

# TAREAS COMPARTIDAS

Una oportunidad  
para la atención  
del aborto  
en la Argentina



2da. edición  
2024

Tareas compartidas : una oportunidad para la atención del aborto en la Argentina /

Agustina Ramón Michel ... [et al.]. - 2a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires :

Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2024.

Libro digital, PDF - (El aborto en la formación de la salud ; 4)

Archivo Digital: Descarga disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4789>

ISBN 978-631-90255-7-6

1. Aborto Terapéutico. 2. Formación Profesional. 3. Acceso a la Salud. I. Ramón Michel, Agustina

CDD 362.198880982

Segunda edición

Autoras: Agustina Ramón Michel, Gabriela Luchetti, Roberta Ladenheim, Dana Repka y Silvina Ramos.

Revisora de segunda versión: Natalia Gherardi.

Diseño e ilustraciones: basado en la primera edición de Florencia Zamorano.

Maquetación: Marcela Romero. Estudio Cosgaya.

Edición: Marina Caporale.

CEDES, ELA y REDAAS.

Primera edición

Autoras: Agustina Ramón Michel, Gabriela Luchetti, Roberta Ladenheim y Dana Repka.

Revisoras de primera versión: Ruth Zurbriggen, Silvina Ramos y María Araceli Cárdenas.

Diseño e ilustraciones: Florencia Zamorano.

CEDES, ELA y REDAAS.

# ¿De qué se trata el documento?

La aprobación de la Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y a la Atención Posaborto marcó una nueva etapa en la política de salud sexual y reproductiva (SSR) argentina. Como es habitual, esta evolución se nutre de experiencias acumuladas y enfrenta nuevos desafíos y respuestas.



En este contexto, la primera edición de este documento presentó la noción de “tareas compartidas”, una estrategia de salud que promueve la formación y habilitación de personal de salud no médico para labores específicas en la atención de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y la interrupción legal del embarazo (ILE). Este enfoque busca ampliar el personal involucrado y enfatizar el trabajo en equipos multiprofesionales y no jerárquicos.<sup>1</sup> En esta segunda edición, especificamos y actualizamos su contenido tras más de un año de trabajo en los grupos de la Red de Acceso al Aborto Seguro de Argentina (REDAAS), que incluyen profesionales de las áreas de enfermería, obstetricia, trabajo social y medicina.<sup>2</sup>

La estrategia de tareas compartidas se adapta particularmente bien a la atención del aborto por varias razones. Primero, el aborto es generalmente un servicio de atención primaria. Segundo, puede ser brindado por profesionales que ejercen en diversas áreas de la salud, no solo por personal médico. Tercero, habilita el trabajo integrado de variados perfiles profesionales. Cuarto, esta estrategia ayuda a enfrentar la escasez de recursos humanos en la atención del aborto, evidenciada por disparidades subnacionales y formación inadecuada. Involucrar a otras profesiones, como obstetricia y enfermería, aumenta el acceso y mejora la calidad de la atención.<sup>3</sup> Finalmente, esta estrategia desmedicaliza el aborto, alejándolo de la concepción de ser un problema de manejo exclusivamente médico y generando nuevas oportunidades de resolución que involucren a otros perfiles profesionales que puedan contribuir a una atención integral de quienes requieren acceso a IVE-ILE.

En la Argentina existen experiencias de ampliación de roles y competencias en la atención del aborto, aunque no han sido definidas bajo el concepto de tareas compartidas o reparto de funciones hasta muy recientemente. Hace unos años, muchas médicas generalistas comenzaron a garantizar, con el uso del medicamento misoprostol, lo que entonces se conocía como “aborto no punible”. Estas profesionales facilitaron el acceso al abrir las puertas de los centros de salud a mujeres que buscaban abortar en un contexto donde esta práctica solo estaba disponible en unos pocos hospitales.<sup>4</sup> De modo similar, las personas que forman parte de Socorristas en Red se convirtieron en actoras clave para el aborto seguro en espacios comunitarios. Recientemente se han incorporado consultorios integrales que, aunque todavía son pocos, destacan por su enfoque interdisciplinario en contraste con la división y fragmentación predominantes en la atención hospitalaria.

Varios factores dificultan la implementación de las tareas compartidas. Entre otros, leyes de competencias profesionales desactualizadas, barreras dentro de las culturas profesionales, y una formación educativa que no las valora suficientemente o no las ve necesarias en el campo de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, la existencia de la ley sobre IVE-ILE, que no impone obstáculos al involucramiento de otros perfiles profesionales en la atención, es un facilitador crucial. La ley refiere al “personal de salud” en general, no limitando la atención del aborto exclusivamente al personal médico.

---

1 Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Ginebra: World Health Organization, p. 10. <https://iris.who.int/handle/10665/70185>.

2 Disponible en: <https://redaas.org.ar/>.

3 OMS (2015). *Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception*. Ginebra: World Health Organization, p. 14. <https://iris.who.int/handle/10665/181043>.

4 Mazur, V. (2022). La respuesta a la IVE-ILE en el subsistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Algunas características de su desarrollo y cambios observados a partir de la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). *Revista AMAdA, Asociación Médica Argentina de Anticoncepción*, 18(1), p. 34.

Ampliar el elenco de perfiles profesionales implica cambios en el modelo de atención vigente, lo que requiere diversos esfuerzos. Este documento, el tercero de la serie “El aborto en la formación de profesionales de la salud” del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y REDAAS, se dirige a personas y entidades tomadoras de decisión en todos los niveles de la política de salud y de los recursos humanos en salud, a colectivos de profesionales de salud, a profesionales de salud individuales, especialmente de enfermería y obstetricia, y a la sociedad civil interesada en apoyar cambios en los modelos de atención del aborto legal que permitan mayor acceso y mejor calidad.<sup>5</sup>

---

5 Luchetti, G., Ladenheim, R., Ariza Navarrete, S., Páez Callejas, G., y Ramón Michel, A. (2021). *Interrupción legal y voluntaria del embarazo: propuesta para la formación de especialistas en ginecología y obstetricia*. Agustina Ramón Michel (Coord.). 1ª ed. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4659>; Ramón Michel, A., Ariza Navarrete, S. y Repka, D. (2021). *La objeción de conciencia en las residencias médicas: pautas para la reflexión y acción en la atención del aborto*. 1ª ed. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4683>.

2

¿Qué se entiende por tareas compartidas?



Las llamadas tareas compartidas (*task sharing* en inglés, también conocidas como “reparto de tareas” o *task shifting* en inglés)<sup>6</sup> constituyen una estrategia de políticas de salud destinada a mejorar el uso de los recursos de los sistemas de salud mediante la formación de personal que normalmente no ha tenido las competencias para ciertas tareas, de forma que pueda desempeñarse en ellas y ampliar, de esa manera, el acceso a la atención de la salud.<sup>7</sup>

Se trata de una estrategia recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>8</sup> pero que tiene una historia muy anterior,<sup>9</sup> que se enmarca en, al menos, dos tendencias. Una tendencia más general que apunta a migrar, al menos en materia de formación, de un modelo basado en profesionales de la medicina que ejercen aisladamente su práctica hacia un modelo donde se jerarquiza el aprendizaje y el trabajo multiprofesional en el equipo de salud. Dicho de otra manera, se trata de dejar atrás las fronteras rígidas entre las distintas profesiones y mutar hacia un aprendizaje y trabajo en equipos multiprofesionales que puedan dar respuesta a las necesidades y expectativas de salud de las poblaciones.<sup>10</sup> Esto, ante el reconocimiento de que el desarrollo de competencias individuales no es suficiente para lograr la atención en salud que la comunidad necesita y a la que tiene derecho, y ante la propuesta de impulsar el desarrollo de “competencias colectivas” para mejorar la capacidad de un sistema que no es reducible a un individuo y está dinámica y fuertemente vinculado al contexto.<sup>11</sup>

Una segunda tendencia, específica sobre aborto, está vinculada a los cambios en la tecnología requerida para la interrupción del embarazo de calidad y sin riesgos. Las tareas compartidas toman forma como estrategia de salud tras un largo camino en donde la tecnología, los marcos legales y la evidencia sobre la atención del aborto fueron cambiando. En la década de 1970, cuando varias de las leyes más liberales de aborto eran aprobadas en países europeos y la Corte de los Estados Unidos dictaba la paradigmática sentencia de *Roe vs. Wade*,<sup>12</sup> la manera más segura de acceder a un aborto sin riesgos era estar en manos de personal médico y en una sala quirúrgica en condiciones. Pero la introducción de los medicamentos misoprostol y mifepristona en la década de los 90, así como de la aspiración manual endouterina (AMEU), cambiaron este escenario. Esto se ha traducido en una simplificación de las aptitudes que son necesarias para ofrecer servicios de aborto seguro, lo cual, a su vez, ha permitido la posibilidad de ampliar las funciones de una gama mayor de profesionales de la salud para la prestación de estos servicios.

---

6 Si bien estos términos suelen utilizarse de manera indistinta, a los efectos de este documento se optó por utilizar el término “tareas compartidas” frente a las otras opciones como «reparto de tareas» o «cambio de tareas» en la medida en que, conceptualmente, estas últimas opciones parecieran apuntar a un *desplazamiento* de algunos tipos de profesionales por otros, cuando en verdad estamos ante procesos de organización de los servicios que apuntan a *ampliar* el elenco de sujetos legitimados para llevar a cabo una determinada tarea o prestación.

7 OMS, 2015, p. 11.

8 OMS (2022a). *Abortion care guideline*. Ginebra: World Health Organization; OMS, 2015; OMS (2013). *Recomendaciones de la OMS: Optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas*. Ginebra: World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/87848>.

9 Endler, M., Cleeve, M., Sääv, I. y Gemzell-Danielsson, K. (2020). How task-sharing in abortion care became the norm in Sweden: A case study of historic and current determinants and events. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150, p. 34-42; Sultana, N. (2020). Task-sharing in menstrual regulation services: Implementation efforts and lessons learned in Bangladesh. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150, p. 4-8.

10 Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., García, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Méndez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D. y Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), p. 1923-1958.

11 Lingard, L. (2016). Paradoxical truths and persistent myths: reframing the team competence conversation. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 36, p. S19-S21.

12 Corte Suprema de los Estados Unidos. *Roe vs. Wade*, 410 U.S. 113 (1973).

Estos cambios han generado que las leyes y guías que asignaban la tarea del aborto solo a profesionales con título médico especializado en clínica general, ginecología u obstetricia hayan perdido su justificación. Ante estos avances tecnológicos, personal de otras áreas de la salud pueden también hacer parte de este servicio asumiendo distintos roles, incluido el de la provisión directa.

La estrategia de tareas compartidas es, ante todo, un proceso de ampliación del elenco de profesionales que tienen formación y facultades para llevar adelante determinadas prácticas.

Detrás de esta estrategia hay un reconocimiento de que las distintas personas que trabajan en el ámbito de la salud no ejercen su rol de manera aislada, sino a través de equipos interprofesionales en un contexto en el que múltiples competencias son transversales y comunes a quienes integran cada equipo.

Las tareas compartidas están siendo actualmente aplicadas como estrategia de salud en otras áreas, como la atención de la salud mental,<sup>13</sup> la atención prenatal incluidas las emergencias obstétricas,<sup>14</sup> y ahora también en la atención del aborto en algunos países.<sup>15</sup>

#### **La OMS recomienda la estrategia de tareas compartidas.**

Rebasar el ámbito de los especialistas para hacer participar a una amplia gama de trabajadores sanitarios constituye una estrategia de salud pública cada vez más importante (...). Aunque en muchos entornos la prestación de atención relacionada con el aborto se limita a los médicos especialistas, muchas de las intervenciones basadas en la evidencia en materia de aborto sin riesgos y atención después del aborto, especialmente las aplicadas en las primeras fases del embarazo, se pueden llevar a cabo de forma ambulatoria en el nivel de atención primaria. La posibilidad de recurrir al aborto con medicamentos como una opción segura y eficaz se ha traducido en una mayor simplificación de los criterios y de las aptitudes exigibles al personal sanitario para ofrecer unos servicios de aborto seguro, lo que autoriza a plantearse la ampliación de las funciones de una gama mucho mayor de trabajadores de la salud en la prestación de servicios de aborto sin riesgos.<sup>16</sup>

- 13 Hoeft, T., Fortney, J., Patel, V. y Unützer, J. (2018). Task-sharing approaches to improve mental health care in rural and other low-resource settings: a systematic review. *The Journal of Rural Health*, 34(1), p. 48-62; Raviola, G., Naslund, A., Smith, S. y Patel, V. (2019). Innovative models in mental health delivery systems: task sharing care with non-specialist providers to close the mental health treatment gap. *Current psychiatry reports*, 21(6), p. 1-13; Musyimi, C., Mutiso, V., Ndeti, D., Unanue, I., Desai, D., Patel, S., Musau, A., Henderson, D., Nandoya, E. y Bunders, J. (2017). Mental health treatment in Kenya: task-sharing challenges and opportunities among informal health providers. *International journal of mental health systems*, 11(1), p. 1-10; Padmanathan, P. y De Silva, M. (2013). The acceptability and feasibility of task-sharing for mental healthcare in low- and middle-income countries: a systematic review. *Social science & medicine*, 97, p. 82-86.
- 14 Kim, C., Sorhaindo, A., Ganatra, B. (2020). WHO guidelines and the role of the physician in task sharing in safe abortion care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology*, 63, p. 56-66; OMS, 2013, p. 6.
- 15 Aborigo, R., Moyer, C., Sekwo, E., Kuwolamo, I., Kumaga, E., Oduro, A. y Awoonor-Williams, J. (2020). Optimizing task-sharing in abortion care in Ghana: Stakeholder perspectives. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150, p. 17-24; Endler et al., 2020, p. 34.
- 16 OMS, 2015, p. 11. El énfasis nos pertenece.





¿Para qué sirve esta estrategia?

Las tareas compartidas buscan mejorar el acceso y la calidad de la atención del aborto de mujeres, adolescentes, niñas y otras personas con capacidad de gestar al optimizar y aumentar la cantidad de profesionales en un contexto de escasez e inadecuada distribución de recursos humanos.<sup>17</sup>

Uno de los desafíos actuales para todos los sistemas de salud del mundo es alcanzar un equilibrio entre una demanda creciente de servicios y una oferta restringida. Por esto mismo y desde hace al menos 15 años, los recursos humanos para la salud son un tema importante en las agendas globales y nacionales,<sup>18</sup> y, bajo ellas, las tareas compartidas han encontrado impulso.

En el caso de la Argentina, la escasez del personal de salud no parece ser el problema. La OMS ha establecido que el requerimiento mínimo de profesionales de enfermería, medicina y obstetricia para prestar servicios esenciales de salud reproductiva y materno infantil es de 23 por cada 10.000 habitantes. Datos del Observatorio Federal de Salud muestran que, para 2015, la tasa del personal de medicina era de 39,4 por cada 10.000 habitantes, comparado con el 9,2 de Perú y un máximo de 67,2 para Cuba. Estos números posicionan a la Argentina a nivel internacional al lado de Suiza, Italia, España o Australia; y, a nivel regional, en una mucho mejor situación que países vecinos como Brasil o Chile.<sup>19</sup> Algo similar ocurre con el personal de enfermería: el número total para 2019 en la Argentina era de 234.527 profesionales de enfermería, lo que representa una tasa de 52,19 por cada 10.000 habitantes. Dentro de esta área, si consideramos únicamente a las personas con título de tecnicatura o licenciatura la tasa decrece al 35,57 cada 10.000 habitantes, lo que igualmente continúa siendo una tasa aceptable. No es el caso del personal de obstetricia, que presenta una tasa de 1,2 profesionales por cada 10.000 habitantes, notablemente por debajo de los requerimientos mínimos.<sup>20</sup>

Sí, en cambio, hay un problema de mala distribución del personal, lo cual genera que el número de profesionales de la medicina que prestan servicios de aborto resulte insuficiente para muchas regiones, lo que se traduce, en estos sitios, en un problema de acceso.<sup>21</sup> En palabras de la OMS, se trata de desequilibrios geográficos subnacionales que, al implicar una falta de disponibilidad de personal sanitario en ciertas áreas, dan lugar a importantes desigualdades en el acceso a la atención médica.<sup>22</sup> Según los registros, en la Argentina existen varias provincias que están lejos del número ideal de profesionales de la medicina por número de habitantes, como es el caso de Misiones, Jujuy, Catamarca, Salta, Santiago del Estero y Formosa.<sup>23</sup> Esta situación se replica en el ámbito de la enfermería, donde el problema de la distribución del personal se profundiza en provincias como San Luis, Santiago del Estero, Catamarca, Misiones, Formosa y Corrientes. Allí la tasa no alcanza a 20 profesionales cada 10.000 habitantes (si solo se considera a las personas con tecnicatura o licenciatura).<sup>24</sup>

---

17 OMS, 2022a, p. 5.

18 OMS (2016). *Personal y servicios de salud. Proyecto de estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*. Ginebra: World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/251213>.

19 Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, OPERHUS (2015). *Los recursos humanos de salud en Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, p. 7. <https://iah.msar.gov.ar/doc/Documento6.pdf>

20 Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología y Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). *Las obstétricas en la salud sexual y reproductiva. Un agente estratégico*. Documento Técnico N°4, p. 1.

21 Pérez Navarro, P., Contreras Sánchez, A., Junco Gómez, M., Sánchez Villegas, P., Sánchez-Cantalejo Garrido, C. Luque Martín, N. (2015). *Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la República Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, p. 280. <https://cdi.mecon.gob.ar/bases/docelec/az3220.pdf>.

22 OMS, 2015, p. 17.

23 Ibid.

24 OFERHUS, 2015, p. 7.

Además, desde hace un tiempo persiste un énfasis en la formación de especialistas del tercer nivel, particularmente en las grandes ciudades, y una excesiva diversificación de la oferta de especialidades, lo cual atenta contra una disponibilidad y distribución de profesionales apropiadas.<sup>25</sup> Y esta escena se termina de componer con una falta de interés de los actores clave del sistema de salud por priorizar la inversión en el primer nivel de atención.<sup>26</sup>

Durante mucho tiempo, el estigma derivado de las restricciones legales que la Argentina presentaba operaron negativamente sobre la cultura institucional y las actitudes de los equipos de salud, impactando en la disposición del personal médico para realizar la práctica. En ese marco, quienes sí tenían disposición de ofrecer servicios de aborto dentro de los parámetros que el marco legal habilitaba eran escasas personas y estaban sobrecargadas.

A fines del año 2020, la legalización del aborto en la Argentina cambió el escenario y a partir de ese momento se hicieron necesarios más servicios y profesionales de la salud que proveyeran abortos. Este nuevo escenario, sumado a las condiciones de la oferta de recursos humanos señalada anteriormente, hace necesario y prioritario pensar en nuevas estrategias de gestión de los recursos humanos para garantizar acceso y servicios de aborto de calidad.

Desde esa cultura organizacional, además, la baja valoración del aborto se ha extendido a su enseñanza en las facultades de medicina y las residencias del equipo de salud, así como a las instancias de educación continua e investigación, particularmente en lo que respecta a las de ginecología y obstetricia.<sup>27</sup>

En la Argentina la provisión de abortos y la atención posaborto en el sistema institucional de salud es prestada prácticamente solo por profesionales de la medicina, particularmente generalistas y ginecoobstetras.<sup>28</sup> La estrategia de tareas compartidas -que incluye a otras profesiones como obstetricia y enfermería, y a acompañantes de organizaciones de la comunidad- es factible de implementar y es segura, en especial en el caso del aborto con medicamentos. En referencia al aborto quirúrgico y a la atención del posaborto que requiere AMEU, muchos estudios también muestran que quienes ejercen esas profesiones pueden realizarlo en los espacios de atención primaria de manera efectiva y segura en la medida en que existan lugares físicos habilitados para la práctica.<sup>29</sup>

---

25 Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017). *Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud*. 29º Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D.C. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-recursos-humanos-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>.

26 OMS (2011). *Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política*. <https://iris.who.int/handle/10665/44538>.

27 Luchetti et al., 2021, p. 16.

28 Barnard, S., Kim, C., Park, M. y Ngo, T. (2015). Doctors or mid level providers for abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.; Weitz, T., Taylor, D., Desai, S., Upadhyay, U., Waldman, J., Battistelli, M. y Drey, E. (2013). Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health*, 103(3), p. 454-461.

29 Ngo, T., Park, M. y Free, C. (2013). Safety and effectiveness of termination services performed by doctors versus mid level providers: a systematic review and analysis. *International journal of women's health*, 5, p. 9.

En 2015 se lanzaron los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Asamblea General de las Naciones Unidas que promueven reducir la mortalidad materna a menos de 70 muertes maternas por 100.000 personas nacidas vivas para 2030. Dichos objetivos solo se lograrán con el acceso universal a una atención en salud sexual y reproductiva y materno neonatal de alta calidad que no será posible en un contexto de escasez de recursos humanos.<sup>30</sup>

Otra de las contribuciones de las tareas compartidas es la mejora en la calidad de los servicios, particularmente en el primer nivel de atención.<sup>31</sup> Una revisión sistemática de estudios cualitativos encontró que la atención profesional obstétrica y de enfermería a mujeres en edad reproductiva tiene probados beneficios clínicos y otros adicionales, como la confianza, la atención personalizada y el empoderamiento.<sup>32</sup> Otra revisión sistemática de estudios cualitativos muestra que, a la hora de elegir un servicio, las mujeres se inclinan por aquellos donde son atendidas por personal obstétrico o de enfermería en contraste con los servicios donde son atendidas por personal médico.<sup>33</sup>

Existen otros aportes de las tareas compartidas, como la satisfacción laboral y el sentido de pertenencia, que provee el trabajo interprofesional. Implementar una práctica colaborativa hacia objetivos comunes produce confianza, respeto, comunicación fluida y resulta en el fortalecimiento del talento humano, al mismo tiempo que un enfoque de trabajo en equipo, basado en relaciones no jerárquicas, es una forma óptima de ofrecer cuidados y atención de calidad.

Por último, algunos estudios mencionan la reducción en los costos como resultado del mejor y más fácil acceso que produce la solicitud de servicios en las primeras semanas de gestación, lo cual, a su vez, contribuye a la disminución de internaciones y complicaciones.<sup>34</sup>

Visto el escenario actual de la Argentina y la evidencia acumulada en materia de beneficios para el acceso y la calidad, para la satisfacción de la usuaria y de los equipos de salud, y para la reducción de los costos sanitarios, resulta clave la implementación de la estrategia de las tareas compartidas sumada a la capacitación continua y el cuidado y estímulo de los recursos humanos. La estrategia de tareas compartidas puede aportar reformulaciones y opciones a la prestación del aborto seguro, mejorando el acceso y la calidad de la prestación e incluso reduciendo la morbimortalidad asociada a la falta de acceso a este servicio.

30 Nove, A., Hoopé-Bender, P., Moyo, N. y Bokosi, M. (2018). The midwifery services framework: What is it, and why is it needed? *Midwifery*, 57, p. 54-58.

31 Perriman, N., Davis, D. y Ferguson, S. (2018). What women value in the midwifery continuity of care model: a systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*, 62, p. 220-229.

32 Tamang, A., Shah, I., Shrestha, P., Warriner, I., Wang, D., Thapa, K., My Huong, N. y Meirik, O. (2017). Comparative satisfaction of receiving medical abortion service from nurses and auxiliary nurse-midwives or doctors in Nepal: results of a randomized trial. *Reproductive Health*, 14(1):176, p. 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0438-7>; Mainey, L., O'Mullan, C., Reid-Searl, K., Taylor, A., Baird, K., (2020). The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), p. 1514. <https://doi.org/10.1111/jocn.15218>.

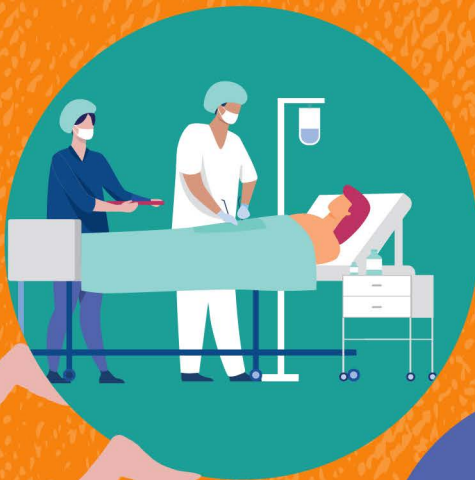
33 Mainey et al., 2020, 1513-1526; Colvin, C., de Heer, J., Winterton, L., Mellenkamp, M., Glenton, C., Noyes, J., Lewin, S. y Rashidian, A. (2013). A systematic review of qualitative evidence on barriers and facilitators to the implementation of task-shifting in midwifery services. *Midwifery*, 29(10), p. 1211-21. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.05.001>.

34 Endler et al., 2020, p. 36; Sjöström, S., Kopp Kallner, H., Simeonova, E., Madestam, A. y Gemzell-Danielsson, K. (2016). Medical abortion provided by nurse-midwives or physicians in a high resource setting: a cost-effectiveness analysis. *Plos one*, 11(6). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0158645>.

# 4

## ¿Quiénes participan y qué tareas podrían realizar?

La estrategia de tareas compartidas requiere decisiones sobre quiénes participan en la provisión del servicio y qué tareas pueden realizar. Estas deben basarse en la evidencia actualizada y en la consideración sobre las competencias adquiridas por los diversos perfiles profesionales en su formación.



La OMS reconoce 10 categorías de “trabajadores de la salud” que participan en la atención integral del aborto. No todas las categorías propuestas por la OMS tienen un equivalente en el sistema de salud argentino y la formación de estos profesionales presenta particularidades propias del país.

Las siguientes tablas sintetizan las categorías enunciadas por la OMS y proponen un paralelismo en la Argentina, indicando qué profesiones de la salud se corresponden más estrechamente con cada categoría y qué tareas podrían realizar, siempre que cuenten con la formación adecuada y las condiciones materiales necesarias.

Dentro de las áreas que participan en los cuidados del aborto y posaborto e integran los equipos de salud en la Argentina se encuentra el trabajo social. Según la bibliografía local, las personas con título de Licenciatura en Trabajo Social tienen un rol relevante en las consejerías integrales en salud sexual, reproductiva y no reproductiva, así como en el abordaje integral de los cuidados en situaciones de aborto y posaborto.<sup>36</sup> Sin embargo, no han sido incluidas dentro de las 10 categorías de “trabajadores de la salud” que considera la OMS para la atención integral del aborto. Para explorar esta omisión se realizó una revisión de la bibliografía internacional sobre la relación entre el trabajo social y los cuidados del aborto y posaborto, pero no se encontraron estudios específicos relevantes. No obstante, la bibliografía proporciona importantes evidencias sobre los buenos resultados en salud derivados de la larga tradición de trabajo colaborativo y de cuidados integrados entre los equipos médicos de atención primaria y los equipos de trabajo social, lo que apoya su inclusión en los grupos de tareas compartidas.<sup>37</sup> Sin embargo, esta incorporación no ha sido reconocida todavía por la OMS y por ese motivo no se encuentran referencias al aporte de quienes se desempeñan en trabajo social en las dos tablas que siguen.

- 
- 36 Miranda, L. (2008). *Interrupción voluntaria del embarazo. Abortando lecturas unívocas: aportes para la problematización desde el trabajo social* [Trabajo final de Licenciatura en Trabajo Social]. Universidad Nacional de Villa María. [http://biblio.unvm.edu.ar/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=1822](http://biblio.unvm.edu.ar/opac_css/doc_num.php?explnum_id=1822); Picca Stortini, M., Cantarella, B., Romo, C., Carrera, C., Goller, L. y Quispe Saravia, M. (2021). Interrupción Legal del Embarazo: Trabajo Social y construcción de la causal salud integral. *Plaza Pública: Revista de Trabajo Social*, 26(14). Marcone, M. y De Palo, V. (2012). El abordaje de la problemática del aborto por parte de un equipo interdisciplinario de un Centro de Salud. *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 66.
- 37 Löwe, C., Mark, P., Sommer, S., y Weltermann, B. (2022). Collaboration between general practitioners and social workers: a scoping review. *BMJ open*, 12(6), e062144; Kangasniemi, M., Karki, S., Voutilainen, A., Saarnio, R., Viinamäki, L. y Häggman-Laitila, A. (2022). The value that social workers' competencies add to health care: An integrative review. *Health & Social Care in the Community*, 30(2), p. 403-414.

**Tabla 1. Categorías de trabajadoras/es de la salud de la OMS y su equivalente en la Argentina**

Categoría de trabajadoras/es de la salud	Definición para OMS	Equivalente en la Argentina
<b>Médicas/os especialistas</b>	Son profesionales que cuentan con un título universitario de grado en medicina y con una formación clínica de posgrado.	<p>Las personas que trabajan como médicas especialistas con formación de posgrado son aquellas que, luego de su formación de grado en medicina, han continuado su entrenamiento en un área disciplinar más acotada, ya sea en una formación en servicio en una residencia, realizando una carrera universitaria o mediante una formación que es certificada por las sociedades científicas.</p> <p>Las especialidades en las que la medicina adquiere competencias vinculadas a la provisión del aborto más allá de las competencias propias del grado en medicina son la <b>tocoginecología y la especialidad en medicina general y/o de familia</b>.</p> <p>Quienes tienen título de <b>tocoginecología</b> –que son profesionales de la medicina especialistas en ginecología y obstetricia- se dedican a “atender a la mujer en las distintas etapas de su vida en los aspectos tocoginecológicos con una visión integral enfatizando la prevención y la promoción de la salud; conociendo las herramientas básicas de gestión en salud y participando de investigación y de educación permanente”, según el Ministerio de Salud.<sup>38</sup></p> <p>Por su parte, quienes son <b>especialistas en medicina general y/o familiar</b> se han formado para cuidar la salud de la comunidad. Es decir, gestionar el proceso de atención de la salud de la persona, la familia y la comunidad, y participar del proceso de investigación y educación médica continua.</p>
<b>Médicas/os sin especialidad</b>	Son profesionales que tienen un título universitario de grado en medicina, pero no tienen una especialización en obstetricia y ginecología.	<p>El título de la carrera de grado de medicina habilita la práctica sin necesidad de realizar una especialidad. El título de quienes egresan de la carrera de grado es en medicina general y si deciden no realizar ninguna especialización ejercen la medicina con este perfil. Debe diferenciarse de quienes son especialistas en medicina general y/o familiar, que son personas graduadas de la carrera de grado que llevaron adelante una especialización de posgrado en esta especialidad.</p>

38 Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Marco de referencia para la formación en residencias en tocoginecología aprobado por resolución ministerial RM N° 1073/2015. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, 2010.

Categoría de trabajadoras/es de la salud	Definición para OMS	Equivalente en la Argentina
<b>Clínicas/os asociadas/os y clínicas/os asociadas/os avanzadas/os</b>	Son profesionales con competencias básicas para diagnosticar y tratar problemas médicos y quirúrgicos comunes, así como para realizar algunas intervenciones de cirugía.	No <b>existe esta figura</b> ni perfiles de profesionales con los que pueda ser equiparada.
<b>Obstétricas/os</b>	Son profesionales que han completado una carrera de programa de partería.	Esta figura la desempeñan las personas que son obstétricas o <b>licenciadas en obstetricia</b> que cuentan con título de universidades públicas o privadas tras una formación de grado con una duración de entre cuatro y cinco años. <sup>39</sup>
<b>Enfermeras/os</b>	Son profesionales que tienen autorización para ejercer tras superar un examen organizado por una junta oficial de evaluación u otra autoridad reguladora. El aprendizaje se prolonga al menos tres años en una escuela de enfermería.	Esta categoría corresponde a auxiliares de enfermería, profesionales en enfermería y quienes poseen título de licenciatura en enfermería, dependiendo de la formación que hayan realizado.
<b>Enfermeras/os – parteras/os auxiliares</b>	Son personas con formación en aptitudes básicas de enfermería, pero no en la toma de decisiones de enfermería. Tienen conocimientos básicos de enfermería y algunas competencias en partería, pero no están plenamente cualificadas como parteras.	No existe una figura como esta ni perfiles de personal de salud existentes que se le asemeje.

39 Luchetti, G., Ramos, S., y Zurbriggen, R. (en prensa). *La formación de grado en obstetricia en Argentina: una exploración de planes y programas de estudio.*



Categoría de trabajadoras/es de la salud	Definición para OMS	Equivalente en la Argentina
<b>Médicas/os de sistemas de medicina complementarios</b>	Son profesionales de la salud de alguno de los sistemas tradicionales y complementarios de medicina cuya formación se ha plasmado en un título universitario de cuatro o cinco años que certifica que han estudiado anatomía humana, fisiología, manejo de los partos normales y farmacología de los medicamentos más recientes utilizados en obstetricia y ginecología, además de su sistema especial de medicina.	Luego de recibirse de la carrera de grado de medicina hay profesionales que pueden optar por dedicarse a la medicina no tradicional, pero la formación universitaria de grado que poseen es la misma, ya sea que realicen medicina tradicional u otro tipo de medicina complementaria o alternativa.
<b>Agentes de salud comunitarias/os</b>	Son las personas que ejercen funciones relacionadas con la prestación de atención o el suministro de información en materia de salud y están capacitadas de alguna manera en los pormenores de la tarea, pero que no han recibido ningún certificado profesional o paraprofesional formal ni un título de educación terciaria.	Esta figura la desempeñan tanto personas que actúan como <b>agentes sanitarias</b> como <b>organizaciones de la comunidad</b> . Las personas que se desempeñan como <b>agentes sanitarias</b> se constituyen como trabajadoras de la salud que orientan, promocionan y realizan otras acciones en el primer nivel de atención. Su trabajo se organiza fundamentalmente en base a la visita domiciliaria y la actividad comunitaria. Su formación, así como la regulación de su ejercicio profesional, varía en las distintas jurisdicciones del país. También existen <b>organizaciones de la comunidad</b> con militancia feminista que asisten en la autogestión del aborto con medicamentos, con la provisión de medicación, consejería y acompañamiento. Estas experiencias se han generalizado, sobre todo, a través de las redes sociales y la telemedicina. <sup>40</sup> Destacan, entre ellas, las Socorristas en Red de Argentina.

40 Moseson, H., Herold, S., Filippa, S., Barr-Walker, J, Baum, S. y Gerds, C. (2020). Self-managed abortion: a systematic scoping review. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynecology*, 63, p. 87-110.

Categoría de trabajadoras/es de la salud	Definición para OMS	Equivalente en la Argentina
Farmacéuticas/os	Son profesionales de la salud que dispensan medicamentos. Su formación comprende estudios de nivel universitario en farmacia teórica y práctica, química farmacéutica u otro campo relacionado con esas materias.	En la Argentina existe esta figura como la describe la OMS, con profesionales que obtienen su título tras una carrera universitaria de al menos cinco años cuya formación comprende la formulación y el suministro de medicamentos y realizar recomendaciones a pacientes sobre medicamentos según sus síntomas o diagnóstico médico.




Fuente: Elaboración propia construida a partir de las categorías de trabajadores de la salud de la OMS.<sup>41</sup>

**Tabla 2. Quién debería hacer qué, según cada categoría de profesional de la salud en la Argentina.**

La OMS enfatiza en sus últimas directrices sobre atención en aborto que “cuando la legislación o las políticas regulen quién puede practicar o gestionar el aborto, esa reglamentación debe ser coherente con las orientaciones de la OMS”.<sup>42</sup>

El siguiente cuadro busca orientar la asignación de tareas y responsabilidades específicas de cada perfil profesional de salud en la Argentina en el proceso de atención del aborto. Se identifican las etapas del preaborto, el procedimiento y el posaborto siguiendo las recomendaciones de la OMS adaptándolas a las categorías profesionales de la Argentina.

**Referencias:**

 <b>Se recomienda</b>	Es una recomendación firme a favor de la intervención.
 <b>Se sugiere</b>	Es una recomendación débil a favor de la intervención.
 <b>No recomendada / no evaluada</b>	Es una recomendación firme en contra de la intervención o que no fue evaluada por la OMS en sus últimas directrices sobre aborto.

Fuente: Elaboración propia con base en terminología utilizada por el grupo de personas expertas convocadas por la OMS para determinar el grado de solidez de las recomendaciones volcadas en las últimas directrices sobre atención en aborto de 2022.

41 OMS, 2015, p. 21; OMS (2022b). *Ibis Reproductive Health. Directrices sobre la atención para el aborto de la Organización Mundial de la Salud: Resumen de recomendaciones para el aborto autogestionado*, p. 139.

42 OMS, 2022b, Recomendación N° 21, p. xxix.

		Médica/o especialista en ginecología y obstetricia	Médica/o especialista en medicina general y/o de familia	Médica/o (sin especialidad) +	Licenciada/o en obstetricia u obstétrica/o	Enfermera/o profesional y licenciada/o en enfermería	Agente sanitaria/o comunitaria/o	Farmacéutica/o
<b>Durante toda la atención</b>								
Provisión de información sobre la atención del aborto y posaborto		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Consejería / Orientación <sup>43</sup>		✓	✓	✓	✓	✓	✓	* ***
<b>Preaborto</b>								
Preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico	Con medicación a cualquier edad gestacional	✓	✓	✓	✓	✓	* (a)	* (a)
	Con dilatadores osmóticos a partir de las 12 semanas	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗

43 Se trata de un proceso focalizado e interactivo a través del cual una persona recibe voluntariamente apoyo, información y orientación no directiva por parte de una persona capacitada, en un entorno propicio para intercambiar abiertamente pensamientos, sentimientos, percepciones y experiencias personales (OMS, 2022a, p. 42).

		Médica/o especialista en ginecología y obstetricia	Médica/o especialista en medicina general y/o de familia	Médica/o (sin especialidad) +	Licenciada/o en obstetricia u obstétrica/o	Enfermera/o profesional y licenciada/o en enfermería	Agente sanitaria/o comunitaria/o	Farmacéutica/o
<b>Aborto</b>								
Aborto con medicamentos	Hasta las 12 semanas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Más de 12 semanas <sup>44</sup>	✓	✓	*✓	*✓	*✓	*✓	*✓
Aborto quirúrgico	Aspiración al vacío antes de las 14 semanas	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗
	Dilatación y evacuación a partir de las 14 semanas	✓	✓ ***	*✓	*✓	✗	✗	✗
Dilatación y evacuación		✓	*✓ ***	*✓ ***	*✓ ***	*✓ ***	*✓ ***	*✓ ***
Aborto retenido		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Muerte fetal intrauterina		✓	✓	*✓	*✓	*✓	*✓	*✓
<b>Posaborto</b>								
Atención y cuidados de seguimiento posaborto		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tratamiento médico del aborto incompleto sin complicaciones		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tratamiento con aspiración al vacío en la atención del aborto incompleto sin complicaciones		✓	✓	✓	✓	✓	*✓	*✓
Atención y cuidados iniciales de las complicaciones posaborto que no ponen en peligro la vida (atención de la hemorragia e infección)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

44 El personal de salud que realiza abortos o que asiste a personas que solicitan abortos a partir de las 12 semanas de gestación puede requerir apoyo profesional y de mentoría.

	Médica/o especialista en ginecología y obstetricia	Médica/o especialista en medicina general y/o de familia	Médica/o (sin especialidad) +	Licenciada/o en obstetricia u obstétrica/o	Enfermera/o profesional y licenciada/o en enfermería	Agente sanitaria/o comunitaria/o	Farmacéutica/o
<b>Posaborto (continuación)</b>							
Tratamiento quirúrgico de las complicaciones	✓	✓	*✓	*✓	*✓	*✓	*✓
Consejería posaborto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Anticoncepción posaborto</b>							
Consejería en anticoncepción posaborto (criterios de elegibilidad de OMS)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prescripción, dispensa y/o administración de métodos anticonceptivos posaborto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Inserción y extracción de dispositivos intrauterinos	✓	✓	✓	✓	✓	*✓	*✓
Inserción y extracción de implantes subdérmicos	✓	✓	✓	✓	✓	*✓	*✓
Administración de anticonceptivos inyectables	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ligadura tubaria	✓	✓	✓	*✓	*✓	*✓	*✓
Vasectomía	✓	✓	✓	*✓	*✓	*✓	*✓

Fuente: Elaboración propia en base a las directrices sobre la atención para el aborto (OMS, 2022a. *Abortion care guideline*).

#### Referencias:

- + La OMS no se refiere específicamente a personas que sean médicas sin especialidad.
- ‘ Incluye también a personas que trabajan como auxiliares de enfermería y como enfermeras auxiliares parteras.
- \*\* Incluye también a profesionales de la medicina tradicional y comunitaria.
- \*\*\* Incluye también a personas que son empleadas de farmacia, bajo supervisión de alguien con título farmacéutico universitario.
- (a) Cuando se asegure la continuidad del procedimiento.
- \* Solo en caso de capacitación específica.

Finalmente, es importante tener en cuenta que las mujeres tienen un papel relevante en la autogestión de su salud, así como también las organizaciones de la comunidad que apoyan esta autogestión con información, colaboración en el acceso a los medicamentos y acompañamiento personal o a través de herramientas de telemedicina. Esto también debe ser considerado en el marco de una estrategia de tareas compartidas.<sup>45</sup> Estas experiencias y modelos de facilitación de la autogestión del aborto en el mundo son un tema recientemente abordado por la literatura médica,<sup>46</sup> y en este momento forman parte de la conversación social sobre el acceso al aborto. A la fecha, existen abundantes evidencias sobre su efectividad<sup>47 48</sup> y seguridad.

---

45 OMS, 2022b, p. 67-73.

46 Drovetta, R. (2015). Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women's access to safe abortions in Latin America. *Reproductive health matters*, 23(45), p. 47-57.

47 Moseson, H., Keefe-Oates, B., Jayaweera, R., Filippa, S., Motana, R., Bercu, C., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Friedman, E. y Gerdts, C. (2020). Studying Accompaniment model Feasibility and Effectiveness (SAFE) Study: study protocol for a prospective observational cohort study of the effectiveness of self-managed medication abortion. *BMJ open*, 10(11). <https://bmjopen.bmj.com/content/10/11/e036800>

48 Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I. A., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Motana, R., Bercu, C., Carbone, S. y Gerdts, C. (2022). Effectiveness of self-managed medication abortion with accompaniment support in Argentina and Nigeria (SAFE): a prospective, observational cohort study and non-inferiority analysis with historical controls. *The Lancet Global Health*, 10(1), e105-e113. <https://bmjopen.bmj.com/content/10/11/e036800>

5

¿De qué experiencias aprender?



### **Suecia: no todo arranca de manera formal**

Hacia 2007 Suecia inició un proceso para incorporar al personal obstétrico en la atención del aborto. Esta iniciativa, impulsada tanto por el Gobierno como por profesionales de la salud, se hizo posible gracias a varios factores. En primer lugar, la obstetricia, usualmente conocida como partería, es una profesión respetada en el país, con una considerable autonomía y capacidad para influir en las políticas de salud. Desde la década del 70 las personas que se desempeñan como obstétricas han estado habilitadas para ofrecer consejería en planificación familiar, y en los años 90, con la incorporación del aborto con medicamentos, comenzaron a asumir responsabilidades como la consejería, provisión del medicamento y seguimiento. Esto ocurrió incluso antes de que existieran programas formalizados de entrenamiento, aunque se realizó de manera más sistemática una vez que estos se implementaron. Además, se llevaron a cabo investigaciones sobre la seguridad y calidad de la atención del aborto por parte de personal obstétrico, las cuales fueron cruciales para institucionalizar la política de tareas compartidas y validar su rol en esta área. Como resultado de estos esfuerzos y tras mucha insistencia, en 2007 la Sociedad Sueca de Obstetricia y Ginecología asumió el mandato, sugerido por el National Board of Health and Welfare (NBoHW), de desarrollar un programa de capacitación formal para la certificación del personal obstétrico en la atención del aborto. La primera unidad de atención de aborto operada por personas que trabajaban como obstétricas se inauguró en 2009. Actualmente, se estima que hay 50 unidades de este tipo dentro de las 130 clínicas que ofrecen servicios de aborto en el país.<sup>49</sup>

### **Bangladesh: más de 30 años de reparto de tareas**

Bangladesh tiene una larga historia de inclusión de profesionales de la salud que no poseen un título médico en la prestación de servicios de atención de la salud. Ya en 1979, pocos años después de su independencia, se lanzó la iniciativa “regulación menstrual” como parte del programa nacional de planificación familiar. Esta medida, destinada a abordar el aborto en un país donde la ley lo restringe severamente, ha permitido reducir significativamente la mortalidad materna. Cualquier mujer con su ciclo menstrual alterado puede solicitar este servicio, en el cual una amplia variedad de profesionales de la salud (en particular de las áreas de enfermería, paramedicina y agentes de salud) tienen habilitación para emplear el método. Estas profesiones también están autorizadas a usar misoprostol o una combinación de mifepristona y misoprostol en abortos hasta las nueve semanas de gestación.<sup>50</sup>

### **Ghana: la política de tareas compartidas para reducir la mortalidad materna**

Hacia fines de 1990 y tras mantener por más de cuatro décadas un marco legal restrictivo en aborto y una morbilidad materna que no se reducía, las autoridades sanitarias de Ghana empezaron a discutir opciones. Una encuesta del Hospital Universitario Temale en el norte del país había relevado que un alto número de muertes maternas –así como un incremento de morbilidades a corto y largo plazo- estaban relacionadas con las complicaciones derivadas de abortos que eran realizados por personas no capacitadas.<sup>51</sup> Este dato contundente que no cambiaba y la escasez de recursos humanos médicos especializados disponibles terminó de convencer al Ministerio de Salud del país de tomar acción, y en 2003 se habilitó explícitamente a personas que se desempeñaban como obstétricas y en otras ramas de la salud a asumir tareas

---

49 Endler et al., 2020, p. 39.

50 Sultana, 2020, p. 4-8.

51 Aborigo et al., 2020, p. 19.



específicas en la atención del posaborto.<sup>52</sup> Esto continuó, y en 2006 el personal obstétrico y de enfermería con conocimientos en partería fue habilitado en el primer protocolo para la provisión del aborto en el primer trimestre.<sup>53</sup> Estos cambios regulatorios fueron acompañados por la realización de capacitaciones y programas de formación en estas tareas, destacándose, particularmente, la incorporación en 2009 de la AMEU a la currícula de la educación nacional de la carrera obstétrica. Estos cambios hoy están plasmados en el Protocolo para la Prevención y Gestión del Aborto Inseguro,<sup>54</sup> que constituye un precedente de tareas compartidas con potencial de expandirse a otras áreas de la salud sexual y reproductiva.<sup>55</sup>

### **Túnez: el rol del personal obstétrico como principal proveedor del aborto con medicamentos**

Con el impulso de la legalización del aborto en el primer trimestre desde 1973 y el desarrollo de políticas públicas de “planificación familiar” que incluyeron al aborto desde entonces,<sup>56</sup> el personal obstétrico en Túnez ha ejercido un rol activo en pos de garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva.<sup>57</sup> Su trabajo se consolidó, fundamentalmente, a partir de 2001, con la introducción del aborto con medicamentos.<sup>58</sup> Y es que el aborto con misoprostol y mifepristona simplifica considerablemente los criterios y las aptitudes exigibles al personal de salud para ofrecer servicios de aborto seguro, lo que favorece la ampliación de tareas a una gama mucho mayor de profesionales de la salud.<sup>59</sup> Actualmente, el aborto con medicamentos se usa en el 80% de los procedimientos de aborto realizados en el sector público de Túnez<sup>60</sup> y es provisto mayoritariamente por personal obstétrico.<sup>61</sup>

### **Colombia: la descentralización de tareas respaldada por la ley**

Aunque en Colombia las tareas compartidas para la provisión del aborto no son una política explícita,<sup>62</sup> se han implementado en la práctica con el impulso de normas y sentencias que liberalizaron el aborto y que apuntaron en esa dirección.<sup>63</sup> O, al menos, que no pusieron al aborto únicamente a cargo del personal médico. Incluso antes de 2006, cuando la Corte Constitucional de Colombia descriminalizó el aborto parcialmente,<sup>64</sup> ya había tareas en los servicios de salud

---

52 Sorhaindo, A. y Granata, B. (2020). Expanding health worker roles and decentralizing safe abortion and postabortion care: Experiences in diverse settings. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150, p. 1-3.

53 Aborigo et al., 2020, p. 21.

54 Disponible en: [https://abortion-policies.srhr.org/generate-pdf?country\\_id=21](https://abortion-policies.srhr.org/generate-pdf?country_id=21)

55 Sorhaindo y Granata, 2020, p. 2.

56 Hajri, S. y Belhadj, H. (2020). The role of midwives in first-trimester abortion care: A 40-year experience in Tunisia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150, p. 43-48.

57 Sorhaindo y Granata, 2020, p. 2.

58 Hajri y Belhadj, 2020, p. 45.

59 OMS, 2015, p. 21.

60 Ibid.

61 Dabash, R., Shochet, T., Hajri, S., Chelli, H., Hassairi, A., Haleb, D., Labassi, H., Sfar, E., Temimi, F., Koenig, L. y Winikoff, B. (2016). Self-administered multi-level pregnancy tests in simplified follow-up of medical abortion in Tunisia. *BMC Women's Health*, 16(1), p. 1-7.

62 Vivas, M. y Valencia, S. (2020). The extent of task sharing implementation as a strategy to expand abortion services in Colombia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150, p. 9-16.

63 Sorhaindo y Granata, 2020, p. 1.

64 Se trata de la Sentencia C-355 del año 2006 de la Corte Constitucional Colombiana. La sentencia puede consultarse en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>.

sexual y reproductiva asignadas a profesionales de salud que no ejercían la medicina.<sup>65</sup> Y, si bien estas primeras regulaciones que impulsaban las tareas compartidas no incluían las prestaciones de aborto, estas normas -en interacción con la sentencia de la Corte Constitucional en 2006- crearon un ambiente regulatorio propicio para construir una atención integral del aborto que involucrara un abanico de profesionales de la salud.<sup>66</sup> De esta forma, una vez permitido el aborto, los protocolos que se elaboraron caracterizaron tanto a la AMEU como al aborto con medicamentos como procedimientos que podían realizarse en la atención primaria de salud, y los *stakeholders* tuvieron la voluntad política de incluir, en estos protocolos, una variedad de profesionales de la salud.<sup>67</sup> En la actualidad, la reciente decisión de la Corte Constitucional de despenalizar el aborto hasta la semana 24 de gestación<sup>68</sup> abre una oportunidad histórica para profundizar y consolidar la implementación de las tareas compartidas en el campo de la provisión del aborto en el país. Para esto, cuentan con experiencias localizadas en clínicas, como las de Oriéntame, que demuestran que esta herramienta puede implementarse rápida y eficazmente mediante la integración de profesionales de nivel medio en la ruta de atención del aborto (por ejemplo, incorporando a recursos humanos de enfermería y a sus auxiliares en la provisión del aborto con medicamentos), y procurando la formación específica de esas personas para el desempeño de sus tareas.<sup>69</sup>

### México: una alianza novedosa para ampliar el rol del personal obstétrico y de enfermería

México fue uno de los pocos países latinoamericanos en participar en “El Estado de la Partería en el Mundo” (*The State of the World Midwifery*), un informe de 2014 que determinó la necesidad de ampliar las competencias y las funciones en atención sexual, reproductiva, materna y neonatal entre el personal de salud con el objetivo de garantizar el acceso universal y mejorar la calidad de estos servicios.<sup>70</sup> El informe motivó en el país la formación de una alianza novedosa que incluyó a los ministerios de salud federales, al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a asociaciones profesionales, instituciones académicas y educativas, y a personas que ejercen como obstétricas profesionales, así como también a organizaciones de la sociedad. Esta alianza centró sus esfuerzos en el fortalecimiento de los roles de personas que se dedican a la enfermería obstétrica o son obstétricas profesionales dentro de un “modelo de partería integral”<sup>71</sup> y contribuyó, en particular, a que estas desempeñen un rol central en la atención del embarazo y el parto en el país.<sup>72</sup> Sin embargo, en aborto y posaborto, su intervención continúa limitada por los marcos legales y normativos dictados a nivel federal y, en general, aunque se ha logrado que personal médico no especialista participe en su atención y los servicios pueden brindarse en el

65 Vivas y Valencia, 2020, p. 13.

66 Ibid., p. 13-14.

67 Dabash et al., 2016, p. 2.

68 Se trata de la Sentencia C-055 del año 2022 de la Corte Constitucional Colombiana. La sentencia puede consultarse en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/C-055-22.htm#:~:text=La%20mujer%20que%20causare%20su,prevista%20en%20el%20inciso%20anterior%E2%80%9D>.

69 Vivas y Valencia, 2020, p. 15-16.

70 Schiavon, R., y Troncoso, E. (2020). Inequalities in access to and quality of abortion services in Mexico: Can task-sharing be an opportunity to increase legal and safe abortion care? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150, p. 28.

71 Ibid., p. 28-29. Ver más sobre la iniciativa en: Gobierno de México. Instituto Nacional de Salud Pública (2016). Parteras profesionales reforzarán la atención prenatal. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/parteras-profesionales-reforzar-atanencion-prenatal-37480>; Gobierno de México. Instituto Nacional de Salud Pública (2016). La partería profesional en México: ¿hacia dónde va?. El Proyecto Marco: Modelo Integral de Partería desarrollado por el INSP busca legitimar esta actividad. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/4315-seminario-parteria-insp.html>.

72 Ibid., p. 29.

nivel primario, hay una resistencia a lo que se ve como una desmedicalización y cambios en la distribución de tareas dentro de los sistemas de salud.<sup>73</sup>

### India: el aborto de la mano de personal farmacéutico

En la formalidad de su texto legal, India es un país que reduce significativamente el grupo de profesionales de la salud que pueden realizar abortos: según la Ley de Terminación Médica del Embarazo de 1971 solo pueden practicarlos quienes ejercen la medicina en las especialidades de obstetricia, ginecología y clínica con una capacitación y certificación especial.<sup>74</sup> Sin embargo, en la realidad, dado que la demanda de estos servicios supera la capacidad del número de profesionales con autorización legal para realizarlos y que estos recursos humanos se concentran en las grandes ciudades, el acceso al aborto se produce, fundamentalmente, fuera de las instituciones sanitarias.<sup>75</sup> Las estimaciones más recientes sugieren que más del 70% de los abortos que tienen lugar en el país son abortos con medicamentos en los cuales el personal farmacéutico desempeña un rol fundamental, en tanto son la fuente principal de información sobre aborto y acceso al misoprostol y mifepristona.<sup>76</sup> A menudo se transforman en el primer punto de contacto para las mujeres que buscan un aborto,<sup>77</sup> a quienes no suelen exigirles receta.<sup>78</sup> Recientemente y en línea con las directrices de la OMS, varios estudios han hecho hincapié en la necesidad de permitir y capacitar a profesionales de farmacia para el suministro de información completa y precisa sobre aborto con medicamentos.<sup>79</sup>

---

73 Sorhaindo y Granata, 2020, p. 2.

74 Singh, S., Hussain, R., Shekhar, C., Acharya, R., Moore, A., Stillman, M., Frost, J., Sahoo, H., Alagarajan, M., Sundaram, A., Kalyanwala, S. y Ball, H. (2018). Abortion and unintended pregnancy in six Indian states: findings and implications for policies and programs. *Guttmacher Institute*. <https://www.guttmacher.org/report/abortion-unintended-pregnancy-six-states-india>

75 En efecto, se estima que solo habría 1292 profesionales de obstetricia/ginecología en establecimientos de salud pública en un contexto en el que se requerirían más de 5000 para garantizar el acceso al aborto en estas instituciones. Manning, V., Ganatra, B., Gandhi, M. y Patil, A. (2020). Adapting the WHO recommendations on health worker roles for safe abortion to a country setting: A case study from India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150, p. 55-64. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.13001>.

76 Ibid., p. 55; Chandrasekaran, S., Jayaweera, R., Atienzo, E., Key, K. y Garnsey, C. (2021). *Evidence on self-managed abortion in India: Overview of findings, identification of gaps, and recommendations for future research*. Presented in Session 76 Abortion as a Programme and Policy Priority, IUSSP International Population Conference.

77 Chandrasekaran et al., 2021, p. 13.

78 Manning et al., 2020, p. 57.

79 Ibid., p. 62; Singh et al., 2018, p. 9.

6

¿Qué se necesita para implementar las tareas compartidas?



Tal como advierte la OMS, **la ampliación general de las tareas del personal de salud debe llevarse adelante como parte de una estrategia planificada y regulada.**<sup>80</sup> De lo contrario, se corre el riesgo de que se transforme en una transferencia oportunista o poco planificada de tareas por falta de disponibilidad o de voluntad de prestar ciertos servicios de un determinado grupo o perfil de profesionales.<sup>81</sup>

A continuación, se sugiere una agenda de acciones en áreas clave para la implementación de las tareas compartidas en la Argentina.

---

80 OMS, 2015, p. 15.

81 Ibid., p. 15.

**Tabla 3. Agenda de acciones**

Área	Línea de acción	Acciones concretas	Descripción y justificación
Regulación	Leyes de competencia profesional	Actualizar los marcos legales de competencias de recursos humanos obstétricos y de enfermería de modo que puedan incorporarse de manera más sistemática y estable a la atención integral del aborto, con pleno resguardo legal.	<p>La existencia de marcos legales y políticas públicas que compartimentan excesivamente las tareas entre el personal de salud ha sido identificada en la literatura como una de las principales trabas a la hora de consolidar la estrategia de tareas compartidas.<sup>82</sup></p> <p>Es necesario que el personal de salud capacitado en función de esta estrategia pueda desempeñar sus tareas en cumplimiento y armonía con las normas que regulan su ejercicio, y ello no es posible en el marco de normas que regulan de manera restrictiva quién puede hacer qué.<sup>83</sup></p> <p>En la Argentina, la regulación del ejercicio profesional de la salud es potestad de las autoridades provinciales. Eso significa que la determinación de las competencias propias de cada profesión –el “quién puede hacer qué”- varía de jurisdicción en jurisdicción, aunque una ley nacional podría sentar las bases de ese cambio, incluidos los estándares de atención.<sup>84</sup></p> <p>Tal como surge de investigaciones del CEDES que analizan las leyes de incumbencias del personal obstétrico y de enfermería,<sup>85</sup> existe un patrón generalizado en estas regulaciones que tiende a restringir el rol del personal no médico en la atención del aborto. Estas investigaciones han identificado un número relevante de normas que apuntan en dirección a prohibir la ampliación de tareas en aborto a personal de enfermería y obstetricia: siete de 22 normas que regulan la competencia del personal obstétrico las prohíben expresamente, una las habilita expresamente,<sup>86</sup> mientras que las dos únicas leyes de incumbencias de la enfermería que mencionan expresamente al aborto prohíben expresamente su intervención.<sup>87</sup> Estas restricciones no responden a la evidencia ni a las recomendaciones de organismos rectores de la salud a nivel global y deberían modificarse para una implementación plena de la estrategia de tareas compartidas.</p>

82 Paul, M., Gemzell-Danielsson, K., Kiggundu, C., Namugenyi, R. y Klingberg-Allvin, M. (2014). Barriers and facilitators in the provision of post-abortion care at district level in central Uganda—a qualitative study focusing on task sharing between physicians and midwives. *BMC health services research*, 14(1), p. 1-12. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-28>

83 Schiavon y Troncoso, 2020, p. 25-33.

84 Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Ejercicio profesional de la Obstetricia. Proyecto de ley N° 2057-D-2022. Trámite Parlamentario N° 48, 2022.

85 Ariza Navarrete, S., Scirano, G., y Ramos, S. (2022). *Fortalecimiento de las competencias y funciones de las obstétricas/os en la Argentina: un tema estratégico*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES); Ramón Michel, A., Ariza Navarrete, S. y Méndez, S. (manuscrito en borrador). *Análisis de regulaciones sobre competencias de personal de enfermería*.

86 Ibid., p. 28.

87 Ramón Michel et al., manuscrito en borrador.

Área	Línea de acción	Acciones concretas	Descripción y justificación
Educación	Puesta en valor del contenido sobre salud sexual y reproductiva e IVE-ILE en la formación de grado, posgrado y en los procesos de certificación y recertificación de especialistas asegurando el desarrollo de las competencias profesionales necesarias.		
	Formación en las carreras de grado de quienes intervienen en la atención de IVE-ILE	<p>Modificar los planes de estudio de las carreras de grado de enfermería y de medicina y en las licenciaturas en obstetricia y en trabajo social para incorporar la salud sexual y reproductiva, y el aborto en particular, desde una perspectiva de derechos asegurando que quienes se gradúan desarrollen las competencias necesarias para la práctica, incluido el entrenamiento en habilidades de comunicación y apoyo psicoemocional.</p> <p>Desarrollar el aprendizaje interprofesional, a través de acciones planificadas y sistemáticas.</p> <p>Modificar los estándares de acreditación de estas carreras de grado para que el aborto sea incluido como contenido mínimo y competencia esencial.</p>	<p>El déficit de profesionales de la salud con la debida formación para la tarea que deben llevar adelante es un impedimento ampliamente descripto para la implementación de políticas vinculadas con la provisión del aborto.<sup>88</sup></p> <p>La educación en las distintas áreas de la salud no ha acompañado los avances tecnológicos y regulatorios en la materia pese a que los mecanismos de aseguramiento de la calidad educativa deben velar por que la formación dé respuesta a las necesidades de la sociedad en materia de salud.</p> <p>Desde la formación de grado en ciencias de la salud no se ha fomentado la enseñanza de la salud sexual y reproductiva, y del aborto en particular, desde el paradigma de la salud pública y los derechos, tal como el consenso mundial sobre el tema exige para asegurar el desarrollo de las competencias profesionales necesarias. Actualmente las carreras de medicina, enfermería, obstetricia y trabajo social abordan escasamente la problemática del aborto y, cuando lo hacen, su perspectiva es acotada, ya que no contempla las necesidades y los avances en las regulaciones en la Argentina o su enfoque está más asociado al paradigma penal que a los derechos y la salud pública. Esto genera profesionales con poca aptitud para desempeñarse específicamente en tareas relacionadas con el aborto y el posaborto y trabajar de forma interprofesional.<sup>89</sup></p> <p>Sin embargo, recientemente para las carreras de medicina se llevó adelante un proceso en el cual los decanatos de las facultades públicas y privadas de medicina del país trabajaron para establecer los contenidos curriculares y las cargas horarias mínimas, lo cual posteriormente fue trabajado y aprobado en el Consejo Interuniversitario Nacional. En ese proceso se incluyó la interrupción voluntaria y legal del embarazo entre los contenidos mínimos y, en marzo de 2022, el Ministerio de Educación refrendó esos acuerdos a través de una resolución publicada en el Boletín Oficial de la República Argentina (Resolución 798/2022).</p>

88 Kim et al., 2020, p. 56-66.

89 Luchetti et al., en prensa; Gualdoni N., Finzi T., Mangini M. (2024). *La formación del trabajo social en el ámbito de la salud sexual y el acceso al aborto. Desafíos y oportunidades del colectivo profesional en Argentina en la implementación de la Ley 27.610*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Área	Línea de acción	Acciones concretas	Descripción y justificación
Educación (continuación)	Formación en las carreras de grado de quienes intervienen en la atención de IVE-ILE (continuación)		<p>El otro problema con relación a la educación en las carreras de ciencias de la salud es la falta de propuestas de aprendizaje interprofesional, con planes de estudios paralelos y sin puntos de encuentro, aún cuando el ejercicio de cada profesión demandará el trabajo en equipos interprofesionales. De ahí que, por ejemplo, resultan valiosos los espacios de cursado comunes en la formación de grado de enfermería, medicina y obstetricia, al solo efecto de que quienes estudian se vean como pares; o pensar en la incorporación de materias transversales a las tres carreras en salud sexual y reproductiva.<sup>90</sup></p> <p>Además, la correcta implementación de las tareas compartidas exige tener en cuenta las preocupaciones de quienes tendrán que asumir esas funciones adicionales, debiendo esa información ser provista en la formación de grado.</p>
	Posgrado	Incorporar la formación en la provisión de IVE-ILE, incluyendo la AMEU y la inserción de dispositivos intrauterinos (DIUs) y de implantes subdérmicos, en las residencias de las carreras y los posgrados universitarios de las especialidades vinculadas con esta práctica y en las demás formaciones de profesionales que integran los equipos de salud. <sup>91</sup>	<p>Es necesario adaptar la adquisición de competencias de los recursos humanos involucrados para asegurar que estén formados para las tareas que les demanda la estrategia de tareas compartidas.</p> <p>Algunas residencias de tocoginecología abordan el tema del aborto en forma escasa, fragmentada y prejuiciosa.<sup>92</sup></p> <p>Los sistemas de aseguramiento de la calidad de formación en posgrado hoy tampoco lo incluyen en sus estándares de acreditación. Por ejemplo, el marco de referencia vigente para la formación en residencias de especialistas en tocoginecología incluye al aborto desde una perspectiva de atención de las complicaciones posaborto. No contemplan aún hoy la legalidad vigente y los aprendizajes específicos que esto requiere.<sup>93</sup></p>

90 Van Diggele, C., Roberts, C., Burgess, A. y Mellis, C. (2020). Interprofessional education: tips for design and implementation. *BMC Medical Education*, 20(2), p. 1-6. <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-02286-z>

91 Ramón Michel et al., 2021, p. 15.

92 Luchetti et al., 2021, p. 10.

93 Ibid., p. 10.



Área	Línea de acción	Acciones concretas	Descripción y justificación
Educación (continuación)	Posgrado (continuación)	<p>Fomentar el trabajo en equipos interprofesionales mediante formación o educación para la salud específicas en el contexto de la residencia que incluya varias profesiones. Algunas herramientas podrían ser las simulaciones que incluyen el trabajo colaborativo objetivo de aprendizaje<sup>94</sup>, guardias conjuntas y atención ambulatoria conjunta.</p> <p>Incluir la temática del aborto en los estándares de acreditación<sup>95</sup></p>	

94 Ibid., 17.

95 Ibid., p. 22.

Área	Línea de acción	Acciones concretas	Descripción y justificación
Educación (continuación)	Formación continua / educación permanente en salud	<p>Jerarquizar el contenido del aborto en los congresos, cursos y capacitaciones de las profesiones del equipo de salud.</p> <p>Fomentar actividades entre las distintas profesiones del equipo de salud. Por ejemplo, invitación a profesionales de obstetricia y enfermería como disertantes con alta experiencia en anticoncepción posevento obstétrico, IVE-ILE, emergencias, etc., en los congresos de ginecología y obstetricia.</p> <p>Incluir en la certificación y recertificación de profesionales los contenidos de SSR e IVE-ILE, como así también competencias específicas en trabajo colaborativo interprofesional.</p>	<p>La formación de las personas que se desempeñan como profesionales de la salud se lleva adelante a lo largo de toda la vida. La formación está atravesada por la cultura dominante, que precisamente está marcada por la excesiva especialización que crea, autoriza y legitima la falta de responsabilidad y la fragmentación de la tarea, lo cual no contribuye al trabajo interprofesional.</p> <p>A su vez, el aborto se visualiza como un tema de baja categoría académica pobremente tratado en la educación continua existente. En este sentido, difícilmente este sea el tema elegido en eventos como cursos, congresos y jornadas.</p> <p>Más allá de que las carreras de grado y posgrado ofrezcan las herramientas, es necesario que la competencia se mantenga y que quienes no las adquirieron en el grado o el posgrado puedan adquirirlas luego.</p> <p>Jerarquizar este contenido en la educación incluye hacer esfuerzos para que ocupe un lugar en la formación continua para asegurar el mantenimiento de la competencia, así como incluirlo como un requerimiento en los procesos de recertificación de especialidad y en las competencias de profesionales cuya formación no lo contempló.</p> <p>En formaciones, becas, congresos, jornadas y sociedades científicas se debe trabajar para incluir a todas las profesiones involucradas y a las organizaciones de la comunidad, y hacer el esfuerzo para que en la formación continua se jerarquicen la temática del aborto y las ventajas de trabajar en equipos interprofesionales colaborativos no jerárquicos.</p>

Área	Línea de acción	Acciones concretas	Descripción y justificación
Gestión de recursos humanos	Condiciones laborales y distribución eficiente de los recursos humanos de salud	<p>Dar incentivos monetarios y no monetarios.</p> <p>Propiciar una distribución eficiente de las personas que trabajan en salud.<sup>96</sup></p> <p>Garantizar mecanismos eficaces de derivación y transferencia a servicios especializados.<sup>97</sup></p> <p>Identificar líderes entre profesionales de obstetricia y enfermería.</p>	Las políticas de recursos humanos son centrales para el logro de cualquier objetivo sanitario. Implementar la estrategia de tareas compartidas requiere una gestión de los recursos humanos que considere una remuneración adecuada y condiciones laborales apropiadas, que busque evitar el pluriempleo y que promueva la permanencia en los cargos y roles. <sup>98</sup> La práctica de la provisión de aborto se suele relacionar con el estigma y la sobrecarga laboral, por lo que se requieren esfuerzos de cuidado e incentivos para estos equipos.
Insumos	Impulso al aborto con medicamentos y a la disponibilidad de estos insumos en los servicios de salud	Asegurar el stock adecuado de misoprostol y de mifepristona en los servicios de salud públicos.	En la Argentina están aprobados el misoprostol y la mifepristona para el uso ginecoobstétrico. El aborto con medicamentos desempeña un rol fundamental en la consolidación de las tareas compartidas en el campo del aborto, dado que, al ser un procedimiento que no requiere anestesia ni intervención quirúrgica, favorece la ampliación de las funciones a una gama mayor de profesionales de la salud en la prestación de servicios de aborto sin riesgo. <sup>99</sup>

96 Kim et al., 2020, p. 56-66.

97 Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología y Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019, p. 6.

98 OMS, 2015, p. 67.

99 Ibid., p. 21.

Área	Línea de acción	Acciones concretas	Descripción y justificación
Sistema de salud comunitario	Consolidación y reconocimiento de un sistema comunitario fuerte	<p>Generar diálogos frecuentes entre quienes toman decisiones en el sistema de salud y en el sistema comunitario.</p> <p>Realizar esfuerzos para mantener un marco legal que permita el accionar de las personas acompañantes.</p>	<p>En el marco de las tareas compartidas, un sistema comunitario ofrece nuevas y más oportunidades para la prestación de servicios de aborto.<sup>100</sup></p> <p>Las actuales directrices de la OMS para el aborto establecen “nuevos proveedores” y entre las recomendaciones promueve que “los agentes de salud comunitarios” provean abortos con medicamentos. Se trata de personas sin formación médica que ejercen funciones relacionadas con la prestación de atención o el suministro de información en materia de salud y que están capacitadas de alguna manera en los pormenores de la tarea, pero que no disponen de un certificado profesional o paraprofesional formal ni título de educación terciaria relacionado con la salud.</p> <p>Desde 2021 existe en la Argentina un dispositivo de atención comunitaria llamado “socorrismo” que refuerza la autogestión del aborto con medicamentos, dando información y proveyendo medicación y, sobre todo, brindando acompañamiento y seguimiento durante el proceso. Este dispositivo fue creado y llevado adelante por agrupaciones feministas que bregan en su militancia por el acceso al aborto seguro en un entorno donde es difícil el acceso o no está garantizado, y accionan dando cuidados colectivamente a través de una línea telefónica y otras acciones presenciales.<sup>101</sup></p>

100 Schiavon, 2020, p. 25; Aborigo et al., 2020, p. 21.

101 OMS, 2022b., p. 67.

¿Qué ideas y acciones son clave?



### **La estrategia de tareas compartidas:**

- supone ampliar el repertorio de personal de salud que puede involucrarse en las labores del proceso de atención del aborto, de modo que personal de enfermería y obstetricia, así como agentes de la comunidad, puedan también desempeñarse en esta práctica.
- es una estrategia de política de salud impulsada por la OMS encaminada a superar problemas de escasez y/o de mala distribución del personal de salud que provee abortos.
- se ha concretado en algunos países tanto para la atención del aborto como para otras áreas, como la salud mental.
- implica la oportunidad de que la ampliación del personal interviniente mejore el acceso y la calidad de la atención de IVE-ILE, en particular en el primer nivel de atención.
- cuenta con entorno legal habilitante para ser implementada en la medida en que la Ley N° 27.610 permite a todo el personal de salud participar del proceso pero, al mismo tiempo, con leyes de incumbencia profesional que restringen las posibilidades de que, por ejemplo, una persona que ejerce como obstétrica puede realizar un aborto o incluso brindar consejería sobre el tema.
- requiere adaptar la formación del personal de salud, lo que implica actualizaciones de los currículos.



[www.redaas.org.ar](http://www.redaas.org.ar)

