

XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2024.

# **Interrupción voluntaria del embarazo (IVE): obstáculos y facilitadores en el primer nivel de atención de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a dos años de la ley 27.610.**

Gutierrez Hachard, Lucia.

Cita:

Gutierrez Hachard, Lucia (2024). *Interrupción voluntaria del embarazo (IVE): obstáculos y facilitadores en el primer nivel de atención de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a dos años de la ley 27.610*. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-048/221>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evo3/d9G>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE): OBSTÁCULOS Y FACILITADORES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES A DOS AÑOS DE LA LEY 27.610

Gutierrez Hachard, Lucia

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

El objetivo general de la investigación fue describir y analizar los obstáculos y facilitadores en las prácticas de IVE en el primer nivel de atención en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [CABA] en el 2023, desde la perspectiva de los profesionales del equipo de salud. Los objetivos específicos fueron caracterizar las prácticas, y describir y analizar tanto los obstáculos como los facilitadores de éstas. Desde un enfoque cualitativo descriptivo, se analizaron 5 entrevistas realizadas a profesionales de salud de equipos de IVE-ILE del primer nivel de atención. Los resultados indican que las prácticas de los equipos se corresponden con la normativa de la ley 27.610. A nivel obstáculos, la sobrecarga y el subfinanciamiento transversal al sistema de salud condicionan significativamente las prácticas. Además, se destaca la obstrucción de las prácticas por parte de profesionales objetores de conciencia. Por su parte, la ley 27.610, en conjunto con la legitimación social de los últimos años, se configuran como facilitadores importantes en las prácticas de IVE en el primer nivel.

## Palabras clave

IVE - Aborto - APS - Primer Nivel de Atención

## ABSTRACT

**VOLUNTARY TERMINATION OF PREGNANCY (VTP): OBSTACLES AND FACILITATORS IN THE PRIMARY CARE LEVEL IN THE CITY OF BUENOS AIRES TWO YEARS AFTER THE ENACTMENT OF LAW 27.610**

The primary objective of this research was to describe and analyze the obstacles and facilitators in the practices of Voluntary Termination of Pregnancy (VTP) at the primary level of care in the Autonomous City of Buenos Aires (CABA) in 2023, from the perspective of health care professionals. The specific objectives included characterizing the practices, as well as describing and analyzing both obstacles and facilitators in CABA during this period. A descriptive qualitative approach was used to conduct and analyze five interviews with healthcare professionals from pregnancy termination teams at the primary care level. The results indicate that the teams' practices are in accordance with the regulations of Law 27.610. Key obstacles identified include

the overload and underfunding of the public healthcare system, which significantly impact practices. Additionally, the obstruction of practices by conscientious objector professionals is notable. On the other hand, Law 27.610, along with the social legitimization achieved in recent years, serve as significant facilitators in the implementation of VTP practices at the primary care level.

## Keywords

Voluntary Termination of Pregnancy - Abortion - Primary Health Care - Primary Care Level

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se enmarca en la perspectiva de la medicina social/salud colectiva latinoamericana. Desde este enfoque, se conceptualiza la salud-enfermedad-cuidado en términos de un proceso dinámico, cuya matriz se relaciona con los modos de producción y las formaciones socioeconómicas. (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012). En esta línea, desde la comprensión de la salud como derecho humano, toma relevancia el acceso al aborto voluntario como problemática de salud pública.

Acorde a una investigación publicada en *The Lancet*, se estima que cada año se realizan alrededor de 73.3 millones de abortos en todo el mundo (Bearak et al., 2020). A su vez, el 76.4% de los abortos realizados en Latinoamérica entre 2010 y 2014 fueron inseguros, es decir, realizados por personas que carecen de la capacidad necesaria y/o en un entorno que carece de un estándar médico mínimo (Ganatra et al., 2017). Los abortos inseguros pueden traer complicaciones severas para la salud física, emocional y social de las personas gestantes y su entorno cercano (REDAAS, 2019; Sebastiani, 2018). Por estas razones, resulta importante generar políticas públicas actualizadas y precisas que favorezcan el acceso a prácticas seguras.

En Argentina, la historia del aborto y su acceso ha estado marcada por la movilización de los movimientos feministas. En 2021, la sanción de la Ley 27.610 "Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)" modificó el marco legal vigente. Este penalizaba cualquier interrupción que no estuviera contemplada en las causales "peligro de vida", "peligro para la salud de la persona gestante" o "violación". Los casos contemplados en

estas causales sí eran legales y calificaban como Interrupción Legal del Embarazo (ILE), pudiendo ser atendidos en Consejerías de ILE. La nueva ley establece la legalidad de las prácticas de aborto inducido por cualquier causal hasta la semana 14 de gestación, y mantiene el régimen de causales para las semanas subsiguientes, además de requerir la cobertura total de las prácticas por parte de los efectores de salud (Ley 27.610, 2021). En concordancia con el modelo de Atención Primaria en Salud (APS), las cifras oficiales en la CABA establecen al primer nivel de atención como la puerta de acceso para las IVE-ILE, habiendo atendido el 65% de las situaciones IVE-ILE en 2022, respecto a un total anual de 9.986. (Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS, 2023). Por esto resulta relevante contar con información actualizada y confiable de este nivel para desarrollar políticas públicas que mejoren la accesibilidad y calidad de las prácticas.

## METODOLOGÍA

Se utilizó un enfoque cualitativo de tipo descriptivo con el fin de comprender las prácticas de IVE analizando, interpretando y contextualizando el fenómeno mediante las experiencias de las personas entrevistadas (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2006). Se utilizaron entrevistas semiestructuradas diseñadas para la investigación, constando de 19 preguntas.

El análisis fue de carácter cualitativo, organizando los datos en prácticas, obstáculos y facilitadores. Tanto obstáculos como facilitadores se subclasificaron en nivel macro (condiciones político-económicas y normativa gubernamental), meso/institucional (formas de prestación de servicios) y micro (representaciones y prácticas de los distintos actores).

En relación a los aspectos éticos, se solicitó consentimiento informado escrito y oral, y se eliminó cualquier dato que pudiera identificar a las entrevistadas.

### **Unidad de análisis, población y muestra**

Se tomó como población a todos los profesionales de equipos de salud que intervinieron en IVE en el primer nivel de atención de CABA en el 2023, y como unidad de análisis a cada uno de dichos profesionales. Los equipos de salud del primer nivel de atención pueden estar constituidos por médicos generalistas, ginecólogos, pediatras, odontólogos, bioquímicos, enfermeros, parteros, agentes sanitarios, trabajadores sociales, psicólogos y personal administrativo (MSAL, 2008). El recorte se determinó priorizando una población que pudiera relatar su experiencia en primera persona, aportando confiabilidad a los datos recabados. Utilizando un muestreo por cadenas, la muestra quedó conformada por cinco profesionales de salud, todas mujeres cisgénero.

## RESULTADOS

### **1. Prácticas**

Las prácticas de los equipos se corresponden con la normativa de la ley 27.610. Frente a la solicitud de interrupción, se facilita una receta y/o un turno de ecografía, junto con un turno para la entrevista de consejería. Con la ecografía se determina la edad gestacional: hasta las 12.6 semanas se atiende de forma ambulatoria, de 12.6 a 14 se deriva al hospital para hacer la interrupción con internación, luego de las 14 semanas se elabora un informe para encausar como ILE y se deriva al hospital de referencia.

Los equipos relevados son interdisciplinarios; la mayoría realiza las consejerías en duplas o equipos de 3. En la consejería se brinda información sobre el procedimiento, se abre un espacio de escucha atenta para resolver dudas, se acompaña a la persona a decidir dónde y cuándo realizar la interrupción, y se entrega la medicación. La persona se retira de la consejería con información sobre los pasos a seguir, y las pautas de alarma para acudir a una guardia. Generalmente, los tiempos entre solicitud e interrupción respetan el plazo límite de 10 días.

Al describir su rol en el equipo, la mayoría indicó abocarse a tareas asistenciales -más que preventivas-, frente a la alta demanda y sobrecarga de tareas. Todas las entrevistadas visibilizaron acciones de cuidado tales como escucha atenta, indagación sobre redes de apoyo, y oferta de información completa y en un lenguaje accesible, con el objetivo de co-construir una estrategia para que la persona realice la interrupción en la mayor comodidad posible y con compañía. Desde la perspectiva de Menéndez (2003), incorporar la dimensión de cuidado implica reconocer que gran parte de las acciones en salud ocurre en las vidas cotidianas y las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos.

En casi todos los centros se realiza seguimiento y se ofrece un canal de comunicación para el momento en el que la persona realiza la interrupción (mail o Whatsapp). Luego se asigna turno para un control post con ecografía, y elección de método anticonceptivo. Gran parte de las personas no acuden, lo cual es problematizado por algunas entrevistadas y tomado como esperable por otras.

### **2. Obstáculos**

A nivel macro, el obstáculo más significativo es la *sobrecarga y subfinanciamiento del sistema público de salud*. Éstos tienen un impacto indirecto a nivel de las prácticas, provocando una falta de profesionales de salud capacitados y disponibles, sobrecarga laboral de los equipos, precariedad de la contratación, malas condiciones laborales y falta de recursos tales como ecógrafos. Un segundo obstáculo es la *fragmentación del sistema de salud y la difícil articulación entre sus jurisdicciones*, especialmente cuando responden a signos políticos diferentes. El último factor que se identificó en este nivel son las *condiciones de pobreza*

*estructural* que dificultan el acceso de los pacientes y condicionan su trayectoria por el sistema de salud.

Pasando al nivel institucional, la mayoría de las fuentes señala como obstáculo la *dificultad de acceso a las ecografías*. Estas están determinadas tanto por una falta de recursos (tanto materiales como humanos), como por una mala distribución de los mismos. Las soluciones que se construyen son derivaciones informales entre centros de salud o la recomendación de prestadores privados pero económicamente accesibles.

La *falta de profesionales de salud*, especialmente de médicos, atraviesa la totalidad de la práctica. De los 4 centros relevados, dos requieren de profesionales “prestados” de otros centros para garantizar la práctica, limitando la cantidad de días que cada centro brinda atención en IVE-ILE a uno o dos días por semana.

La limitación de profesionales, sumada a una elevada carga de tareas, lleva a una *sobrecarga laboral* del equipo. Ésta provoca que los equipos se enfoquen en la práctica asistencial, dejando de lado la promoción de la salud y prevención de enfermedades, dos tareas que según la estrategia de APS (MSAL, 2004) son fundamentales en el primer nivel de atención.

Sumado a lo anterior, la *precariedad de la contratación y las malas condiciones laborales* se traducen también en *alta movilidad de los profesionales*. Esta funciona como obstáculo al momento de derivar entre centros. Además, a nivel edilicio, se identifican *malas condiciones estructurales y consultorios pequeños o insuficientes*.

Por otra parte, dos de las entrevistadas señalan como desafío pendiente que las personas puedan elegir entre el tratamiento medicamentoso y el AMEU. La *dificultad de acceso al método AMEU* radica en que la práctica se realiza en muy pocos centros, tanto por falta de profesionales capacitados, como de tecnología, y/o porque no se cumplen las condiciones estructurales mínimas en el centro de salud (lugar cómodo para esperar, baño privado).

El último obstáculo identificado a nivel institucional es la *fragmentación dentro de los centros de salud*. Según una de las entrevistadas, en su centro de salud los otros profesionales muchas veces no sabían que se garantizaba IVE-ILE o cómo era el circuito de acceso a la práctica. Explicó: “(...) estamos en el centro de salud pero por ahí ni nos cruzamos”.

Esta fragmentación se conjuga a nivel micro con *falta de capacitación y actitudes que van en contra de la dignidad de las personas* en profesionales del centro externos al equipo. Esto incluye brindar información incompleta o incorrecta a usuarios, y/o maltrato o destrato a quienes solicitan la práctica.

Finalizando el análisis a nivel micro, el obstáculo mencionado con más frecuencia fue la *obstrucción de prácticas por parte de profesionales objetores de conciencia*. En palabras de una entrevistada:

“ (...) hay personal que es objetor de práctica, que directamente obstaculiza. (...) porque decirle a alguien que no le va a dar la orden de ecografía, y que alguien nos lo cuente después por

mail o cuando viene, y le corrieron los días... Realmente, cuando nosotros decimos ‘garantizar derechos no es delito’; bueno, no garantizar derechos es delito”.

### 3. Facilitadores

Al analizar el material se identificaron dos facilitadores a nivel macro. En primer lugar, la *ley 27.610* fue destacada enfáticamente por todas las entrevistadas. En segundo lugar, se resaltó el proceso social de *movilización por la sanción de la ley*. Éste tuvo consecuencias a nivel meso, en la organización de redes; y a nivel micro, favoreciendo que nuevos profesionales se acerquen a la práctica, y que les usuaries lleguen a consulta con menos semanas de gestación, así como con mayor información y tranquilidad.

Continuando con el impacto de la ley, a nivel institucional, todas las entrevistadas señalaron como un gran facilitador la *eliminación de las causales (hasta las 14 semanas)* y la *simplificación de las entrevistas*. Según una de ellas, “era muy violento tener que preguntar un montón de cosas para justificar un aborto (...) [ahora] se hace una entrevista mucho más honesta y en todo caso, mucho más centrada en la persona que tenés sentada ahí adelante”.

A su vez, la *multiplicación de efectores* fue señalada como facilitador, favoreciendo la accesibilidad, tanto a nivel del subsector público como de las obras sociales. La accesibilidad puede ser entendida como un vínculo que surge de la combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos (Stolkiner, Comes, y Garbus, 2011).

Las redes fueron destacadas como facilitador especialmente significativo. Rovere (2006) las define como formas de articulación multicéntrica, heterogéneas, constituidas por vínculos solidarios, que son una forma de dar mejor respuesta a los problemas de las personas. En este caso, las *redes informales* se organizaron para sortear los obstáculos que implicaba garantizar interrupciones en un contexto de clandestinidad. Una vez constituidas, establecieron un objetivo estratégico: la sanción de una ley de interrupción voluntaria del embarazo. En la actualidad, con un contexto legal y social fundamentalmente diferente, y habiéndose logrado la sanción de la ley, las entrevistadas señalan una modificación en estas redes: menor frecuencia de reunión y, en algunos casos, menor necesidad de recurrir a ellas. Aquellas que las utilizan refieren usar grupos de Whatsapp para realizar derivaciones “protegidas” a centros “amigables”, tanto para prácticas de IVE-ILE como para acceso a ecografías. Este cambio puede explicarse también por un contexto de legitimación de la práctica que permitió canalizar muchas de estas necesidades a través de una *red formal* centralizada por la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva, VIH e ITS de CABA. Por ejemplo, la provisión de medicación, en otro momento inestable y dependiente de la articulación informal, hoy está garantizada por esta Coordinación. Esta *provisión estable de medicación* es

en sí otro facilitador importante a nivel institucional.

Por último, se destacan a nivel institucional *alianzas dentro de los centros de salud* para garantizar la práctica, articulando profesionales y otros trabajadores de la salud, formen o no parte del equipo: "(...) desde ahí vas armando como un circuito que le pongas como barrera o pared a todos estos otros [obstaculizadores]".

## COMENTARIOS Y DISCUSIONES

Las prácticas de los equipos entrevistados coinciden mayormente con los objetivos y preceptos de la ley.

En las entrevistas toma especial preponderancia el cuidado en las consejerías, en tanto se busca establecer relaciones horizontales y participativas, registrando y valorando la importancia de las redes de apoyo. En esta praxis, resulta una ventaja indudable que las interrupciones se garanticen en el primer nivel de atención, ya que su cercanía a los lugares en los que la comunidad vive y trabaja permite que sus profesionales conozcan y comprendan las necesidades particulares de la comunidad a la que acompañan.

Pasando a los facilitadores, la multiplicación de efectores mejoró la accesibilidad, eliminando trabas geográficas. Asimismo, la disminución del miedo, tanto en usuarios como en profesionales, y la percepción de la IVE como un derecho, favorecieron una mayor accesibilidad en términos simbólicos. En esta misma línea, la eliminación del requisito de causales antes de las 14 semanas permitió dar más lugar a la escucha atenta y flexibilizar el espacio de consejería según las necesidades de los solicitantes.

A su vez, se destaca el potencial de las redes como facilitador, así como su transformación a partir de la modificación del contexto social y legal. Estos hallazgos van en línea con el planteo de Rovere (2006), que afirma que las redes se organizan para enfrentar problemas concretos. La mutación de las necesidades conlleva una transformación del sistema, cuyas consecuencias a largo plazo están por verse.

Por otra parte, frente a situaciones que requieren coordinar con efectores de diferentes jurisdicciones o entre el subsector público y los otros subsectores, la fragmentación y heterogeneidad del sistema demandan una construcción constante de estrategias para garantizar las prácticas de interrupción. Si bien a veces esta articulación es formal, muchas otras veces son prácticas artesanales que siguen dependiendo de la voluntad de los profesionales y equipos.

Con respecto a los obstáculos destacados, algunos se vinculan directamente con la práctica de IVE y las representaciones sociales asociadas a ésta, así como al género, a la maternidad, etc. Algunos ejemplos de esto son la obstrucción de prácticas en nombre de la objeción de conciencia o las actitudes de desinterés hacia la capacitación y la perspectiva de género en algunos profesionales de salud.

Sin embargo, cabe destacar que muchos de los obstáculos ins-

titucionales analizados son transversales al sistema público de salud, y se explican, a nivel macro, por su sobrecarga y subfinanciamiento. Estos tienen por efecto, por ejemplo, limitar la posibilidad de los equipos de trabajar en promoción de la salud y prevención de enfermedades, un rol fundamental del primer nivel de atención en la estrategia de APS.

La sanción de la Ley 27.610 fue un gran paso hacia la garantía del derecho a decidir. Pero la concreción de la IVE como política pública requiere del aseguramiento de las condiciones materiales y la adjudicación de los recursos necesarios para que se pueda brindar una práctica de calidad a todas las personas que la necesitan. Según este análisis, la movilización social y la sanción de la ley de IVE provocaron una transformación positiva en las prácticas de interrupción del embarazo, disminuyendo los obstáculos y multiplicando o transformando los facilitadores. La consolidación de la IVE como derecho implica un gran paso en términos de la recuperación de la dignidad de las personas con capacidad de gestar. La posibilidad de tener autonomía en la propia salud sexual y reproductiva abre el camino a trayectorias de vida más libres, en las que la maternidad aparece en términos de deseo y no de obligación.

Así como los movimientos feministas tuvieron un rol protagónico para lograr la legitimación social y la sanción de la ley de IVE, puede que su movilización juegue un papel primordial en lograr que esta práctica se realice en los lugares del país en los que aún no se garantiza, y en defender, frente a los avatares políticos, el territorio conquistado en términos de derechos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A.-B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L. & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Global Health*, 8(9), e1152-e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6).
- Ley No. 27.610. (2021). Interrupción Voluntaria del Embarazo. B.O. 15/01/2021. (Argentina). <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>
- Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS. (2023). *Salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta, actualización 2022*. Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
- Ganatra, B., Gerds, C., Rossier, C., Johnson Jr, B. R., Tunçalp, Ö., Assi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Zhenning, K. & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390(10110), 2372-2381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207.

- Ministerio de Salud de la Nación. [MSAL] (2004). *Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007*. [https://www.psi.uba.ar/academica/carreras-degrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/065\\_salud1/material/archivos/documentos/plan\\_federal\\_de\\_salud\\_2004\\_2007.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carreras-degrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/documentos/plan_federal_de_salud_2004_2007.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación. (2008). *Resolución 1108/2008. Apruébanse las Grillas de Habilitación Categorizante para Centros de Atención Primaria (CAPS), las que se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1108-2008-145426/texto>
- Red de Acceso al Aborto Seguro Argentina (REDAAS). (2019). *Aborto en Argentina: cifras y estadísticas*. <https://www.redaas.org.ar/archivos-actividades/64-CIFRAS%20ABORTO-REDAAS-singlepage.pdf>
- Rovere, M. (2006). *Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad*. (2da ed.) El Agora Asociación Civil, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de la Salud Juan Lazarte.
- Sebastiani, M. A. (2018). La falta de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo trae consecuencias psicológicas negativas en las mujeres. *Evidencia, Actualización En La práctica Ambulatoria*, 21(2). <https://doi.org/10.51987/evidencia.v21i2.6814>
- Stolkiner, A. I., Comes, Y., Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6, 2807-2816. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600019>
- Stolkiner, A. I., & Ardila Gómez, S. E. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex*, 23(101), 57-67.