

HOJA INFORMATIVA

Buenas prácticas de calidad en servicios de aborto

Katerina Milone y Daiana Brelaz

Con la colaboración de Mariana Romero



Milone, Katerina

Buenas prácticas de calidad en servicios de aborto : hoja informativa / Katerina Milone ; Daiana Brelaz. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2024.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4766>

ISBN 978-631-90255-2-1

1. Aborto. 2. Aborto Terapéutico. 3. Acceso a la Salud. I. Brelaz, Daiana. II. Título. CDD 304.667

Cita sugerida:

Milone K, Brelaz D, Romero M. Buenas prácticas de calidad en servicios de aborto: hoja informativa. Buenos Aires: CEDES, 2024. Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4766>

Este documento fue elaborado gracias al apoyo de Ipas LAC y de Fòs Feminista.

Buenas prácticas de calidad en servicios de aborto

En este documento desglosaremos algunas reflexiones sobre la calidad en la atención y las recomendaciones sobre buenas prácticas para que puedan ser implementadas en la prestación de servicios y así garantizar un aborto de calidad. Nuestro análisis fue desarrollado a partir de la revisión de guías nacionales e internacionales sobre prestación de servicios de aborto y en la experiencia construida a través del dispositivo de atención en salud sexual en un servicio de tocoginecología de un hospital público de tercer nivel.

¿Qué es calidad?

Para comenzar, exploraremos los significados del término “calidad”, para lo cual es pertinente retomar los artículos de dos investigadores fundamentales en el estudio de la calidad: Avedis Donabedian y Judith Bruce.

En 1984, Donabedian define la calidad como los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para la/el paciente. Para Donabedian, la calidad de la asistencia sanitaria es **“el nivel de utilización de los medios más adecuados para conseguir las mayores mejoras en la salud”**. (Donabedian, 1984) El término “atención” puede interpretarse en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La “atención técnica” se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. La “atención interpersonal” mide el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de las/os pacientes.

En 1989, Judith Bruce identificó los siguientes elementos como indispensables en un servicio de planificación familiar con una buena calidad de atención:

elección libre e informada, intercambio de información entre el/la proveedor/a y la persona usuaria, competencia técnica de quienes proveen servicios, relación empática entre quienes proveen y quienes son usuarias, mecanismos para promover el seguimiento y servicios adicionales que acogieran otras necesidades de las mujeres.

(Schiappacasse et al., 1997)

En su última actualización, las *Directrices sobre la atención para el aborto* (OMS, 2022) enfatizan la calidad dentro del modelo de cuidado:

la base de la atención integral del aborto con calidad es la existencia de un entorno propicio, cuyos pilares son el respeto de los derechos humanos (incluido un marco legislativo y político); la disponibilidad de información y su accesibilidad; y un sistema de salud accesible universalmente, asequible y que funcione adecuadamente.

En relación con el concepto de calidad en la atención de los procesos de salud, encontramos dos espacios de análisis: el primero se refiere a la calidad entendida como qué hacer, y el segundo, a cómo hacerlo. Es así que se diferencian dos dimensiones de la calidad: la que corresponde a tecnologías duras (el *qué*) como la infraestructura disponible, el abastecimiento de insumos, la capacitación y competencias técnicas del personal de salud; y blandas (el *cómo*), como el trato respetuoso, la provisión de información clara y comprensible en la consejería, el respeto por la autonomía de las personas usuarias, la comunicación atenta y la accesibilidad cultural (OMS, 2022). Puede añadirse que estos espacios habrán de plantearse a fin de lograr la satisfacción de la persona usuaria, tanto a nivel individual como colectivo.

Recomendaciones en la prestación de servicios de abortos

Partimos de la premisa que la calidad atraviesa todo el continuo de atención, desde el acceso a la información hasta la atención posaborto. Para cada eslabón de la atención, existen recomendaciones y buenas prácticas:

1 Primer eslabón del proceso de atención: el acceso. Para garantizar un acceso equitativo, ágil y sin dilaciones, es necesario que haya información disponible para las personas usuarias, en cada localidad y servicio de salud y rutas de atención explícitas.

La información difundida debe ser clara y útil: días y horarios de consulta por IVE ILE en cada servicio, cuáles son los mecanismos administrativos para acceder a los turnos y los tiempos de espera para la atención. Puede estar visible en cartelería o folletería, en puntos claves dentro del efector de salud, difundida en redes sociales, por canales oficiales y medios de comunicación.

Un mecanismo facilitador de gran importancia en el acceso son los vínculos con organizaciones de la sociedad civil como *Socorristas en red*, quienes proveen información para el acceso seguro a un aborto y articulan con el Sistema de Salud.

2 Segundo eslabón del proceso de atención: la consejería en opciones. Es un espacio de escucha y asesoramiento, y tiene como objetivo que la persona pueda tomar decisiones autónomas sobre las alternativas posibles con relación con el embarazo, ya sea que la persona usuaria solicite explícitamente un aborto o no. Es necesario que la persona cuente con la información adecuada para evaluar las diferentes posibilidades, la cual debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles.

La entrevista debe realizarse en un ambiente que garantice la privacidad y debe asegurarse la confidencialidad del proceso. Es importante escuchar atentamente y sin interrupciones el relato completo de la persona. Esa escucha permitirá detectar y trabajar sobre eventuales ambivalencias y temores que muchas veces están relacionadas a relatos de prácticas inseguras o mitos. Por lo general, la actitud libre de prejuicios es

suficiente para que la persona se sienta contenida y cómoda, lo cual es imprescindible para que el equipo de salud pueda establecer una buena relación con ella (DNSSR, 2022).

Dentro de los ejes a abordar durante la consejería, se destacan:

- **Legalidad:** brindar información sobre el marco legal en el cual se encuadra la práctica de interrupción del embarazo y sus pasos para el cumplimiento. Esto incluye informar que con la sanción de la Ley 27.610 en la Argentina a finales de 2020 se encuentra vigente un modelo mixto basado en tiempo y causales. Es así que las personas tienen derecho a interrumpir el embarazo hasta la semana 14 inclusive de gestación y que pasado ese plazo la persona tiene derecho a interrumpir ante riesgo para la vida, para la salud o si el embarazo es producto de una violación (DNSSR, 2022). Es importante que el equipo informe que es decisión de la persona reportar o no el delito de violación.
- **Seguridad:** informar que realizar un aborto es más seguro que continuar un embarazo hasta el término. En lugares donde se usan técnicas basadas en las evidencias, el aborto es un procedimiento seguro. Datos recientes de los Estados Unidos indican que la tasa de mortalidad de un aborto realizado entre las 14 y 17 semanas es de 2,5 muertes por 100.000 abortos legales, y de 6,7 muertes por 100.000 abortos legales si se realiza a las 18 semanas o después. Estas tasas son más elevadas que la tasa de mortalidad del aborto antes de las 12 semanas (0,3 muertes por 100.000 abortos legales para un aborto realizado a las 8 semanas o antes), pero son menores que el riesgo de mortalidad materna de un embarazo a término. La mortalidad asociada a los abortos legales es de 0,6 cada 100.000 abortos, mientras que el riesgo de mortalidad asociado a un parto a término es 14 veces más alto. Las complicaciones de abortos realizados con calidad son poco frecuentes, pero podrían incluir: hemorragia, infección, retención de restos ovulares, perforación uterina y laceración cervical. Las más graves corresponden a menos del 1% de las situaciones tanto para abortos con medicamentos como quirúrgicos. Es muy importante brindar esta información, pues las personas suelen tener miedos y preocupaciones asociados a los abortos inseguros (RCOG, 2022).
- **Historia clínica:** al efectuar la historia clínica, se debe indagar sobre antecedentes o enfermedades previas que podrían afectar la elegibilidad de los métodos de aborto, o que impliquen consideraciones especiales sobre la complejidad necesaria para realizarlo.
- **Tratamientos disponibles:** detallar los procedimientos posibles y acordes para la edad gestacional, explicar las características de cada opción y cómo transcurre el proceso, para que la persona pueda elegir el que considere más adecuado. Brindar información de cómo y qué se debe esperar: tiempos necesarios, estrategias para el manejo del dolor, posibilidad de acompañante, contacto con el producto del

embarazo, posibles efectos adversos y complicaciones, y las pautas de alarma para buscar atención médica urgente (Ipas, 2023).

- Otro aspecto a informar es la **tasa de efectividad**. El tratamiento con medicamentos difiere si se cuenta o no con mifepristona. Teniendo el régimen combinado, la efectividad es mayor. Mediante la utilización de la aspiración de vacío se notifican índices de aborto completo de más de 98% y tasas de complicaciones graves de menos del 1% (Ipas, 2023).

Si las personas optan por un aborto con medicamentos ambulatorio, se debe informar sobre los síntomas del embarazo en curso (que pueden indicar o no el fracaso del aborto) y otras razones médicas para volver para un seguimiento (OMS, 2022). Por último, es recomendable que tanto las indicaciones de uso de la medicación como las **pautas de alarma y seguimiento se entreguen por escrito**.

Después de un aborto quirúrgico o médico sin complicaciones, no hay necesidad médica de realizar una visita de seguimiento de rutina. No obstante, debe proporcionarse información sobre la disponibilidad de servicios adicionales en caso de que se necesiten o se deseen (OMS, 2022; Ipas, 2023).

3 Tercer eslabón: provisión del servicio. Los tratamientos y procedimientos deben estar basados en la evidencia. Las opciones recomendadas por la OMS son el aborto con medicamentos o los procedimientos quirúrgicos (aspiración manual o eléctrica y dilatación y evacuación).

- El **aborto con medicamentos** incluye el uso secuencial de mifepristona seguido de misoprostol o, en entornos en que la mifepristona no está disponible, el uso de misoprostol por solo (OMS, 2022). Varios estudios han comparado el esquema combinado de mifepristona y misoprostol con el esquema de misoprostol solo. Es clara la evidencia que indica que el uso de mifepristona aumenta la eficacia del procedimiento, reduce el tiempo para la inducción de manera significativa, reduce los efectos adversos y tiene menor tasa de continuación del embarazo. No hay un límite inferior de edad gestacional a partir del cual se pueda realizar un aborto con medicamentos (OMS, 2022). Al realizar tratamiento con medicamentos, resulta fundamental utilizar las dosis y el intervalo de tiempo indicado en las últimas recomendaciones disponibles.
- Para el **aborto quirúrgico**, antes de las 12 semanas, se recomienda la aspiración al vacío, ya sea manual (AMEU) o eléctrica. El procedimiento puede realizarse en una clínica o en un hospital y de forma ambulatoria. Para el tratamiento quirúrgico del aborto, es importante seguir las recomendaciones de preparación cervical previo al procedimiento a partir de las 12 semanas. A partir de las 14 semanas, se recomienda

la dilatación y evacuación. Para esta opción es fundamental contar con médicas/os con capacitación técnica, insumos y posibilidad anestésica (OMS, 2022).

- El **manejo del dolor**: una dimensión fundamental de la calidad en el proceso de atención del aborto es el manejo del dolor. Independientemente de la modalidad de servicio, debe haber una comunicación clara a la mujer o persona gestante sobre el dolor que puede experimentar, el cual puede variar en función de la percepción y la tolerancia al dolor. En cualquier caso, se le debe proporcionar información sobre el tratamiento del dolor y se debe garantizar el acceso a los medicamentos adecuados.
 - Para el tratamiento farmacológico, se recomienda ofrecer y facilitar de forma sistemática un tratamiento para el dolor como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
 - Para la realización de aspiración al vacío, se recomienda la administración analgésicos como los AINE así como el bloqueo paracervical con anestesia local (Ipas, 2023).
 - A partir de la semana 12, se sugiere la consideración de otros métodos para controlar el dolor o las molestias. Entre estos métodos cabe mencionar la anestesia epidural y determinados antieméticos, cuando estén disponibles (OMS, 2022).
 - Es de buena práctica tener en cuenta medidas no farmacológicas para el manejo del dolor como almohadillas térmicas, uso de ducha caliente y deambulación libre. Así como también la presencia de un referente significativo para la persona, la educación sobre el proceso y un ambiente de apoyo (OMS, 2022).
 - En niñas y adolescentes con embarazos producto de abuso sexual o violación, se debe considerar un manejo diferencial como la utilización de sedación consciente en la expulsión o anestesia epidural, cuando esté disponible.
- **Uso de tecnologías apropiadas en el posaborto**: no se recomienda la realización de una aspiración manual o eléctrica de forma rutinaria para completar los procesos de aborto. El uso de métodos adecuados de aborto médico, según las últimas evidencias disponibles, arroja tasas bajas (menores al 10%) de placenta retenida. Sólo es necesaria la evacuación uterina por vacío si se presenta un sangrado profuso, fiebre o placenta retenida más allá de 3 o 4 horas (OMS 2014).
 - Hay algunas intervenciones que se pueden tener en cuenta para reducir la necesidad de aspiración: administración de oxitocina en el momento de expulsión o uso de una dosis adicional de misoprostol.

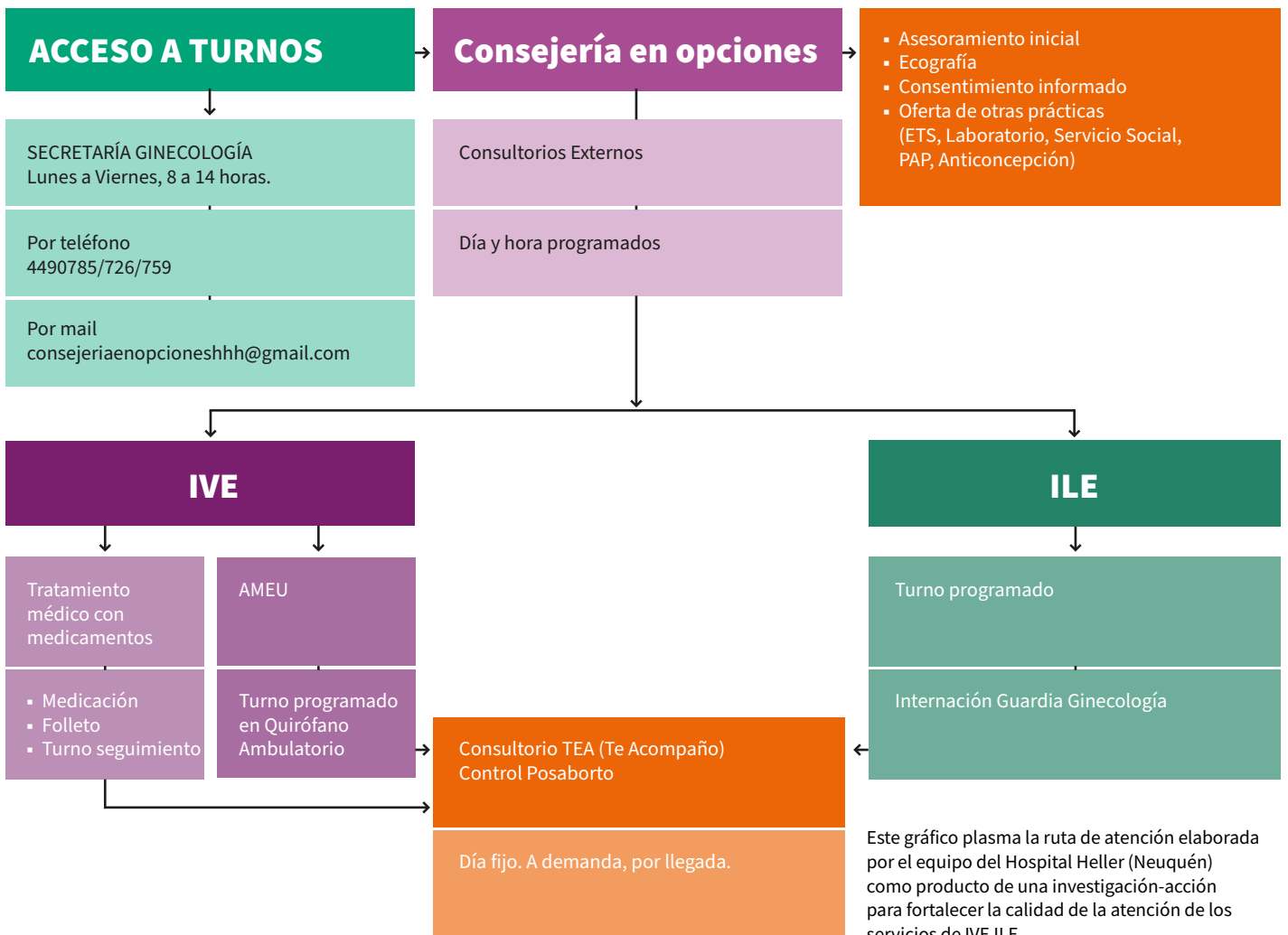
- El legrado uterino es un procedimiento riesgoso y obsoleto. No se recomienda la realización de legrado como primera opción o como forma de completar el aborto después de la aspiración al vacío (OMS, 2022).
- **Uso de tecnologías apropiadas en embarazos de más de 20 semanas:** la interrupción del embarazo a partir de las 20 semanas requiere la realización de ciertas prácticas que son necesarias para garantizar un aborto de calidad.
 - Una práctica óptima es seguir la recomendación actual en cuanto a la detención del embarazo previo a la inducción del aborto con técnicas de asistolia fetal a partir de las 18-20 semanas, siendo indispensable luego de las 22 semanas. Su importancia radica en garantizar el aborto a la vez que evitar la supervivencia transitoria y/o la prematuridad iatrogénica. Adicionalmente, existen evidencias además que podría reducir el tiempo de inducción al aborto y disminuir el impacto emocional en la persona usuaria y el equipo que interviene (Edelman y Mark, 2019).
 - Si se opta por un aborto con medicamentos es importante preguntar a la persona usuaria qué tipo de contacto desea mantener con el producto de la gestación y tomar las medidas necesarias para su resguardo.
 - El tejido del embarazo debe tratarse de la misma manera que cualquier otro material biológico, a menos que la persona exprese su deseo de que se trate de otra forma (OMS, 2022).

Otras recomendaciones y buenas prácticas que ayudan a garantizar la calidad en servicios de aborto son:

- Explorar la red de apoyo con las que cuenta la persona gestante y realizar una planificación en conjunto de la realización del tratamiento cuando es ambulatorio.
- En el marco de la consejería, se debe ofrecer y realizar una derivación asistida ante situaciones de violencia de género, violencia sexual, si la persona lo requiere (RCOG, 2022).
- Es de buena práctica ofrecer información sobre métodos anticonceptivos en la consejería inicial, teniendo en cuenta que no todas las personas desean hablar sobre métodos anticonceptivos al momento del aborto (RCOG, 2022).
- También, se estima conveniente la realización de estudios sobre enfermedades de transmisión sexual y métodos de tamizaje como el pap, sin que ello retrase la atención por aborto (RCOG, 2022).
- Tanto para el aborto con medicamentos como para el quirúrgico, **no se recomienda el**

uso de la ecografía como requisito para la prestación de servicios de aborto. En función de cada caso, puede haber razones clínicas para utilizar la ecografía antes del aborto (OMS, 2022).

- Debe garantizarse el trato empático y la preferencia de la persona en cuanto a no visualizar imágenes ni escuchar sonidos.
- Las pruebas de laboratorio (hemograma, por ejemplo) no son necesarias para la realización de un aborto, salvo una clara indicación clínica como anemia sintomática (OMS, 2022).
- La solicitud del grupo sanguíneo no es indispensable en gestaciones menores a 12 semanas y no debe retrasar el proceso de aborto. A partir de las 12 semanas se recomienda conocer el grupo sanguíneo e indicar inmunoglobulina anti-D en personas Rh negativas (OMS, 2022).
- Resulta vital usar las guías de referencia con las recomendaciones actualizadas en atención de abortos, a fin de evitar la solicitud de estudios complementarios innecesarios que retrasen el acceso a un aborto, así como también hacer un empleo racional de los recursos.



Desafíos en la prestación de servicios de abortos

En el camino de brindar servicios de aborto de calidad se plantean nuevos desafíos para los equipos de salud y las instituciones.

Es necesario **pensar y adaptar las instalaciones sanitarias** donde se realizan las internaciones por interrupción legal del embarazo. Es conveniente que sea un ambiente privado, con acceso a un baño y posibilidad de deambular. También se sugiere tener especial consideración en evitar el contacto con personas en trabajo de parto o embarazadas en otras situaciones.

Otro aspecto a considerar es el **abastecimiento de insumos**: se debe contar con un stock de los medicamentos que se requieren para el aborto para no demorar el acceso. Lo mismo aplica a los insumos para realizar AMEU. No menos importante es disponer de una amplia variedad de métodos anticonceptivos.

Un aspecto imprescindible para mejorar la calidad de la atención es la **formación del recurso humano en atención integral y de calidad**. Es necesario incorporar nuevas tecnologías —duras y blandas— en el quehacer de los equipos, para que las prácticas sean reflejo de los principios sostenidos en el marco legal. Tras la sanción de la Ley 27.610 se implementó, aunque no de manera homogénea, la formación en IVE e ILE de residentes de gineco-obstetricia, de medicina general y de otros profesionales de la salud.

Es posible que desde la implementación de la Ley 27.610 la práctica de abortos adquiera mayor visibilidad dentro de los servicios de salud. Una herramienta para mejorar la calidad de atención es la **realización de jornadas de sensibilización del personal en contacto con las personas usuarias**, ya sea profesionales enfermeras, obstétricas, psicólogas o trabajadoras sociales como personal administrativo y de maestranza. El hecho de que todo el personal esté informado sobre la política institucional y el marco legal, brinda herramientas para abordar las situaciones desde el lugar que ocupan en la ruta de atención y evitar juicios de valor o comentarios morales o religiosos.

En este sentido, Donabedian afirma que:

La calidad es un proceso que trasciende la mera relación directa entre el médico y el paciente, aun cuando esta relación constituye un eslabón crítico del proceso que empieza por las relaciones de coherencia entre situación de salud, situación social y situación institucional, y que incluye procesos administrativos y logísticos que sientan las bases para que ciertos recursos esenciales tengan las características que exige la efectividad del acto médico y fluyan de forma oportuna.

(Donabedian, 1984)

Como profesionales de la salud consideramos fundamental que el sistema en su conjunto sea capaz de dar una respuesta efectiva que resuelva no solo las manifestaciones más evidentes de la salud (la enfermedad individual), sino también sus causas subyacentes. Por ello, tendría poco sentido e impacto atender aisladamente el problema de la calidad clínica de la atención, si el sistema es -desde el punto de vista social- incapaz de producir un impacto razonable en función de los recursos invertidos en la salud y de los condicionantes sociales de la situación de salud de las personas.

Referencias bibliográficas

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR). (2022). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE)*. Actualización 2022. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Donabedian, A. (1984). *La calidad de la atención médica*. México, DF: La Prensa Mexicana.

Edelman, A. y Mark, A. (2019). *Guía de referencia sobre el aborto con medicamentos: aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación ('segundo trimestre')*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas (2023). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. E. Jackson (editora). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo*. Ginebra: OMS.

Royal College of Obstetricians and Gynecology (RCOG). (2022). *Best practice in abortion care*. Londres: The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Schiappacasse, V., Casado, M. E., Miranda, P., Díaz, S. (1997). "Calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva". Texto adaptado de "Calidad de Atención, un Marco de Referencia" *Realidades y Desafíos, Reflexiones de Mujeres que Trabajan en Salud Reproductiva*. (eds) S. Díaz, S. Sánchez, M. Silvamonge, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Santiago, 1995; y de "Salud Reproductiva en el Período Postparto" en *Manual para el Entrenamiento del Personal de los Servicios de Salud*. (ed) S. Díaz, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.

Recursos que profundizan aspectos del abordaje y atención de IVE ILE:

Marco legal y abordaje clínico de IVE ILE en Argentina: www.redaas.org.ar/era

Ministerio de Salud Argentina. (2023). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE) | Fascículo 1: Marco legal. Buenos Aires: DNSSR <https://redaas.org.ar/recursos/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-a-la-interrupcion-voluntaria-y-legal-del-embarazo-ive-ile-fasciculo-1-marco-legal/>

Ministerio de Salud Argentina. (2023). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE) | Fascículo 2: Proceso de Atención Integral. Buenos Aires: DNSSR <https://redaas.org.ar/recursos/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-a-la-interrupcion-voluntaria-y-legal-del-embarazo-ive-ile-fasciculo-2-proceso-de-atencion-integral/>

Ministerio de Salud Argentina. (2023). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE) | Fascículo 3: Aborto con Medicamentos. Buenos Aires: DNSSR <https://redaas.org.ar/recursos/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-a-la-interrupcion-voluntaria-y-legal-del-embarazo-ive-ile-fasciculo-3-aborto-con-medicamentos/>

Ministerio de Salud Argentina. (2023). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE) | Fascículo 4: Procedimiento de aborto con AMEU. Buenos Aires: DNSSR <https://redaas.org.ar/recursos/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-a-la-interrupcion-voluntaria-y-legal-del-embarazo-ive-ile-fasciculo-4-procedimiento-de-aborto-con-ameu/>

Ministerio de Salud Argentina. (2022). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE) | Anexo. Buenos Aires: DNSSR <https://redaas.org.ar/recursos/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-a-la-interrupcion-voluntaria-y-legal-del-embarazo-ive-ile-anexo/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo. Ginebra: OMS. <https://redaas.org.ar/recursos/directrices-sobre-la-atencion-para-el-aborto-oms-2022/>

Ipas (2023). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. E. Jackson (editora). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. <https://redaas.org.ar/recursos/actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva-ipas/>

Clinical practice handbook for quality abortion care. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://redaas.org.ar/recursos/clinical-practice-handbook-for-quality-abortion-care/>

