

INFORMATIVO
MAYO / 2025

Las que hacen la diferencia: obstétricas que garantizan el acceso a IVE e ILE en Mendoza

Tercera entrega

GRUPO DE OBSTÉTRICAS REDAAS

Las que hacen la diferencia: obstétricas que garantizan el acceso a IVE e ILE en Mendoza

GRUPO DE OBSTÉTRICAS REDAAS

ÍNDICE

1. Presentación	3
2. Garantizar abortos con confianza y empatía	4
2.1 ¿Cómo garantizan interrupciones voluntarias y legales del embarazo?	
2.2 ¿Qué estrategias desarrollan?	
2.3 ¿Qué dificultades afrontan?	
3. ¿Cuál es el rol diferencial de las obstétricas?	8

Entrevistas y redacción de textos:
Melina Fit

Coordinación:
Ruth Zurbriggen y Silvina Ramos

Diseño:
Marcela Romero, Estudio Cosgaya

Lugar y fecha:
Argentina, mayo 2025

1. Presentación

En el presente trabajo daremos a conocer el testimonio de cuatro licenciadas en Obstetricia de la provincia de Mendoza sobre cómo garantizan interrupciones voluntarias y legales de embarazos (IVE-ILE) dentro del sistema público de salud. Es la continuidad del boletín publicado durante 2024 (en [parte I](#) y [II](#)) que abordaba el trabajo y experiencia de obstétricas en Neuquén.

La Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo abrió nuevos panoramas para garantizar derechos a las mujeres y otras personas con capacidad de gestar. El marco normativo para el ejercicio de la obstetricia en Mendoza está regulado por la [Ley 9.360](#) que establece condiciones de seguridad jurídica para las y los profesionales, define las situaciones clínicas de urgencia y las medidas para tratarlas, y precisa los alcances de los actos asistenciales en los diferentes niveles de atención. Además, en 2024 se aprobó el [decreto 2.088/24](#), por el cual se actualizó el vademécum obstétrico e incluyó las drogas utilizadas para la atención del aborto seguro (misoprostol y mifepristona).

En esta tercera entrega, **Mariela Martín de Guaymallén y Valeria Pastén de Maipú** relatan cómo abordan las IVE e ILE en la región más poblada de la provincia y desde el sistema público de salud, qué estrategias desarrollan y de qué manera llevan adelante su profesión tan ligada a la atención primaria y a la cercanía con las personas usuarias.

En la cuarta entrega, **Laura Quagliariello de Godoy Cruz, Gisela Molina de Junín y Gisella Guajardo de San Martín** aportarán sus experiencias sobre el trabajo en red entre obstétricas para garantizar IVE-ILE, el abordaje en la población rural, y también la necesidad de extender la formación y el conocimiento de la Ley 27.610.

2. Garantizar abortos con confianza y empatía



Mariela Martín

Mariela Martín es licenciada en Obstetricia desde hace más de 30 años. Desde los 7 sabía que sería su profesión. **“Mi bisabuela era la partera de mi pueblo, por mis venas corren esas ganas, esta vocación”**, dice con un dejo de emoción en su voz. Es de la localidad bonaerense de Pehuajó. Estudió en La Plata, hizo cuatro años de residencia en el hospital Alejandro Korn y al tiempo le salió la oportunidad de trabajar en Mendoza. “Estuve 14 años de guardia en el hospital Arturo Illia en La Paz, trabajando mucho con la urgencia. Hasta que decidí ser mamá, dejé de hacer guardias y me dediqué a atención primaria”, relata a modo de biografía. Actualmente es directora del Centro de Salud N°214 del barrio Lihue, en Guaymallén, una zona populosa y con grandes vulnerabilidades. Además, es referente del programa de Salud Reproductiva de Guaymallén.



Valeria Pastén

Valeria Pastén, en cambio, se encontró con la Obstetricia de una manera más fortuita: “Yo quería estudiar Medicina, pero no quedé en el ingreso y la verdad no quería perder el año, así que busqué algo relacionado y cuando leí la licenciatura en Obstetricia ni siquiera conocía esa palabra, pero **me gustó desde la primera clase que nos dieron**. Hasta el día de hoy sigo haciendo cursos”. Estudió en la Universidad del Aconcagua, en Mendoza, se recibió hace 8 años y siempre ejerció en la zona de Maipú. Trabajó en el sector privado y actualmente es planta permanente en el sistema público de salud, donde realiza guardias y atención primaria en el hospital Metraux, de Fray Luis Beltrán.

Aunque el impulso inicial fue distinto para las dos, lo esencial de su trabajo es la **cercanía con las pacientes y la posibilidad de resolver de manera rápida** la demanda que presenten.

Las experiencias de Valeria y Mariela confirman la **premisa que sostenemos desde REDAAS: las obstétricas son la puerta de entrada al sistema desde la atención primaria.**

“Busco atender a la paciente lo más rápido que se pueda, paciente que llega, paciente que atiando, no espero que saque turno, después me arreglo cómo las anoto. Me he quedado horas después de mi turno, o me mandan mensajes que salen de trabajar y si pueden pasar a buscar una receta de un anticonceptivo”, relata Valeria. En el mismo sentido, Mariela asegura: **“Yo amo mi profesión y lo que más quiero es poder resolverle la vida al paciente.** Y si está acá, es porque lo necesita”.

Coinciden también en que su rol se ha ido ampliando en los últimos años y ya no están circunscritas a la atención de partos de manera excluyente. **“Hoy no somos la simple partera que está al lado para controlar un trabajo de parto. Hoy hacemos atención primaria, ecografías, monitoreos, IVE-ILE, medicamos, somos directoras/es de un centro de salud,**

lo cual nos da toda una responsabilidad. Entonces podemos decir que Mendoza va adelante y tenemos que ir por más”, apunta Mariela.

En efecto, esta ampliación de tareas está reafirmada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Confederación Internacional de Matronas (ICM), al establecer que las obstétricas tienen incumbencia para abordar acciones de: consejería, prescripción y aplicación de anticonceptivos, colocación y extracción de implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos, realización de interrupciones seguras de embarazos, tanto con medicamentos como por AMEU. Sobre este último punto la ICM incluyó en las “Competencias esenciales para la práctica de la partería (2024)”, al aborto como uno de los conocimientos, técnicas y prácticas desarrolladas en la categoría “Salud y derechos sexuales y reproductivos”.

Mendoza es una de las 15 provincias que cuenta con una regulación propia para el ejercicio de la Obstetricia. Este marco legal y una formación adecuada permite que las obstétricas puedan proveer el 87% de los servicios esenciales de salud sexual reproductiva materna y neonatal, de acuerdo al informe “Las obstétricas pueden hacer la diferencia”, publicado por REDAAS en julio de 2024.

“Hoy no somos la simple partera que está al lado para controlar un trabajo de parto. **Hoy hacemos atención primaria, ecografías, monitoreos, IVE-ILE, medicamos, somos directores/as de un centro de salud,** lo cual nos da toda una responsabilidad. Entonces podemos decir que Mendoza va adelante y tenemos que ir por más”, explica Mariela.

2.1 ¿Cómo garantizan interrupciones voluntarias y legales del embarazo?

Mariela comenzó a garantizar interrupciones de embarazos antes de la pandemia por el COVID-19 (2020). Trabajaba en equipo con médicas que le proveían las recetas para los medicamentos y a la par hacía capacitaciones sobre la temática. Remarca que fue fundamental el contacto con REDAAS a través de una formación que realizaron para profesionales de la salud. “Me vine con unos libros, era todo muy nuevo para nosotros, porque había que estudiar y saber indicar, saber llegar a la paciente y tener seguridad de que todo iba a estar bien”, recuerda.

“Las primeras IVE-ILE debo decir que tomábamos muchos recaudos, como darle hasta el **teléfono a las pacientes para que nos llamaran ante cualquier novedad**, y te llegaban mensajes a las 12 de la noche, a las 9 de la noche, un 24 de diciembre. Después yo empecé a capacitar a mis colegas”, agrega Mariela.

Para Valeria acompañar IVE-ILE fue una decisión difícil y a la vez importante, ya que en el hospital donde ella trabaja no había quien garantice este derecho. “Sinceramente cuando sale la Ley (27.610) yo estaba embarazada, y **estaba re en contra**, no quería saber nada, no me parecía. Un día viene una paciente joven, yo la había seguido en sus dos embarazos previos,

no la quisieron ligar (las trompas) en un hospital porque le dijeron que era muy chica, que se podía arrepentir. Quedó embarazada nuevamente, y me dice que quería interrumpir ese embarazo, y le digo bueno mirá —fue en octubre o noviembre del año pasado— acá en el hospital del Metraux no hacemos nada pero te puedo derivar a un centro de salud cerca. ‘Me dice bueno dale’ y no me contestó más. A los 4 días me escribe que estaba internada porque se había querido suicidar. Yo dije: *fallé en haberla asesorado o no le di la herramienta en el momento*. Me sentí culpable, tal vez si yo lo hubiese hecho no hubiese pasado por esto”.

Esa experiencia fue un punto de inflexión en Valeria. Se capacitó y a fines del año 2024 comenzó a garantizar interrupciones del embarazo. **“Fue un notición, porque no había quien resolviera en el área de Beltrán. Venían muchas pacientes a preguntar”**, remarca.

2.2 ¿Qué estrategias desarrollan?

La objeción de conciencia para negarse a realizar la práctica está contemplada dentro de la Ley, aunque muchas veces genera complicaciones en el acceso a este derecho. Las derivaciones, la falta de información o los malos tratos pueden incurrir en demoras y obstáculos para las personas que deciden abortar. Por este motivo las **estrategias que desarrollan profesionales para poder garantizar el acceso al aborto son fundamentales**.

En el caso de Mariela, que abarca el departamento Guaymallén, asegura que no en todos los centros de salud hay obstétricas/os o ginecólogas/os que puedan prescribir y garantizar un aborto. Describe que están trabajando para aumentar los días de prestaciones de algunas licenciadas y que en algunas situaciones propuso un sistema de rotación para garantizar la presencia en todos los centros en algún momento del mes.

“Las y los **licenciados en Obstetricia siempre hemos estado más al frente del campo de batalla**, más que los ginecólogos. Tenemos muchos objetores de conciencia en los ginecólogos, hablo de la parte estatal, no sé en la parte privada, pero gracias a eso también peleamos. **El año pasado se aumentó el vademecum** y ahora podemos prescribir la mifepristona y el misoprostol. Fue un gran avance y lo celebramos muchísimo porque nosotros estamos al frente y resolvemos el problema, desde antes que fuera ley, nos hemos capacitado, vamos a talleres y seguimos estudiando, pero teníamos que depender de un médico clínico, ginecólogo, para que pudiéramos prescribir, que nos prestaran su firma para poder prescribir”, explica Mariela.

La jerarquización de la profesión ha permitido que las obstétricas también ocupen lugares de decisión, como en el caso de Mariela. “Como referente en el programa de Salud Reproductiva, y directora de un centro de salud y me encargué de que cada centro de salud tuviera prescriptor, tuviera su medicación también. Guaymallén es el departamento más grande que tiene Mendoza, y contamos con 21 centros de salud. Pero no todos los centros de salud a veces disponen con un licenciado en obstetricia, o con un médico ginecólogo, entonces siempre terminaban en el mío. Me encargué que por lo menos de los alrededores que estuvieran más cercanos haya alguien que garantice y tuviera la medicación **para que el problema se les resuelva en su lugar de origen**”, describe.

Tanto Mariela como Valeria sostienen que una parte esencial del acompañamiento es la **consejería posaborto**. “Antes de poder prescribir se perdía el seguimiento de la paciente y la posibilidad de captar el posIVE, para poder hacer la **consejería en salud reproductiva que es lo que más nos importa**. Es fundamental que si nosotros hacemos la captación, hacemos el tratamiento, lo indicamos y después podamos hacer el control posIVE”, dice Mariela.

“Yo siempre les digo: no te olvides que después de esta eventualidad que pasás, que es la interrupción, **yo no te suelto la mano**, yo no te dejo, tenes pastillas conmigo sin turno, hacemos los controles, los análisis. La atención posaborto la hacemos para tratar de que no vuelva a ocurrir, nos preocupamos en derivar si quieren a hacer una ligadura de trompas o vasectomía para el varón”, cuenta Valeria sobre cómo trabaja y agrega: **“Desde el momento que prescribo me quedo pensando en esa paciente hasta que termine”**.

Tanto Mariela como Valeria sostienen que una parte esencial del acompañamiento es la **consejería posaborto**. “Yo siempre les digo: no te olvides que después de esta eventualidad que pasás, que es la interrupción, **yo no te suelto la mano**, yo no te dejo, hacemos los controles, los análisis. Nos preocupamos en derivar si quieren a hacer una ligadura de trompas o vasectomía para el varón”, cuenta Valeria.

2.3 ¿Qué dificultades afrontan?

Al igual que lo que describieron las licenciadas en Obstetricia de Neuquén, en Mendoza hay dos dificultades para garantizar la práctica: **la falta de medicación y las complicaciones derivadas de las obras sociales** a la hora de cubrir la prestación de IVE.

Desde el 2024 el gobierno nacional recortó el envío de medicación a los distintos sistemas de salud provinciales, lo que obligó a cada provincia a abastecer hospitales y centros de salud con recursos propios.

“En el hospital falta un poco de medicación, a veces. Me gustaría que hubiera más disponibilidad de anticonceptivos, más lugar en los quirófanos para las ligaduras”, indica Valeria. Por su parte Mariela revela que las faltantes son cotidianas y generalizadas, no sólo hay poca medicación de anticoncepción, sucede lo mismo para hipertensos, vacunas, entre otros. “Lo vamos resolviendo, si no tenemos el kit de mifepristona y misoprostol, hacemos con misoprostol solo, como cuando empezamos. Toda la medicación la provee la provincia. Para anticoncepción nos mandaron creo que 60 tratamientos para todo el área y somos 21 centros de salud. Es poco. Es nada”, destaca.

3. ¿Cuál es el rol diferencial de las obstétricas?

El trato cotidiano, la presencia, la ayuda rápida, la empatía, la disponibilidad son acciones que describen el trabajo dedicado de Mariela y Valeria en el consultorio. **“Damos confianza.** Es una palabra que me gusta usar en el terreno de lo que hacemos, porque la paciente viene con mucho temor, con mucho apuro sobre todo psicológico de querer resolver eso ya. Cuando vos explicás todo y sin tapujos, es diferente. Aportamos **confianza, seguridad,** de que no solo estamos para darle la mano en un trabajo de parto y ayudarle en el parto, sino que también damos una seguridad en atención prenatal, en IVE, en ecografías”, analiza Mariela.

En la misma línea, Valeria agrega: **“nosotras tenemos más empatía,** otra conexión con la paciente, he visto muchos médicos que van al grano y no saben nada de la paciente. Nosotras conocemos a la paciente, sabemos si la está pasando mal, a veces hasta somos como amigas. Y algo fundamental es que trabajamos mucho en equipo entre nosotras”. **Hacen la diferencia.**

OTROS TÉ- TRIAS

redaas.org.ar



REDAAS
RED DE ACCESO AL ABORTO SEGURO
— ARGENTINA —

**50
AÑOS**



CEDES