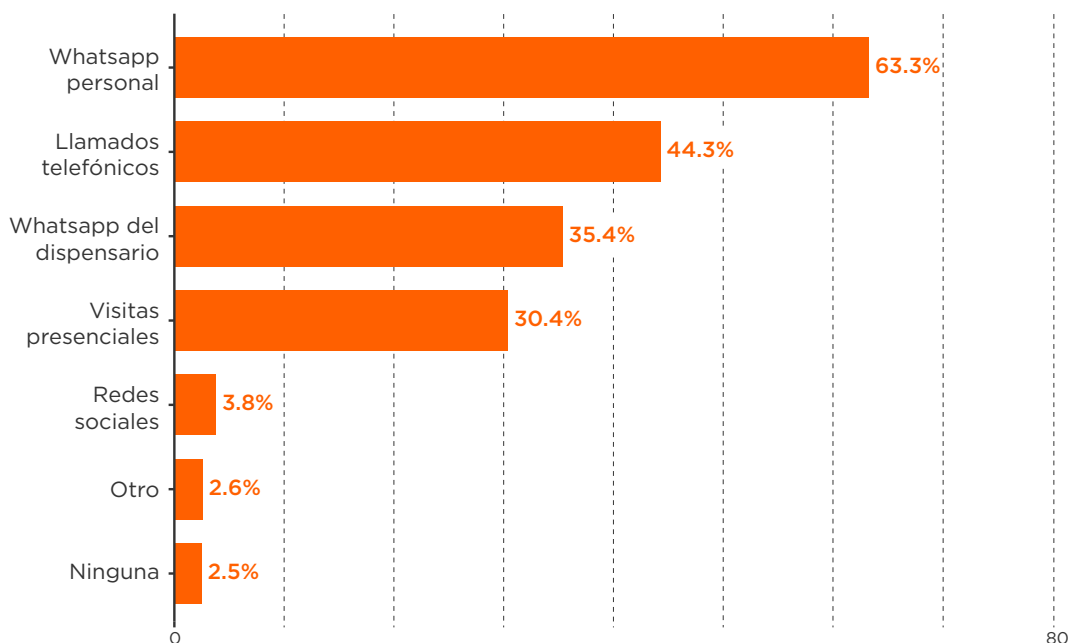


*Sobre un total de 79 respuestas, se marcaron 158 opciones (se podía elegir más de una opción).

Alrededor de un cuarto del cuerpo profesional encuestado afirma la existencia de alguna estrategia, primando las charlas (29%), seguidas por un número de WhatsApp al cual realizar consultas (26,6%), por campañas informativas (25,3%) y por información de redes sociales (24%). Muy por debajo se encuentran los stands (8,9%) y la producción de informes (6,3%).

Las estrategias de comunicaciones implementadas con las personas usuarias obtuvieron, en cambio, una gran cantidad de respuestas, aunque todavía debajo de la comunicación interna. La opción más utilizada para la comunicación con personas usuarias es el WhatsApp personal (63%) que se encuentra prácticamente 30 puntos arriba del WhatsApp del centro de salud (35%). A su vez, cerca de la mitad de las personas encuestadas afirma realizar llamados telefónicos a las personas usuarias (44%) y un 30% expresa hacer visitas presenciales en los hogares de las personas (Gráfico 50).

Gráfico 50. Medios de comunicación con las personas usuarias en el acompañamiento.



*Sobre un total de 79 respuestas, se marcaron 144 opciones (se podía elegir más de una opción).

**Entre las otras estrategias se mencionó también el contacto vía mail.

Muy por debajo se encuentran las estrategias vinculadas a redes sociales (3,8%). Solo un 2,5% afirmó no implementar ninguna estrategia de comunicación.

A partir de estos datos, se puede intuir que en una amplia mayoría de los casos existe un proceso de acompañamiento por parte de las y los profesionales a las personas que acceden a la práctica de IVE, aunque ese acompañamiento no necesariamente es institucional.

En esta dimensión se puede apreciar con claridad la tensión entre la calidad del servicio y las buenas prácticas con las condiciones de trabajo cuando no hay una política institucional en torno a IVE:

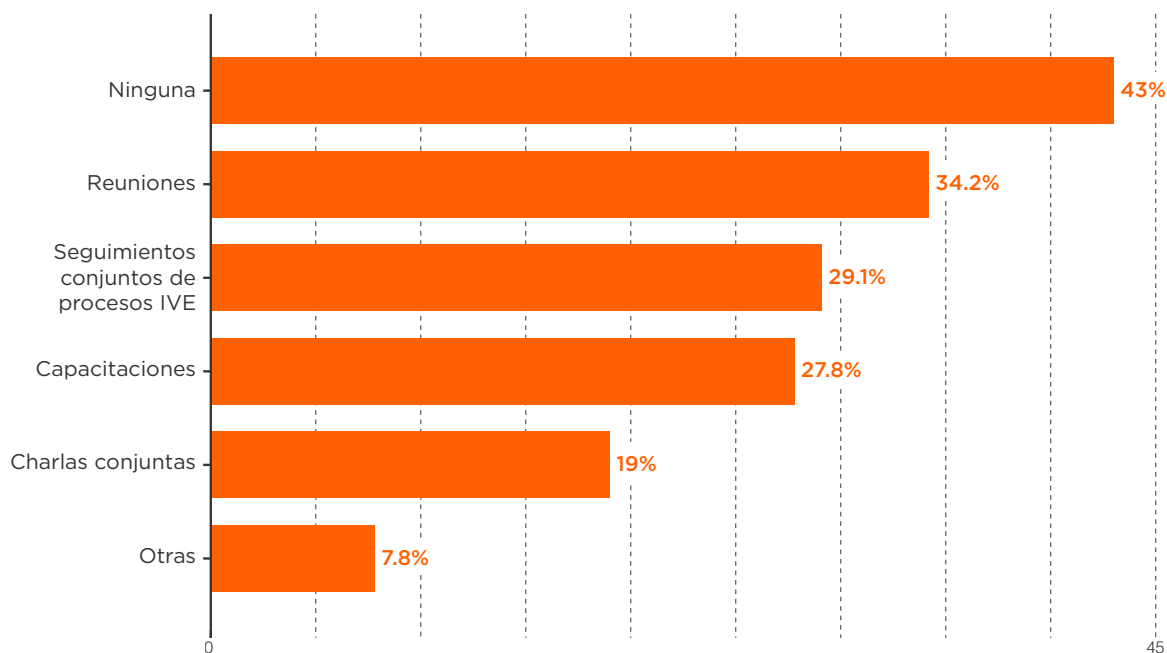
“Los tratamientos, los acompañamientos telefónicos, todo lo hacemos nosotros. O sea: yo te recibo a vos para IVE, te atiendo, voy a la consejería, te doy la medicación, te paso mi teléfono, te hago todo el acompañamiento, te cito a control, te entrego el método, hago la rendición de la medicación, esto en el marco de las 10.000 otras cosas que tenemos que hacer. A mí no me pagan extra la tarea de las IVE's y lo hago dentro del horario de trabajo sin descuidar mis otras tareas”.

Médica de familia, hospital provincial del interior

En relación a las comunicaciones con las personas usuarias, en la capital se observa una presencia levemente mayor del uso de WhatsApp institucional, mientras que en el interior predomina el uso de WhatsApp personal.

Por último, se indagó sobre la existencia de estrategias para fortalecer el vínculo con organizaciones territoriales. El porcentaje de respuestas es similar al registrado para las estrategias de difusión. Si bien un grupo mayoritario indicó no implementar ninguna estrategia (43%), un tercio de las personas encuestadas indicó que realiza reuniones con organizaciones territoriales (34%). También se mencionaron los seguimientos conjuntos (29%), las capacitaciones (27,8%) y, en menor medida, las charlas conjuntas con un 19%. (Gráfico 51).

Gráfico 51. Estrategias para el favorecimiento del vínculo con organizaciones territoriales



*Sobre un total de 79 respuestas, se marcaron 125 opciones (se podía elegir más de una opción).

**Entre las otras estrategias se mencionó “radios comunitarias” y participación en el consejo comunitario de niñez, adolescencia y juventudes.

En las buenas prácticas de comunicación y vinculación con organizaciones también hay diferencias entre capital e interior, pero menos contundentes (Gráficos 52 y 53). Al menos el 65% de las y los profesionales de la capital afirmaron implementar alguna buena práctica de vinculación con organizaciones, mientras que ese número desciende a 55% en profesionales del interior.

La diferencia sigue bajando en las buenas prácticas de comunicación interna, en las que la capital es solo de 4 puntos, teniendo la capital mayores respuestas positivas.

En la comunicación externa, la diferencia se invierte, y el personal del interior expresa en un 72,9% tener alguna estrategia de comunicación externa, mientras que en la capital se reduce a 60%

En las entrevistas se percibieron diferencias en el modo de entender el vínculo con la comunidad. En los dispensarios de la capital aparece un vínculo cercano y cotidiano por la cercanía del dispensario con los hogares, que facilita la gestión de los turnos y la comunicación, y explica el alto nivel de visitas domiciliarias obtenido en los resultados cuantitativos. En el interior, en cambio, predominan métodos de difusión hacia la comunidad que prescinden de la presencia física y el traslado debido a la magnitud de las distancias.

Gráfico 52. Implementación de estrategias para la vinculación con organizaciones, según región.

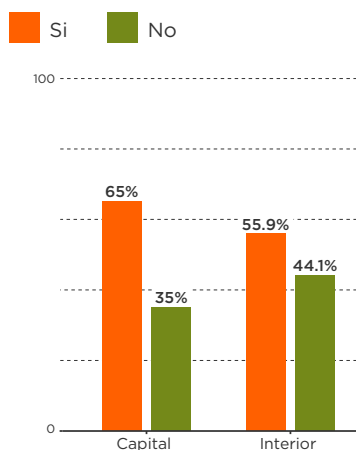


Gráfico 53. Implementación de estrategias de comunicación interna institucional, según región.

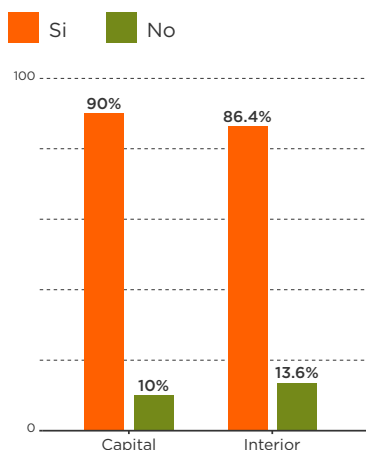
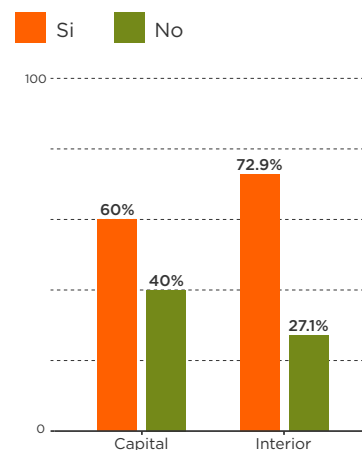


Gráfico 54. Implementación de estrategias de comunicación externa, según región.



Síntesis de los principales hallazgos

A partir de las indagaciones realizadas en la presente investigación, se identifican los siguientes emergentes:

*Interrupción Voluntaria del Embarazo

- ➔ **Incorporación masiva de la práctica** en centros de salud municipales de la Ciudad de Córdoba y en hospitales provinciales.
- ➔ **Normalización de la práctica** dentro de las instituciones de salud que la garantizan y **disminución de los altos niveles de conflicto**, en relación a los inicios de la implementación de la ley.
- ➔ Existencia de conflictos específicos con las áreas de **farmacia**
- ➔ **Prolijidad administrativa** como buena práctica, que favorece la construcción de alianzas a partir de la identificación del equipo con valores como la transparencia y la responsabilidad.
- ➔ Desarrollo de **circuitos aceitados de derivación** y trabajo conjunto con otras dependencias para la realización de ecografías, con prioridad de turnos para IVE.
- ➔ Preocupación por la **calidad de la atención** que tensiona con la simplificación del proceso.
- ➔ **Tiempos de acceso mayoritariamente bajos**: en general, se requieren entre una y dos asistencias para realizar una IVE en Córdoba, con un leve aumento a tres asistencias en el ámbito municipal del interior.
- ➔ **Persistencia de situaciones de maltrato hacia usuarias**, asociadas al ejercicio de poder mediante prácticas como brindar información confusa, sembrar miedo o imponer intervenciones desrecomendadas. Estas situaciones aparecen concentradas en guardias, servicios de ginecología y áreas administrativas. La barrera se configura antes de llegar al servicio que garantiza la IVE.
- ➔ **Sectorización y marginalización de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSyR)** en equipos específicos como estrategia buscada o derivada de la práctica, observable:
 - ➡ Dentro de instituciones de salud.

- ↪ En hospitales provinciales.
- ↪ En servicios de medicina familiar.
- ↪ En profesionales mujeres.

- En algunos casos, preferencia por la sectorización y la conformación de equipos interdisciplinarios específicos de IVE para reducir barreras y mejorar la calidad del proceso de atención.
- **Concentración de la garantía del servicio en profesionales puntuales**, quienes, tras cuatro años de sostener esta tarea, comienzan a manifestar desgaste. Los principales ejes de este **desgaste** son:
 - ↪ El nivel de conflicto y exposición.
 - ↪ Las condiciones laborales.

*Aspiración Manual Endouterina

- **Complejidad técnica** relacionada con la destreza técnica (manual) requerida y el nivel de intervención corporal que implica la práctica. Existe consenso en que puede resolverse mediante capacitación supervisada.
- **Complejidad espacial o de infraestructura:** vínculo entre la adecuación y comodidad de los espacios físicos y la seguridad en la realización de la práctica. Las entrevistas coinciden en que resulta difícil garantizar determinados estándares de calidad en el primer nivel de atención.
- **Complejidad laboral:** experiencias concretas y temores a represalias institucionales, en lugar de apoyo, ante fallas o complicaciones. Dependencia del vínculo con servicios clave en estos contextos: guardia, quirófano y ginecología.
- Consenso entre las personas entrevistadas: **evitar realizar AMEU en el primer nivel** mientras haya acceso al tratamiento medicamentoso o la posibilidad de garantizar la práctica en el segundo nivel.

*Contexto

- **Cambio claro en el clima social** en detrimento del derecho al aborto que, hasta el momento, no se traduce en obstáculos institucionales para el acceso.

- Diferencias en la percepción de **resistencias institucionales** entre capital e interior, con mayor presencia de resistencias en el interior durante los últimos seis meses.
- **Voluntad política** clara del gobierno municipal de capital y del gobierno provincial de sostener la garantía de IVE frente a los recortes en políticas públicas y presupuesto a nivel nacional. En paralelo, se registran recortes en algunos municipios que comienzan a derivar casos a hospitales zonales que continúan garantizando el servicio.
- Reordenamiento en la **distribución de recursos** a partir de las articulaciones y redes existentes entre equipos de salud.

*Buenas Prácticas

- En términos generales, se sostienen **buenas prácticas** en la atención a niños, niñas y adolescentes y en acciones específicas vinculadas a la atención de personas del colectivo LGTTBIQ+. Estas prácticas disminuyen en el acompañamiento a personas con discapacidad y/o con problemáticas de salud mental.
- Concentración de buenas prácticas en la atención a poblaciones específicas en la capital, con diferencias superiores a 50 puntos respecto del interior.
- La **comunicación interna** se implementa principalmente al interior de los equipos y se concentra en dos estrategias: grupos de WhatsApp y reuniones de equipo. La producción de informes, los ateneos y los boletines registran niveles significativamente menores.
- Alto porcentaje de respuesta positiva en la **comunicación con personas usuarias**, concentrada en el uso del WhatsApp personal de las y los profesionales.
- La **comunicación externa y la vinculación con la comunidad** presentan niveles de respuesta positiva considerablemente menores, sin alcanzar a la mitad de las personas encuestadas. En comunicación externa, la estrategia predominante es la folletería, mientras que el uso de redes sociales es casi inexistente.
- En el **vínculo con organizaciones sociales**, casi la mitad de las personas encuestadas reconoció no implementar “ninguna estrategia”. Sin embargo, más de un tercio mencionó la implementación de acompañamientos conjuntos, capacitaciones y reuniones.

- En la capital se advierte una mayor implementación de buenas prácticas de comunicación interna y vinculación con organizaciones, mientras que en el interior las buenas prácticas en comunicación externa se registran en mayor medida que en la capital.

Conclusiones

El presente estudio relevó el estado actual de la implementación de la IVE en la provincia de Córdoba, desde el punto de vista de las y los profesionales que la implementan.

Se reporta un proceso de generalización y simplificación del acceso a IVE a través de medicamentos, tanto con Misoprostol como el tratamiento combinado con Mifepristona. Se reveló también una gran precariedad e inestabilidad laboral en los equipos que la garantizan, con una elevada cantidad de monotributistas, becarios y becarias que se concentran particularmente en el interior de la provincia.

Un hallazgo significativo es la decisión institucional de los gobiernos provincial y municipal de la capital de Córdoba de garantizar el acceso a la práctica, a pesar del recorte a nivel nacional en el envío de medicamentos. En ese sentido, cobra importancia la presencia de redes feministas en los espacios de atención y gestión y en organizaciones que articulan con el sistema de salud para garantizar el derecho.

Distinta es la situación del procedimiento instrumental de AMEU, que continúa siendo una práctica concentrada en algunos centros de salud con trayectoria en su realización y a los que se suman algunas experiencias más recientes en el primer y segundo nivel de atención. Los resultados son heterogéneos y varían según el apoyo institucional y la presencia de equipos suficientes y con la formación necesaria para su realización. Los principales obstáculos los constituyen la falta de formación técnica, práctica supervisada, articulación con servicios de emergencia y la posibilidad de garantizar espacio y baño para la recuperación.

Si bien las buenas prácticas son abordadas como temáticas en las formaciones dirigidas a las y los profesionales, su implementación efectiva se ve condicionada por diversos factores. Por un lado, persisten vacancias en contenidos clave, como el respeto a la diversidad sexo-genérica y la garantía de acceso para personas con discapacidad. Por otro lado, las condiciones laborales dificultan el sostenimiento de estrategias que requieren tiempos institucionales y trabajo interdisciplinario. En este marco, se observa una mayor presencia de buenas prácticas en la capital provincial, donde los equipos cuentan con mejores condiciones para su desarrollo.

De manera transversal, se puede afirmar que el interior, en particular, el primer nivel de atención, concentra los servicios que garantizan acceso con peores condiciones laborales y de apoyo institucional. Se relevó también una reducción contextual del servicio debido a la finalización del programa de radicación de médicos en el interior y una concentración del servicio en el segundo nivel con dependencia provincial como consecuencia de la reducción de personal en los municipios.

A grandes rasgos, podría decirse que, aunque los antecedentes recientes y el cuerpo profesional encuestado refiere un clima social contrario a la garantía de derechos, esto aún no ha impactado de manera significativa en el acceso a la práctica en la provincia, aunque se registra cierto aumento de dificultades en el interior.

Por el contrario, **la práctica aparece normalizada en las instituciones y difundida en las comunidades, lo que da cuenta de una política todavía robusta, pero sostenida en el interior provincial a partir del compromiso y sobrecarga de trabajo en condiciones precarias. Las desigualdades territoriales continúan siendo, según muestra el estudio, el principal desafío para su implementación.**

En términos de desafíos emergentes de la presente investigación, concluimos que se torna necesario en nuestra provincia:

- ➔ Generar instancias de formación destinadas a profesionales de ginecología, dado que en la actualidad es significativamente menor el porcentaje que garantiza acceso a IVE/IVE en comparación con quienes ejercen medicina familiar o medicina general.
- ➔ Abordar la obstaculización que ejercen las personas responsables del área de farmacia en el primer y segundo nivel de atención.
- ➔ Propiciar acercamientos a profesionales que ejercen objeción de conciencia, con el objetivo de indagar en los motivos de esa decisión y construir estrategias de trabajo conjuntas. En muchos casos, las personas admiten declararse objetoras por cuestiones de sobrecarga diaria de trabajo y no por razones de orden moral o religiosa.
- ➔ Continuar y fortalecer las instancias de formación en torno a la AMEU para derribar mitos y prejuicios, realizar prácticas específicas y avanzar en estrategias territoriales que favorezcan su implementación en el primer nivel de atención.
- ➔ Acompañar con acciones de incidencia el sostenimiento de las políticas públicas vigentes a nivel provincial y en diferentes municipios para seguir acompañando a los equipos de salud que garantizan el acceso a IVE/ILE

A pesar de los embates políticos, sociales e institucionales que ha enfrentado en los últimos años, la Ley N° 27.610 continúa siendo una herramienta fundamental para la garantía de los derechos sexuales y (no) reproductivos en la Argentina. Su vigencia no es solo jurídica, sino que se sostiene en el compromiso cotidiano de los equipos de salud y en la persistencia de redes de activistas y organizaciones de la sociedad civil que, aun en contextos adversos, siguen haciendo posible el acceso al aborto legal, seguro y gratuito. Los hallazgos de este informe muestran que **defender la ley hoy implica no solo evitar retrocesos, sino también fortalecer su implementación efectiva, reducir las desigualdades territoriales y consolidar políticas públicas que hagan del derecho al aborto una realidad concreta para todas las personas en la provincia de Córdoba.**

En este sentido, resulta imprescindible recordar que su cumplimiento no es optativo: **el Estado, en todos sus niveles, tiene la obligación de garantizar el acceso oportuno, digno y de calidad a la interrupción voluntaria del embarazo, y de remover activamente las barreras que lo obstaculizan.** Tal como establece el marco normativo vigente, la obstrucción, dilación o negación injustificada de este derecho puede dar lugar a responsabilidades administrativas, civiles y penales. Reafirmar y exigir su implementación efectiva es, por tanto, no sólo un imperativo legal, sino también un compromiso ético y político con la salud, la autonomía y la vida de las personas con capacidad de gestar.

Bibliografía

- Álvarez, R. C., Astegiano, C., Gallina, F. A., & Castillo, H. S. (2024). Implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en un hospital de Córdoba. Archivos de Medicina Familiar y General, 21(3), 6–18. <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/294>
- Argentina. (2002). Ley N.º 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/79831/texto>
- Argentina. (2006). Ley N.º 26.150. Educación sexual integral. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26150-121222>
- Argentina. (2009). Ley N.º 26.529. Derechos del paciente. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-2009-160432>
- Argentina. (2021). Decreto N.º 516/2021. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/248191/20210814>
- Argentina. (2021). Ley N.º 27.610. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/ley-no-27610-acceso-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-ive-obligatoriedad-de-brindar>
- Argentina. (2023). Anexo: Funciones de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/297885/20231106>
- Ariza, A., & Faur, E. (2004). Calidad de atención en salud. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3884/1/SSPP200405.pdf>
- Bercu, C., Filippa, S., Ramirez, A. M., Katz, A., Grosso, B., Zurbriggen, R., Vázquez, S., & Baum, S. E. (2022). Perspectives on high-quality interpersonal care among people obtaining abortions in Argentina. Reproductive Health, 19, 107. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01401-1>
- BMJ Global Health. (2020). Abortion metrics: A scoping review of abortion measures and indicators. BMJ Global Health, 6(1), e003813. <https://gh.bmj.com/content/6/1/e003813>
- Botta, M. P., Chaumet, D., & Macagno, B. (2024). Implementación de la aspiración manual endouterina para interrupciones voluntarias y legales del embarazo en centro ambulatorio. Revista de AMAdA, 20(1). <https://www.amada.org.ar/index.php/numeros-anteriores/volumen-20-n-1-2024/82-revista/revista-n1-2024/603-implementacion-de-la-aspiracion-manual-endouterina-para-interrupciones-voluntarias-y-legales-del-embarazo-en-centro-ambulatorio>

Bustos Moreschi, C., Iriarte, C., Quijada, E., Aguirre, I., Zurbriggen, L., Baretta, M. L., Balaguer, M., Scherbovsky, N., Villaroel, P., & Armando, S. (2022). Prácticas cuidadas para la atención de la interrupción del embarazo. https://fundeps.org/wp-content/uploads/2022/11/ILEIVE_Recursero_DIGITAL_comprimido.pdf

Cascardo, F., Robaina, I., Testoni, E., & Trebotic, G. (2021). Informe sobre violencias en el aborto: Un acercamiento desde la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir en las regionales Zona Oeste PBA y Mendoza. https://redsaluddecidir.org/wp-content/uploads/2021/12/Informe-Violencias-en-el-acceso-al-aborto-2021_.pdf

Católicas por el Derecho a Decidir Córdoba. (2022). Informe sobre el acceso a la salud sexual y reproductiva en Córdoba. https://drive.google.com/file/d/1LwXVY7ZhJw5_gGspY814DxgN68ifg19R/view

CEDES, IPAS, & REDAAS. (2022). Tareas compartidas. https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/Tareas_Compartidas-1.pdf

CEDES, Proyecto Mirar, & Ibis Reproductive Health. (2021). A un año de la ley de aborto en Argentina. <https://proyectomirar.org.ar/investigaciones/reporte-anual-2021/>

CEDES, Proyecto Mirar, & Ibis Reproductive Health. (2024). Reporte 2023: Logros de la política de aborto y amenazas actuales. https://proyectomirar.org.ar/wp-content/uploads/PM_reporte-anual-2023.pdf

CEDES, Proyecto Mirar, & Ibis Reproductive Health. (2025). Mirar con método: El monitoreo del aborto en Argentina. <https://proyectomirar.org.ar/wp-content/uploads/Mirar-como-metodo.pdf>

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. (2015). Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b875a081-94ba-4052-b369-8389fd383fc6/content>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Nación. (2021). Acceso a métodos anticonceptivos (MAC) y a interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE): Reporte bimestral enero–febrero 2021. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-07/Reporte_bimestral_enero-febrero-2021.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2013). Guía para la aplicación del monitoreo de resultados para la equidad (1.ª ed.) [PDF]. UNICEF Perú. <https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org/peru/files/2019-01/Guia-para-aplicacion-del-monitoreo-de-resultados-para-la-equidad.pdf>

FUNDEPS. (2018). Córdoba tiene aborto no punible. <https://fundeps.org/wp-content/uploads/2018/12/Documento-Aborto-no-punible-Cordoba-1.pdf>

FUNDEPS. (2020). Abortar con derechos durante la pandemia. <https://fundeps.org/wp-content/uploads/2020/08/Cartilla-Abortar-con-derechos-durante-la-pandemia.pdf>

Gutiérrez Ramos, M., & Guevara Ríos, E. (2015). Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 61(1). <https://doi.org/10.31403/rpgo.v61i416>

Ibis Reproductive Health & Colectiva Feminista La Revuelta. (2024). Informe de un estudio colectivo. Abortar en Argentina: Un estudio sobre experiencias de acceso luego de la Ley de Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo. https://www.ibisreproductivehealth.org/sites/default/files/files/publications/informe_abortos_en_el_sistema_de_salud_1.pdf

Keefe-Oates, B., Krause, M., Ramón Michel, A., Ramos, S., & Romero, M. (2025). Diseño y validación de un cuestionario para medir acceso y calidad de los servicios de aborto en Argentina. Salud Colectiva, 21, e5348. <https://doi.org/10.18294/sc.2025.5348>

Martoglio, A. (2025, 15 de julio). Provisión de insumos para IVE en Córdoba Capital. La Voz del Interior. <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/en-cordoba-la-provision-nacional-de-anticonceptivos-y-de-medicacion-para-ive-cayo-un-64/>

Ministerio de Salud de Córdoba. (s. f.). Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. <https://ministeriodesalud.cba.gov.ar/materiales-difusion/#saludsexual>

Ministerio de Salud de la Nación. (2016). Resolución N.º 65/2015. Lectura del Código Civil y Comercial en derechos sexuales y reproductivos. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-65-2015-257649/texto>

Ministerio de Salud de la Nación. (2019). Manual guía de buenas prácticas en diversidad y derechos humanos. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/manual_guias_practicas_nuevo.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (2022). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE). https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/06/res_1535_-_2021_protocolo_ive_anexo_i.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (2023). Implementar IVE-ILE. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-05/ImplementAR_IVE-ILE_2023_852023.pdf

Municipalidad de Córdoba. (2023). Informe de gestión de salud integral. <https://gobiernoabierto.cordoba.gob.ar/data/datos-abiertos/categoria/genero/salud-integral/3185>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Directrices sobre la atención del aborto. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/246cccdc-a4c2-4dcc-8c18-8b11cdb9dd46/content>

Poder Judicial de la Provincia de Córdoba. (2023, 18 de mayo). G. Elorrio c/ Estado provincial s/ amparo (Expediente SAC N.º 9965185). https://www.justiciacordoba.gob.ar/cargawebweb/_News/NovedadesDetalle.aspx?idNovedad=33153



www.fundeps.org

[@fundepsargentina](https://www.instagram.com/fundepsargentina)

