

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

AGUS VEGA^{1,2}, VILDA DISCACCIATI¹, MERCEDES VOLPI¹, CAMILA VOLIJ¹,
SERGIO A. TERRASA^{1,3}, DANIELA EPSTEIN¹

¹Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires,
²Departamento de Salud Global, Universidad de Washington, USA, ³Departamento de Medicina,
Instituto Universitario Hospital Italiano

Dirección postal: Agus Vega, Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires, Tte. Gral. Juan D. Perón 4190, 1199 Buenos Aires, Argentina

E-mail: dr.agusvega@gmail.com

Recibido: 6-III-2024

Aceptado: 4-VII-2024

Resumen

Introducción: La Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), sancionada en 2020, insta a los efectores de salud de Argentina a garantizar esta práctica. Investigaciones previas en el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) revelaron que la ausencia de protocolos institucionales claros obstaculizaba el manejo del aborto. El objetivo de este trabajo fue explorar dicho manejo antes y después de la Ley 27.610, las modificaciones institucionales implementadas en respuesta a la misma y oportunidades de mejora en la atención desde las experiencias del personal de salud.

Materiales y métodos: Estudio cualitativo de enfoque fenomenológico interpretativo. Mediante muestreo intencional y el uso de bola de nieve, se seleccionó a profesionales del consultorio IVE del HIBA entre 03-2022 y 05-2023. Se realizaron 18 entrevistas semiestructuradas, analizadas manualmente con codificación in vivo y descriptiva, emergiendo 3 áreas temáticas.

Resultados: 1) Los profesionales experimentaron cuatro etapas de manejo del aborto, con creciente apoyo institucional: derivación a circuitos informales, reducción de riesgos, interrupción legal del embarazo y consultorio IVE. 2) Un equipo multidisciplinario implementó cambios desde 2021 que ampliaron el acceso a la IVE. 3) Se requiere mejorar la comunicación entre servicios para homogeneizar el acceso a diferentes métodos de interrupción del embarazo y a la guardia.

Discusión: La evolución del manejo del aborto en el HIBA refleja adaptaciones a los marcos legislativos nacionales y subraya la importancia de protocolos institucionales claros y apoyo jerárquico. El acceso a la IVE está garantizado a través de un circuito de efectores integrados que buscan mejoras continuas.

Palabras clave: aborto legal, evaluación cualitativa, derechos reproductivos.

Abstract

Qualitative analysis of voluntary abortion in the Hospital Italiano de Buenos Aires

Introduction: The Voluntary Interruption of Pregnancy (IVE) law 27.610, enacted in 2020, urges healthcare providers to guarantee this practice. Previous investigations at the Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) revealed that the lack of clear institutional protocols hindered the management of abortion. The objective of this research was to explore the management of abortion before and after the enactment of law 27.610, the institutional modifications implemented in response to it, and the opportunities for improvement in care from the perspective of the healthcare staff.

Materials and methods: Qualitative study using an interpretative phenomenological approach. Professionals

from the IVE office at HIBA were selected through purposive and snowball sampling between March 2022 and May 2023. Eighteen semi-structured interviews were conducted, manually analyzed using in vivo and descriptive coding, resulting in the emergence of 3 thematic areas.

Results: 1) Professionals experienced four stages in management of abortion, with increasing institutional support: referral to informal networks, risk reduction, legal abortion, and the IVE office. 2) A multidisciplinary team implemented changes starting in 2021 that expanded access to IVE. 3) Improving communication between services is necessary to standardize access to different abortion methods and emergency care.

Discussion: The evolution of abortion management at the HIBA reflects adaptations to national legislative frameworks and underscores the importance of clear institutional protocols and hierarchical support. Access to IVE is ensured through an integrated network of providers that continually seek improvements.

Key words: legal abortion, qualitative evaluation, reproductive rights.

PUNTOS CLAVE

Conocimiento actual

- En Argentina previo a la Ley 27.610, el estigma asociado a la búsqueda y prestación de aborto en adición a la ausencia de protocolos institucionales claros obstaculizaban el acceso a los usuarios a la práctica.

Contribución al conocimiento actual

- Este estudio detalla la evolución del abordaje del aborto en el Hospital Italiano, alineándose con enfoques regionales. Destaca la implementación exitosa del consultorio de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), respaldada por la dirección hospitalaria. Se identifican oportunidades de mejora, enfocadas en la simplificación de procesos y la ampliación de cobertura, proporcionando datos sólidos respaldados por la experiencia práctica.

La Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)¹ introdujo nuevas regulaciones en la práctica del aborto en instituciones argentinas. Las personas gestantes tienen el derecho a acceder a la IVE hasta las 14.6 semanas de em-

barazo y, posteriormente, pueden solicitar un aborto bajo ciertas causales (Interrupción Legal del Embarazo - ILE)¹. La normativa dispone que tanto los efectores públicos, las obras sociales como las entidades de medicina prepaga deben implementar medidas y realizar cambios necesarios para garantizar el acceso a los servicios correspondientes².

En Argentina, el estigma vinculado a la búsqueda y provisión de aborto obstaculiza el acceso de los usuarios a la atención y penaliza a los profesionales involucrados³. Se estima que leyes menos restrictivas propicien un entorno favorable para proveedores de salud, ampliando el acceso a métodos seguros y reduciendo las tasas de letalidad asociadas a la práctica⁴.

Las instituciones de salud en ocasiones restringen el acceso al aborto, incluso cuando la práctica resulta legal según normativas vigentes⁵. Esto se atribuye a la carencia de protocolos institucionales claros y a la incertidumbre que enfrentan los profesionales al realizar procedimientos no formalizados⁵. En un trabajo realizado en el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) en 2020 se evidenció que la ausencia de lineamientos institucionales explícitos representaba una barrera al acceso a la ILE⁶.

El presente trabajo fue desarrollado con el objetivo de analizar las transformaciones implementadas por un hospital privado de Buenos Aires en respuesta a la Ley 27.610. Desde la perspectiva del equipo de salud, se buscó comprender las experiencias en el manejo del aborto antes y después de la ley y analizar cómo un hospital con alta demanda de pacientes que reúne varios subsectores de provisión de salud despliega sus recursos para cumplir con una normativa nacional antes no explorada. Asimismo, se procuró identificar oportunidades de mejora en la calidad de atención percibidas por el equipo de salud involucrado.

Materiales y métodos

Diseño

Investigación cualitativa de enfoque fenomenológico interpretativo realizada en el Hospital Italiano de Buenos Aires, desde marzo del 2022 hasta mayo del 2023. A través de un compromiso interpretativo, se buscó comprender las acciones humanas involucradas en el manejo

del aborto y los significados subyacentes que los profesionales de salud atribuyen a esta práctica^{7,8}. Valiéndose de la hermenéutica, se enfatizó en la interpretación de la experiencia vivida por los profesionales en su contexto social^{9,10}.

Participantes

El criterio de inclusión fue que los profesionales desempeñaran roles de gestión, atención y/o administración de recursos en el consultorio IVE del HIBA durante el período del estudio. No se aplicó ningún criterio de exclusión. Se utilizó un muestreo intencional identificando informantes clave y personal jerárquico de los servicios involucrados. Posteriormente, mediante la técnica bola de nieve, los participantes iniciales señalaron entre 1 y 3 posibles participantes potenciales. Se invitó a participar a 41 profesionales de los servicios: Clínica Médica, Medicina Familiar, Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Administración, Farmacia, Diagnóstico por Imágenes, Medicina Ambulatoria y Medicina del Trabajo.

Veintiséis profesionales aceptaron colaborar en el estudio. Sin embargo, dada la naturaleza iterativa de nuestro trabajo donde se realizó el análisis en conjunto a la recolección de datos, se determinó que la saturación temática se alcanzó después de las 18 entrevistas. Esto significa que durante la codificación inductiva no se identificaron nuevos códigos, las categorías estaban completamente desarrolladas y las experiencias de nuevos profesionales no aportaban perspectivas o dimensiones emergentes que añadan claridad a la comprensión del proceso de implementación de la IVE.

Recolección de datos

Se realizaron entrevistas semiestructuradas y en profundidad (A.V., C.V), de manera presencial (2) y por videollamada a través de la plataforma Google Meet® (16). Tuvieron una duración de entre 20 a 50 minutos y fueron audio grabadas.

Las guías iniciales de preguntas se adaptaron al rol del participante en el consultorio IVE (ANEXO), y se ajustaron durante el proceso de recolección de datos, siguiendo una construcción interpretativa continua del discurso.

Análisis temático inductivo

La desgrabación y transcripción se realizó manualmente (A.V. y M.V.). Para proteger la confidencialidad de los entrevistados, se asignaron códigos de identificación a los textos y audios y se restringió el acceso a los miembros del equipo investigador. La mitad de las transcripciones se realizaron por un investigador que no hizo las

entrevistas por lo que fueron verificadas por un entrevistador para asegurar la congruencia.

Utilizando el software Atlas.ti 9.23®, se creó una nube de palabras para visualizar los términos más utilizados por los entrevistados lo que permitió un análisis preliminar.

Dos miembros del equipo (A.V. y M.V.) realizaron una primera lectura en profundidad de las transcripciones para familiarizarse con el corpus empírico e identificar extractos textuales que originaron una serie de códigos. La codificación fue manual, línea por línea, usando el software de procesamiento de texto de Microsoft®. Algunos códigos derivaron de las palabras exactas de los entrevistados (codeo *in vivo*) y otros fueron generados por los analistas con frases que describían procesos específicos (codeo descriptivo). Tras sucesivas reuniones con el equipo de investigación, se relevó la utilidad de los códigos para cumplir con los objetivos y se establecieron relaciones entre ellos para desarrollar categorías. Se realizaron lecturas adicionales para ajustar elementos de la codificación y comprobar que las categorías estuvieran plenamente desarrolladas. Del análisis emergieron 3 áreas temáticas y un mapa conceptual (Fig. 1).

La triangulación se aseguró en todo momento gracias a la participación de una licenciada en ciencias sociales en el equipo, lo que permitió la integración de diversas perspectivas.

Después de elaborar el reporte preliminar de resultados, se envió una copia a los 18 entrevistados para corroborar la validez y credibilidad de nuestros hallazgos. Doce de ellos confirmaron los resultados sin comentarios adicionales.

Consideraciones éticas

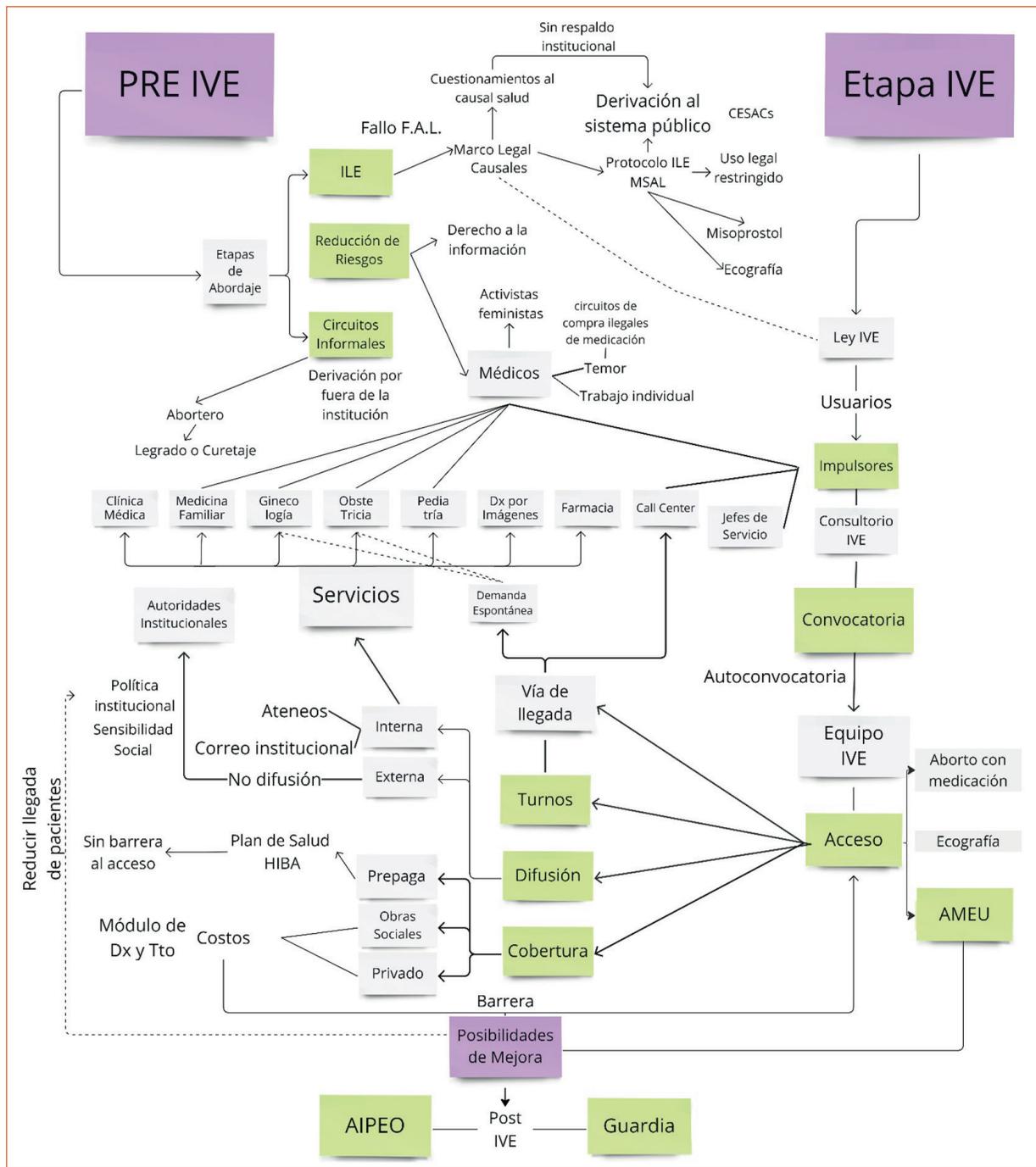
El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolo de Investigación del Hospital Italiano (CEPI) con el número 6187 el 28 de octubre de 2021. Los participantes otorgaron consentimiento informado de manera oral o escrita antes de las entrevistas.

Resultados

Se llevaron a cabo 18 entrevistas con profesionales de 8 servicios dentro del circuito de manejo de la IVE. Los años de experiencia de los entrevistados en la institución variaron entre 6 y 41 años. El servicio con mayor número de entrevistas logradas fue Ginecología (Tabla 1).

Los resultados se presentan tres grandes áreas temáticas: *Abordaje del aborto en el Hospital Italiano previo a la Ley 27.610, modificaciones institucionales desarrolladas con posterioridad a*

Figura 1 | Mapa conceptual del análisis inductivo



IVE: interrupción voluntaria del embarazo; ILE: interrupción legal del embarazo; Fallo F.A.L., MSAL: Ministerio Salud Argentino; Dx: diagnóstico; Tto: tratamiento; AMEU: aspiración manual endo uterina Lila: áreas temáticas; verde: categorías

la Ley 26.710 y posibilidades de mejora percibidas por el equipo de salud. Se utiliza una síntesis narrativa de las categorías elaboradas y extractos textuales que representan las voces de los participantes.

Abordaje del aborto en el Hospital Italiano previo a la Ley 27.610 (Fig. 2)

Primera etapa: derivación a circuitos informales

Sin límites temporales precisos, los entrevistados experimentaron que el abordaje se centraba en la utilización de circuitos de derivación

informales a profesionales del sector privado quienes realizaban legrados o curetajes.

“[...] hace 30 años atrás cuando no existía el miso(sic), no había nada [...] todos teníamos en la agenda al abortero(sic) de confianza” (#15, Medicina Familiar)

“[...]dejarlas libradas al azar tampoco era como a esas pacientes que yo tuve en el Hospital “X” (referencia a hospital público de la provincia de Buenos Aires) que era irse al curandero, meterse ellas mismas cosas en la vagina. Nuestras pacientes de una manera u otra si el hospital no les brindaba el servicio, iban y pagaban [...]” (#11, Obstetricia)

Segunda etapa: reducción de riesgos y daños

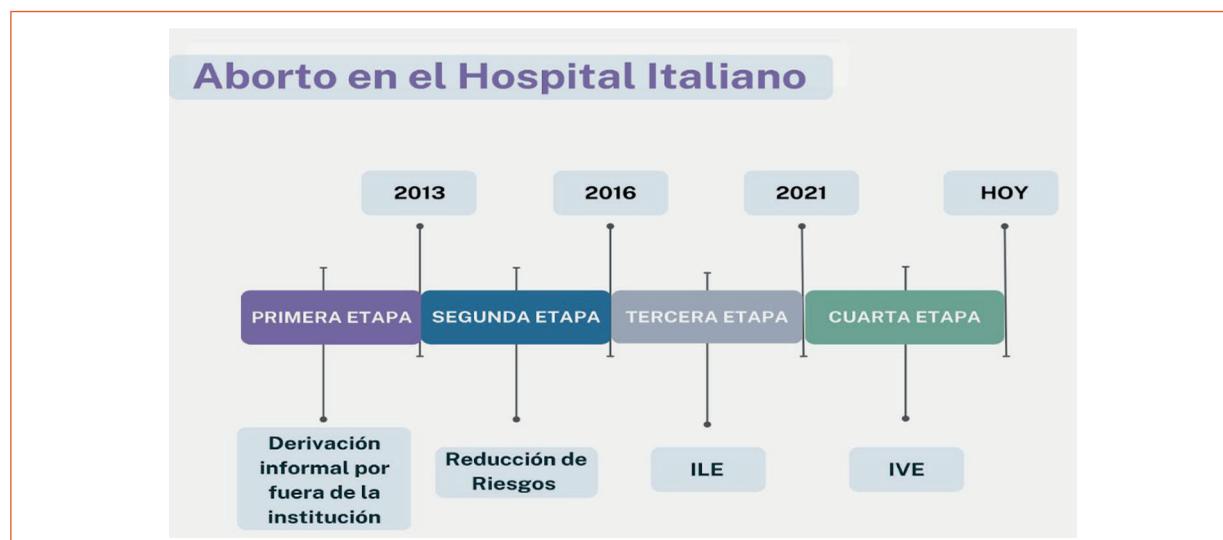
A partir del año 2013, los servicios de Medicina Familiar y Ginecología realizaron periódicamente ateneos formativos orientados a la reducción de riesgos y daños en el abordaje de aborto. Esta estrategia tiene el objetivo de disminuir las consecuencias negativas de una práctica que implica riesgos, brindando información médica sobre métodos seguros y promoviendo la toma de decisiones responsables¹¹.

“[...]antes de la ley lo que hacíamos era reducción de riesgos. Nos basamos en el derecho de los pacientes de recibir información, y dábamos información sobre lo que es recontra vox populi (sic) que son las formas seguras de interrumpir un embarazo [...]” (#8, Ginecología)

Tabla 1 | Características de los participantes

	Participantes (n=18)
Rango de edad (años)	31-65
Sexo femenino - n	10
Departamento o área de trabajo - n	
Ginecología	6
Medicina Familiar	4
Obstetricia	2
Pediatria	2
Diagnóstico por imágenes	1
Administración	1
Clínica Médica	1
Farmacia	1

Figura 2 | Línea del tiempo. Abordaje del aborto en el Hospital Italiano de Buenos Aires



IVE: interrupción voluntaria del embarazo; ILE: interrupción legal del embarazo

Diecisiete profesionales declararon que en esta etapa no se podía generar una receta de misoprostol por restricciones legales. Dos médicos admitieron cambiar el diagnóstico del paciente para prescribir misoprostol en ciertas situaciones. Dos profesionales utilizaron recursos en línea para informar a los pacientes, y uno derivó a pacientes a grupos feministas que brindan acompañamiento en aborto.

Seis profesionales destacaron la ausencia de lineamientos institucionales, sobresaliendo el trabajo individual. Sin embargo, cuatro mencionaron un claro apoyo a la consejería en sus servicios (3 de Medicina Familiar y 1 de Ginecología), mientras que dos profesionales de Obstetricia mencionaron que el apoyo era inexistente.

“[...]había temor a que alguna situación se complique, que la paciente termine requiriendo una consulta a la guardia y después estar en la mira (sic) de otros profesionales que no aprueban este tipo de manejos [...]” (#2, Medicina Familiar)

Tercera etapa: ILE

Enmarcada por el lanzamiento del “protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la ILE” en 2015¹². Siete entrevistados percibieron falta de respaldo en utilización de ciertas causales, optando por “estirar la causal salud” y enmarcarla en el concepto de salud integral. Una profesional enfrentó hostigamiento por utilizar la causal salud psicosocial para la ILE.

“[...] a veces sentía que no tenía respaldo ante la indicación de la causal salud por el concepto biopsicosocial. [...] las pocas veces que se consiguieron ILE en la época previa a la ley, eran cosas de salud muy concretas [...]” (#8, Ginecología)

Cinco profesionales destacaron en esta etapa la derivación a los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC).

“[...] en el HIBA la medicación era una barrera; muchas veces terminaba resolviéndose, diciéndole que vaya al CeSAC incluso teniendo obra social [...]” (#5, Ginecología).

En 2016, se creó el equipo ILE, compuesto por profesionales de varios servicios que gestionaron ateneos, implementaron una ficha específica para evolucionar en la historia clínica electróni-

ca, así como la incorporación del consentimiento informado y la declaración jurada.

Cuarta etapa: IVE

En marzo de 2021, el consultorio IVE estaba operativo en el hospital central y en la sede San Justo, ofreciendo atención los lunes, miércoles y viernes en ambos lugares. El mismo se divide en dos secciones: IVE ambulatorio, manejado por Ginecología, Pediatría, Medicina Familiar y Clínica Médica; e IVE/ILE no ambulatorio, coordinado por el equipo de Obstetricia, principalmente para embarazos del segundo trimestre y/o la realización de aspiración manual endo uterina (AMEU) (Fig. 3).

Modificaciones institucionales desarrolladas con posterioridad a la Ley 26.710

Impulsores

Los impulsores del consultorio fueron el equipo de salud en contacto directo con la problemática, los pacientes y el equipo de empleados del Centro de Atención Telefónica (CAT).

“[...]fue por una necesidad de las personas del call center (sic) que recibían llamados y pedidos y no sabían muy bien qué hacer y eso de alguna forma generó la creación del consultorio [...]” (#2, Medicina Familiar)

Los entrevistados coincidieron en que desde la dirección del hospital no ha habido obstáculos para el inicio del consultorio. Cinco consideran que la dirección solicitó a los profesionales desarrollar el consultorio, mientras que ocho opinan que fue el equipo de salud quien planteó esta necesidad a la dirección médica. El resto manifestó no saber.

Convocatoria

Los médicos fueron convocados por sus jefes o subjefes de servicio según la impresión subjetiva de su compromiso y trayectoria en consultas de ILE. Cuatro médicos se autoconvocaron a participar del consultorio porque tenían una militancia histórica en la causa del aborto.

“[...]quien me invita a participar [...] fue mi jefe de servicio, que me dijo -te vi la cara y me parece que podrías llegar a estar interesada- [...] me dio total libertad en ese momento de decir bueno te parece si

Figura 3 | Descripción gráfica del itinerario del usuario dentro del dispositivo interrupción voluntaria del embarazo



IVE: interrupción voluntaria del embarazo; AIPEO: anticoncepción inmediata post evento obstétrico

hay alguien más que le podría llegar a interesar- [...]” (reservamos los datos para preservar el anonimato)

Diez profesionales destacaron la relevancia de un abordaje multiservicios.

Difusión

Doce médicos afirmaron la falta de difusión del consultorio, dos consideraron que institucionalmente se evitó difundir la práctica debido a su alta sensibilidad social. Tres médicos con roles jerárquicos relataron que la decisión de no difundir el consultorio fue adrede para evitar la llegada de pacientes de otras coberturas y enfocar recursos en usuarios del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires (PS-HIBA).

“[...]La institución específicamente no quiere ser promovida como un centro de interrupción de embarazo [...]” (#18, Medicina Familiar)

Dos médicos resaltaron que los canales habituales de difusión institucional -cartelera de la Intranet Hospitalaria (red informática corporativa), videos proyectados en las salas de espera y

cartelería en pasillos, no fueron utilizados para promover el consultorio IVE.

Cuatro entrevistados consideraron que más difusión ampliaría el acceso. Seis consideraron que no debería difundirse.

Según siete profesionales, la difusión entre empleados institucionales se da mediante ateneos, correos electrónicos a la guardia y recordatorios en reuniones de médicos.

Turnos

Seis profesionales señalan el CAT como la principal vía para agendar turnos en el consultorio IVE. Otras vías de llegada mencionadas fueron la guardia de obstetricia (2 profesionales), la demanda espontánea de ginecología (2 profesionales) y la derivación del médico de cabecera (4 profesionales). Sobre la disponibilidad de turnos en cuanto a días y horarios, 3 profesionales mencionaron que la variabilidad de sus horarios es acotada. Ocho destacaron que no cuentan con demoras en los turnos y que han podido dar respuesta a los plazos que estipula la ley.

“[...]funciona bien, la disponibilidad de turnos es de una semana a otra, nunca ha habido más de dos semanas de demora, está todo [...]dentro de los 10 días [...]” (#2, Medicina Familiar)

Según los entrevistados, la duración del turno (30 minutos) es mayor a la de un turno promedio ofrecido por los servicios de clínica médica y medicina familiar (20 minutos) o ginecología (15 minutos), lo que beneficia el abordaje integral y sensible que requieren este tipo de consultas.

Cobertura

La práctica de IVE se gestiona mediante la apertura de un módulo integral que cubre los costos financieros de diagnóstico y tratamiento, tanto para pacientes privados como para aquellos con cobertura de salud.

Todos los profesionales experimentaron una respuesta completa que no implica un costo adicional para los usuarios del PS-HIBA. Con respecto a las obras sociales y demás entes de medicina prepaga, ocho profesionales experimentaron que, en términos burocráticos, el módulo funciona como una barrera que limita el acceso de los usuarios a la IVE.

“[...]es un quilombo (sic) porque te obliga a muchas veces a mirar para otro lado [...]” (#13, Administración)

Ocho profesionales consideran que la cotización del módulo es excesiva. Tres mencionaron que el precio se ajusta a la disponibilidad de recursos.

“[...]sé que muchos piensan que es muy caro, se trata de limitar la llegada de los pacientes. [...]no podemos recibir a todo el mundo, un equilibrio entre ofrecer la atención, pero también que tenga su remuneración. No te olvides que las camas son limitadas, que vivimos de los partos, una paciente de este tipo no puede estar compartiendo habitación con otra [...]” (#14, Obstetricia)

El personal administrativo señala que algunos profesionales evitan abrir el módulo y asesoran a los pacientes sin completar los pasos burocráticos. En casos donde el usuario no tiene garantizada la gratuidad de la medicación optan por derivarlo a lugares con mayor accesibilidad, mencionando a Casa Fusa como ejemplo.

“Cuando la obra social no lo cubre, yo lo hago igual” (#7, Pediatría)

La Organización de Servicios Directos Empresarios (OSDE) se identificó como la obra social

con mayores dificultades de acceso por los profesionales que brindan atención en el consultorio.

“[...]muy pocas veces me pasa que yo digo -mira no te vas a poder atender acá- [...]lo filtran las administrativas, me llama “X” y me dice -hay 3 anotadas de OSDE, ya las llamé las 3 van a ir a Casa Fusa-, porque saben que acá no las vamos a cubrir [...]” (#1, Clínica Médica)

Acceso a la medicación

La dispensación de misoprostol se coordina con los efectores de farmacia, habiendo dos en el Hospital Central y uno en la sede San Justo. Dos médicos reportaron quejas derivadas de los pacientes por tratos no cordiales al adquirir la medicación, atribuyendo dichos fenómenos a la sensibilidad social.

Acceso a la ecografía

Al inicio de nuestra investigación, las ecografías se realizaban en la maternidad, generando preocupaciones sobre posibles repercusiones emocionales en los usuarios. En 2022, hubo un cambio en la ubicación del consultorio de ecografías, ahora exclusivo para pacientes del consultorio IVE/ILE.

Posibilidades de mejora percibidas por el equipo de salud

Guardia

El equipo de salud reconoció que existe una falla en la comunicación entre profesionales de los servicios ambulatorios y los de guardia. Se destacó la escasa homogeneidad en las pautas de derivación a la emergencia y en el manejo de abortos incompletos o en curso.

Aspiración manual endo uterina (AMEU)

La práctica requiere de internación en el servicio de obstetricia, la intervención de un equipo interdisciplinario, la disposición de un quirófano y una habitación para la recuperación del usuario. Cuatro profesionales consideran que un mayor número de pacientes optarían por usar la AMEU, pero son desalentados a elegirlo debido a que logísticamente es más complicado de abordar.

“No queda clara la posibilidad de elección del método de AMEU. El método que se usa por lejos (sic) es el misoprostol y, el AMEU bueno, [...] yo les explico que pueden usar cualquiera de los dos métodos pero

que el AMEU está menos disponible [...]” (#2, Medicina Familiar)

Anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPEO)

Para los usuarios IVE, el acceso a métodos anticonceptivos de larga duración (LARCS por sus siglas en inglés) está garantizado por el equipo de Planificación Familiar del Servicio de Ginecología. Sin embargo, por fuera del circuito IVE el acceso a LARCS parece estar afectado por largas demoras. Se desconoce el alcance a AIPEO de los usuarios de AMEU.

Discusión

A través de las respuestas ofrecidas por el equipo de salud se elaboró una línea del tiempo con las distintas etapas de abordaje del aborto en la institución. Dichos enfoques coinciden, en gran medida, con los enfoques de manejo de aborto adoptados loco-regionalmente^{11,13-16}.

Antes del acceso al misoprostol, la evidencia destaca que en Argentina la seguridad y calidad de los abortos se encontraban ligadas a la condición socioeconómica de la mujer¹⁶; perspectiva compartida por los médicos entrevistados. Un trabajo predecesor sobre abortos en la institución relevó que era “recomendable y necesario” tener el contacto de un especialista que realizara legrados⁶, hallazgo respaldado por nuestra investigación.

En una segunda etapa, los profesionales implementaron individualmente la estrategia socio-sanitaria de reducción de riesgos y daños¹¹, con escaso respaldo institucional y con cierto temor. Se observó mayor uso y aceptación del misoprostol. La derivación a grupos feministas de acción-acompañamiento en aborto y el uso de páginas web con información relevante, fueron otras estrategias empleadas coincidentes con enfoques documentados en la literatura local^{13,14}.

En la tercera etapa, la ausencia de directrices institucionales para la aplicación de la causal de salud en ILE limitó el accionar médico. Durante este periodo, se mencionó la derivación ocasional a los CeSACs debido a la percepción de los profesionales sobre su eficacia en la aplicación del protocolo de ILE, que hoy se ve argumentada en la literatura¹⁷.

Tras la aprobación de la ley 27.610, tanto pacientes como el equipo de salud solicitaron a las autoridades institucionales una respuesta organizada y conforme al marco legal vigente. La implementación del consultorio no encontró obstáculos por parte de los rangos jerárquicos institucionales. El equipo interdisciplinario con experiencia en el abordaje del aborto fue convocado para planificar el actual dispositivo, que incluye servicios de Medicina Familiar, Ginecología, Obstetricia, Clínica Médica y Adolescencia, así como la colaboración de Administración, Diagnóstico por Imágenes y Farmacia.

Las vías de derivación y obtención de turnos, los horarios de la agenda y la duración de las consultas en el consultorio IVE fueron considerados apropiados.

Aunque la institución no promovió activamente el dispositivo IVE durante el curso de nuestra investigación, al finalizar la misma se evidenció la promoción del consultorio en la cartelera institucional y entre los pacientes.

La distribución de medicamentos es eficaz para los afiliados al PS-HIBA. Se enfatiza la necesidad de investigar en futuros estudios la implementación de la mifepristona, agregada para su uso con el misoprostol en abortos medicamentosos, según las recomendaciones internacionales y nacionales vigentes al concluir este trabajo.

Aunque la ecografía ha sido históricamente utilizada para diagnosticar viabilidad embrionaria y edad gestacional, la Organización Mundial de la Salud y las guías locales no la recomiendan como requisito para acceder al aborto^{2,18}. En la práctica clínica, su uso coercitivo demostró obstaculizar el acceso¹⁹. Sería relevante explorar cómo funcionaría el circuito IVE en el HIBA sin la ecografía rutinaria y conocer las percepciones de los usuarios sobre su uso en contexto de aborto.

En el análisis, no se registraron restricciones en el acceso a la IVE para personas afiliadas al PS-HIBA. Sin embargo, usuarios con otras coberturas enfrentan costos y procesos de autorización que podrían simplificarse. Durante la auditoría de entes proveedores de salud entre junio de 2021 y diciembre de 2022, la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación notificó 187 reclamos, destacándose las demoras en la cobertura por parte de obras sociales²⁰. Este fe-

nómeno se vería reflejado en nuestros hallazgos y señala la necesidad de futuras investigaciones centradas en cómo operan las obras sociales en el acceso a la IVE, considerando que aproximadamente el 60% de la población argentina está cubierta por sistemas privados y de seguridad social^{21,22}.

Se destaca la necesidad de mejorar las vías de comunicación y derivación a la guardia de ginecología/obstetricia y a los efectores de IVE/ILE en internación, así como la importancia de homogeneizar los criterios diagnósticos y de tratamiento del aborto en curso y complicado. Además, se resalta la urgencia de mejorar el acceso a la AIPEO y a métodos anticonceptivos de larga duración para toda la población usuaria de la institución.

Entre las limitaciones destacamos que el estudio se llevó a cabo en un hospital de gestión privada en la Ciudad de Buenos Aires, con características únicas que limitan la aplicabilidad de los hallazgos a otros centros. El muestreo utilizado pudo incidir en un sesgo de selección y atentar contra la representatividad, ya que hubo escasa participación del equipo de obstetricia. Se reconoce la posibilidad de sesgo de deseabilidad social, debido a que el equipo investigador está compuesto por defensores del derecho a la IVE, motivo que puede haber influenciado en las respuestas de los entrevistados.

En conclusión, este estudio exploró la gestión e implementación del dispositivo de interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital Italiano de Buenos Aires luego de la sanción de la Ley 27.610 en diciembre del 2020. Se examinó cómo un hospital del subsistema de medicina prepaga y privada en Buenos Aires respondió a una legislación sociocultural de alto impacto, impulsada por el gobierno nacional y el movimiento feminista argentino.

La institución realizó modificaciones internas significativas y adoptó una posición firme en la perspectiva de derechos. La implementación del consultorio de IVE no enfrentó obstáculos jerárquicos, asegurando el acceso a través de un circuito de efectores integrados que buscan mejoras continuas. El acceso a la práctica se encuentra garantizado en gran medida, sin embargo, aún no se conoce con precisión las posibilidades reales de elección del método de interrupción que poseen los usuarios. Se identificaron oportunidades de mejora vinculadas a lo engorroso de ciertos procedimientos administrativos. Resultaría interesante recuperar en futuros trabajos la voz de las personas que interrumpieron el embarazo o consultaron para hacerlo.

Agradecimientos: El proyecto fue subsidiado por el Consejo de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires año 2022.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Presidencia de la Nación. Boletín Oficial República Argentina, acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo ley 27610; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2021. En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807>; consultado agosto 2023.
2. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE), actualización 2022; Argentina, 2022. En: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-04/Protocolo_IVE_ILE%202022_1242023.pdf; consultado agosto 2023.
3. Drovetta RI. Profesionales de la salud y el estigma del aborto en Argentina. El caso de la "Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir." *Salud Probl* 2018; 24: 13-35.
4. Ganatra B, Gerdtts C, Rossier C, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet* 2017; 390: 2372-81.
5. Zeldovich VB, Rocca CH, Langton C, Landy U, Ly ES, Freedman LR. Abortion Policies in U.S. Teaching Hospitals: Formal and Informal Parameters Beyond the Law. *Obstet Gynecol* 2020; 135: 1296-305.
6. Volpi M, Volij C, Epstein D, et al. Barreras y factores facilitadores para la accesibilidad a la interrupción legal del embarazo (ILE) en el subsistema privado y de la seguridad social de Argentina: análisis de la situación institucional en el Hospital Italiano de Buenos Aires. *Evid Actual En Práctica Ambulatoria* 2022; 25: e006996.
7. Schwandt TA. Three epistemological stances for

- qualitative inquiry: Interpretivism, hermeneutics, and social constructionism. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of Qualitative Research*, 2nd edition, SAGE Publishing, 2000, p 189-213.
8. Husserl, E. *Ideas: General introduction to pure phenomenology*. Evanston, IL: Northwestern University Press, 1931.
 9. Heidegger M. *Being and Time*. Oxford, UK: Blackwell, 1967.
 10. Ricœur P. *From Text to Action: Essays in Hermeneutics, II*. Evanston, IL: Northwestern University Press, 1991.
 11. Briozzo L. *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, medicolegales, bioéticos y jurídicos*; Montevideo, 2002. En: <https://www.smu.org.uy/dpmc/biblioteca/libros/aborto.pdf>; consultado agosto 2023.
 12. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2015. En: http://www.legislaud.gov.ar/pdf/protocolo_web_2015.pdf; consultado agosto 2023.
 13. Vázquez SSF, Szwarc L. Aborto medicamentoso: transferencias militantes y transnacionalización de saberes en Argentina y América Latina. *RevIISE - Rev Cienc Soc Humanas* 2018; 12: 163-77.
 14. Zurbriggen R, Vacarezza N, Alonso G, Grosso B, Trpin M. Qué ofrece el sistema de salud ante los abortos en segundo trimestre de embarazo. En: Zurbriggen R, Vacarezza N, Alonso G, Grosso B, Trpin M. *El aborto con medicamentos en el segundo trimestre de embarazo*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: *La Parte Maldita*, 2018, p 113-29.
 15. Zamberlin N, Romero M, Ramos S. Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. *Reprod Health* 2012; 9: 34.
 16. Zamberlin N. *El aborto en la Argentina*; Buenos Aires, 2007. En: <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3586/1/6061.pdf>; consultado enero 2024.
 17. Chiarelli J, Pistani ML, Moisés S, Báez Rocha SM, Knopoff EG. Interrupción legal del embarazo en un hospital público y su área programática. *Medicina (B Aires)* 2020; 80: 1-9.
 18. World Health Organization. *Recommendations and best practice statements across the continuum of abortion care*. In: World Health Organization. *Abortion Care Guideline*, 2022, p 31-104.
 19. Kimport K, Johns NE, Upadhyay UD. Coercing women's behavior: how a mandatory viewing law changes patients' preabortion ultrasound viewing practices. *J Health Polit Policy Law* 2018; 43: 941-60.
 20. Ministerio de Salud Argentina. *Informe sobre acciones IVE/ILE en la SSSalud (2021-2022)*; Buenos Aires, 2022. En: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/12/informe_ive_sss salud_2021_2022.pdf; consultado enero 2024.
 21. Presidencia de la Nación. *Coberturas de Salud en Argentina. Año 2022*; Buenos Aires, 2023. En: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-06/coberturas-desalud-en-argentina-2022-deiss.pdf>; consultado enero 2024.
 22. Amnistía Internacional. *El derecho al aborto a través de obras sociales y empresas de medicina prepaga*; Buenos Aires, 2022. En: https://amnistia.org.ar/wpcontent/uploads/delightfuldownloads/2022/09/AMNISTIA_AbortoPrepagasOSociales_26092022_2-1.pdf; consultado enero 2024.

ANEXO

Guía de entrevista

Análisis cualitativo de la interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital Italiano de Buenos Aires

Profesional entrevistado: ginecólogo.

1. En primer lugar, queríamos saber si tienes conocimiento de la ley de interrupción voluntaria del embarazo y los cambios que introduce en el manejo del aborto.
2. Antes de la introducción de la ley, ¿dabas respuesta desde tu profesión a los pacientes que acudían con un embarazo no intencional y que querían interrumpir su embarazo?
 - a. ¿Cómo era esa experiencia?
 - b. ¿Había algún protocolo de manejo institucional o en tu servicio?
3. ¿Conocías la existencia del protocolo ILE en el hospital?
 - a. ¿Cómo te enteraste?
 - b. ¿Cómo fue tu experiencia con el mismo?
- c. ¿Conocías si en otros hospitales se estaba trabajando con el protocolo ILE? ¿Utilizabas los servicios?
4. A partir de la incorporación de la ley IVE, ¿quiénes tomaron las decisiones de contactar a los médicos que forman parte?
5. ¿Hubo alguna capacitación?
6. ¿Cómo percibís la incorporación de varios servicios en el manejo de este consultorio?
7. ¿Cómo se entera el/la paciente de este consultorio? Probes: ¿hay alguna especie de difusión? ¿Qué opinas de eso?
8. ¿Cómo toman el turno las o los pacientes? Probe: ¿cuál es tu experiencia con los turnos?
9. Con respecto a la distribución de horarios y la cantidad de tiempo destinado para la consulta, ¿cómo lo ves?
10. ¿Cuál es tu experiencia con la indicación de las ecografías? ¿Hubo cambios específicos para IVE?
11. En cuanto a la dispensación del misoprostol, ¿cómo es la organización para que el/la paciente reciba la medicación? Probes: ¿cuál es tu experiencia indicando misoprostol? ¿cambió desde que se dio apertura al consultorio?
12. Respecto a la cobertura, ¿cómo es tu experiencia en el manejo de los usuarios que pertenecen al Plan de Salud?
13. ¿Cómo es tu experiencia en el manejo de pacientes que no pertenecen al Plan de Salud?

Para finalizar...

14. ¿Con respecto al consultorio, tienes alguna autocrítica?
15. ¿Cómo percibes el apoyo de la jerarquía institucional en la creación del consultorio?
16. Esta pregunta es muy personal... ¿estas a favor de la ley IVE? Probe: ¿por qué?

Muchas gracias por tu participación.