

TAREAS COMPARTIDAS

Una oportunidad
para la atención
del aborto
en Argentina



AUTORAS:

Agustina Ramón Michel, Gabriela Luchetti, Roberta Ladenheim y Dana Repka

REVISORAS:

Araceli Cárdenas, Silvina Ramos y Ruth Zurbriggen

DISEÑO E ILUSTRACIÓN:

Florencia Zamorano

Parte de la Serie “El aborto en la formación de la salud”

Ramón Michel A, Luchetti G, Ladenheim R, Repka D. Tareas compartidas: una oportunidad para la atención del aborto en Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), 2022. (El aborto en la formación de la salud - Nro: 3).

Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4698>

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

Agustina Ramón Michel ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires :

Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2022.

Libro digital, PDF - (El aborto en la formación de la salud ; 3)

Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4698>

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-48862-0-0

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

CDD 362.198880982

Índice

1	¿De qué trata este documento?	4
2	¿Qué se entiende por tareas compartidas?	7
3	¿Para qué sirve esta estrategia?	11
4	¿Quiénes participan y qué tareas podrían realizar?	16
5	¿De qué experiencias aprender?	23
6	¿Qué se necesita para implementar las tareas compartidas?	29
7	¿Qué ideas y acciones son clave?	36

1.



¿De qué
trata este
documento?

¿De qué trata este documento?

1

La aprobación de la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y a la Atención Posaborto marca una nueva etapa para la política de salud sexual y reproductiva argentina, que, como suele ocurrir, arrastra y se nutre de lo acumulado, y encuentra nuevos desafíos y respuestas.

Bajo ese contexto, este documento introduce las “tareas compartidas”, una estrategia de salud que impulsa la formación y habilitación de trabajadores de salud no médicos¹ para labores específicas en la atención de IVE/ILE, de manera que puedan desempeñarse en ellas. Es una apuesta para ampliar el elenco del personal involucrado en la garantía y también para enfatizar el trabajo en equipos conformados por distintos profesionales (es decir, multiprofesional) y no jerárquico.²

Esta estrategia calza, en varios sentidos, muy bien a la atención del aborto. En primer lugar, el aborto es, la mayoría de las veces y como regla, un servicio de atención primaria. En segundo lugar, es una práctica que puede ser brindada por una variedad de trabajadores de la salud y no sólo por los médicos. En tercer lugar, este involucramiento es una manera eficiente de lidiar con la escasez de recursos humanos que caracteriza la atención del aborto y que se observa, ante todo, bajo la forma de disparidad subnacional e inadecuada formación.³ Recurrir a otros profesionales, como obstétricas y enfermeras, es una manera de aumentar el acceso y mejorar la calidad de la provisión del aborto.⁴ Finalmente, porque es una manera, esta estrategia, de desmedicalizar el aborto; es decir, de desandar la idea y práctica de considerarlo un problema médico de salud, cuya resolución y decisión corresponde, ante todo, a los médicos especialistas.

-
1. Usamos de manera indistinta la “a”, la “o” y la “e” para pluralizar los términos que designen las personas que pueden autopercebirse con géneros diversos.
 2. Organización Mundial de la Salud [OMS]. *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: World Health Organization; 2010, p. 10.
 3. OMS. *Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception*. Geneva: World Health Organization; 2015, p. 14.
 4. Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología y Ministerio de Salud y Desarrollo Social. *Las obstétricas en la salud sexual y reproductiva. Un agente estratégico*. Documento técnico N° 4. Argentina: Ministerio de Educación y Ministerio de Salud. 2019. p. 1; TAMANG, Anand, et al. Comparative satisfaction of receiving medical abortion service from nurses and auxiliary nurse-midwives or doctors in Nepal: results of a randomized trial. *Reproductive Health*, 2017, vol. 14, no 1, p. 1-11; PERRIMAN 2018, p. 221; MAINEY, Lydia, et al. The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: a scoping review. *Journal of clinical nursing*, 2020, vol. 29, no 9-10, p. 1513-1526; COLVIN, Christopher J., et al. A systematic review of qualitative evidence on barriers and facilitators to the implementation of task-shifting in midwifery services. *Midwifery*, 2013, vol. 29, no 10, p. 1211-1221.

Si bien aún no se ha instalado como estrategia explícita en Argentina, ya se cuentan con experiencias de ampliación de roles que comenzaron, hace unos años, cuando muchas médicas generalistas empezaron a garantizar, de la mano del misoprostol, lo que entonces se conocía como “aborto no punible”. Estas profesionales marcaron una diferencia fundamental en el acceso ya que abrieron las puertas de los centros de salud a las mujeres que buscaban acceder a un aborto en un contexto donde, hasta el momento, esta práctica sólo estaba disponible en algunos pocos hospitales del país.⁵ Algo similar ocurrió con las acompañantes, en particular con las Socorristas, quienes también se convirtieron en actrices clave para el aborto seguro. Por último, en los últimos años, se han incorporado consultorios integrales, cuya cantidad aún es baja pero que se destacan por su apuesta al trabajo interdisciplinario, a diferencia de la división acentuada que predomina en, por ejemplo, los hospitales.

Hay varios factores que podrían ayudar a explicar las dificultades para implementar esta estrategia de tareas compartidas, arrancando por las leyes de incumbencias profesionales desactualizadas que no habilitan a proveer servicios de aborto, cuestiones culturales de las propias disciplinas, y una formación educativa que desatiende el desarrollo de las competencias necesarias en salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, lo cierto es que también hay facilitadores. Contar con una ley de IVE/ILE que no impone obstáculo alguno para la ampliación del tipo de profesionales intervinientes resulta un elemento de vital importancia para implementar las tareas compartidas, pues la ley no limita -desde su texto- la atención del aborto a los “médicos” y, por el contrario, siempre refiere al “personal de salud” como el sujeto a cargo de garantizar la provisión de esta atención.

Claro que esta ampliación del elenco implica una modificación del modelo de atención vigente, y como tal, requiere una serie de esfuerzos. Varios de estos esfuerzos son apuntados en este documento, el tercero de la serie “El aborto en la formación de profesionales de la salud” de CEDES, que está destinada a tomadores de decisión en los distintos niveles de la política de salud, decisores de políticas de recursos humanos en salud, colectivos de trabajadores de salud, profesionales de salud individuales, en particular enfermería y obstetricia, y también sociedad civil interesada en impulsar y apoyar cambios en los modelos de atención del aborto legal.⁶

No se nos escapa que las autoras de este documento somos dos médicas y dos abogadas. Para mitigar sesgos, hemos contado con la revisión de Araceli Cárdenas, enfermera, Silvina Ramos, socióloga, y Ruth Zurbriggen, una activista comunitaria de la salud. Sus comentarios han mejorado y agregado información y perspectivas valiosas a este documento. Los errores y deficiencias siguen siendo nuestros.

-
5. MAZUR, Viviana. 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 Asociación Médica Argentina de Anticoncepción*, 2022, vol. 18, No 1, p. 34.
 6. LUCHETTI, Gabriela, LADENHEIM, Roberta, ARIZA NAVARRETE, Sonia, PÁEZ CALLEJAS, Guadalupe y RAMÓN MICHEL, Agustina. *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, 2021. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4659>. RAMÓN MICHEL, Agustina; ARIZA, Sonia; REPKA, Dana. *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, 2021. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4683>.

2.



¿Qué se entiende por tareas compartidas?

¿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)** son 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 manera que pueda desempeñarse en ellas y ampliar, de esa manera, el acceso a la atención de la salud.

Se trata de una estrategia recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷ pero que tiene una historia muy anterior,⁸ que se enmarca en, al menos, dos tendencias. Una tendencia más general a migrar, al menos en materia de formación, de un modelo basado en el profesional médico que ejerce 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 empezar un recorrido hacia el aprendizaje y el trabajo en equipos multiprofesionales que puedan dar respuesta a las necesidades y expectativas de salud de las poblaciones.⁹ 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”, entendidas como la capacidad distribuida de un sistema, no reducible a un individuo, dinámica y fuertemente vinculada al contexto.¹⁰

7. Ver: OMS. *Abortion care guideline*. Geneva: World Health Organization; 2022. Ver también: OMS 2015 y OMS. *Recomendaciones de la OMS: Optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones claves para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas*. Ginebra: World Health Organization; 2013.
8. Ver: ENDLER, Margit, et al. 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*, 2020, vol. 150, p. 34-42; SULTANA, Nadira. Task sharing in menstrual regulation services: Implementation efforts and lessons learned in Bangladesh. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2020, vol. 150, p. 4-8.
9. FRENK, Julio, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The lancet*, 2010, vol. 376, no 9756, p. 1923-1958.
10. LINGARD, Lorelei. Paradoxical truths and persistent myths: reframing the team competence conversation. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2016, vol. 36, p. S19-S21; LINGARD, Lorelei. *Rethinking competence in the context of teamwork*. The question of competence: Reconsidering medical education in the twenty-first century, 2012, p. 42-69.

Una segunda tendencia de esa estrategia, 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 a gran velocidad. En la década de 1970, cuando varias de las leyes más liberales de aborto eran aprobados en países europeos y la Corte de Estados Unidos dictaba *Roe vs Wade*,¹¹ la manera más segura de acceder a un aborto sin riesgos era estar en manos de médicos y en una sala quirúrgica en condiciones. Pero la introducción del misoprostol y mifepristona en la década del '90, así como de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), han cambiado este escenario. Esto se ha traducido en una simplificación de las aptitudes que son exigibles al personal sanitario para ofrecer unos servicios de aborto seguro, lo que permite plantear la posibilidad de ampliar las funciones de una gama mucho mayor de trabajadores de la salud para la prestación de estos servicios. Estos cambios han generado que las leyes y guías que asignaban la tarea del aborto sólo a ginecólogos, obstetras o médicos en general hayan perdido su justificación. Ante estos avances tecnológicos, otros trabajadores de la salud pueden válidamente también hacer parte de este servicio asumiendo distintos roles, incluido el de la provisión.

La estrategia de tareas compartidas es, ante todo, un proceso de ampliación del elenco de profesionales formados y facultados para llevar adelante determinadas prácticas.

Detrás de esta estrategia, hay un reconocimiento de que las profesionales 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 los distintos profesionales del equipo de salud.

Las tareas compartidas están siendo actualmente aplicadas como estrategia de salud en otras áreas, como la atención de la salud mental,¹² la atención de emergencias obstétricas,¹³ y ahora también en la atención del aborto en algunos países.¹⁴

11. Corte Suprema de Estados Unidos. *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973).

12. Ver: HOEFT, Theresa J., et al. Task-sharing approaches to improve mental health care in rural and other low-resource settings: a systematic review. *The Journal of rural health*, 2018, vol. 34, no 1, p. 48-62; RAVIOLA, Giuseppe, et al. Innovative models in mental health delivery systems: task sharing care with non-specialist providers to close the mental health treatment gap. *Current psychiatry reports*, 2019, vol. 21, no 6, p. 1-13; MUSYIMI, Christine W., et al. Mental health treatment in Kenya: task-sharing challenges and opportunities among informal health providers. *International journal of mental health systems*, 2017, vol. 11, no 1, p. 1-10; PADMANATHAN, Prianka; DE SILVA, Mary J. The acceptability and feasibility of task-sharing for mental healthcare in low- and middle-income countries: a systematic review. *Social science & medicine*, 2013, vol. 97, p. 82-86.

13. KIM, Caron; SORHAINDO, Annik; GANATRA, Bela. WHO guidelines and the role of the physician in task sharing in safe abortion care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology*, 2020, vol. 63, p. 56-66; OMS, 2013, p. 6.

14. Ver por ejemplo: ABORIGO, Raymond A., et al. Optimizing task-sharing in abortion care in Ghana: Stakeholder perspectives. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2020, vol. 150, p. 17-24; ENDLER et al. 2020, p. 34.

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”.¹⁵

15. OMS 2015, p. 11.

3.



¿Para qué sirve esta estrategia?

¿Para qué sirve esta estrategia?

Las tareas compartidas son una intervención para 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.¹⁶

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,¹⁷ y, bajo ellas, las tareas compartidas han encontrado impulso.

En el caso de Argentina, la escasez estricta del número de trabajadores de la salud no parece ser el problema. La OMS ha establecido que el requerimiento mínimo de enfermeras, médicas y obstétricas 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 el 2015, la tasa de médicos era de 39,4 por cada 10000 habitantes, comparado con el 9,2 de Perú y un máximo de 67,2 para Cuba. Estos números posicionan a 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.¹⁸ Algo similar ocurre con el personal de enfermería: el número total para el 2019 en Argentina era de 234.527 enfermeras, lo que representa una tasa de 52,19 por cada 10.000 habitantes (aunque, si consideramos únicamente a las técnicas enfermeras y a los licenciados, la tasa decrece al 35,57 cada 10.000 habitantes, lo que continúa siendo una tasa aceptable). No es el caso de las obstétricas, que presentan una tasa de 1,2 por cada 10000 habitantes, notablemente por debajo de los requerimientos mínimos.¹⁹

16. OMS 2022, p. 5.

17. OMS. *Personal y servicios de salud. Proyecto de estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*. Geneva: World Health Organization; 2016.

18. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. *Los recursos humanos de Salud en Argentina*. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2015, p. 7.

19. Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología y Ministerio de Salud y Desarrollo Social 2019, p. 2.

Sí, en cambio, hay un problema de mala distribución del personal que genera que el número de médicos que prestan servicios de aborto resulte subóptimo para muchas regiones, lo que se traduce, en estos sitios, en un problema de falta de profesionales.²⁰ En palabras de la OMS, se tratan de desequilibrios geográficos subnacionales que, al implicar una falta de disponibilidad de personal sanitario en ciertas áreas del país, dan lugar a importantes desigualdades en el acceso a la atención médica.²¹ Según los registros, en el país, existen varias provincias que están lejos del número ideal de médicos por número de habitantes, como es el caso de Misiones, Jujuy, Catamarca, Salta, Santiago del Estero y Formosa.²² Esta situación se replica con las enfermeras, donde el problema en su distribución se profundiza en provincias como San Luis, Santiago del Estero, Catamarca, Misiones, Formosa y Corrientes, donde la tasa no alcanza a 20/10000 habitantes (cuando sólo se consideran los enfermeros profesionales y los licenciados).²³

Además, persiste hace un tiempo un énfasis en la formación de especialistas del tercer nivel, particularmente en las grandes ciudades, y una excesiva diversificación de la oferta de especialidades, que atenta contra la distribución de profesionales.²⁴ 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.²⁵

Sumado a esto, el aborto es un contenido “devaluado” y poco jerarquizado en la formación de los profesionales de la salud, tanto en el grado, como en el posgrado y educación continua. El estigma, reforzado por las restricciones legales existentes en otro tiempo, ha operado negativamente durante años sobre la cultura institucional y los equipos de salud; con impacto en la calidad de atención y la voluntad de aquellos profesionales dispuestos a realizar la práctica, que son escasos y suelen estar sobrecargados. Estas situaciones obligan a pensar estrategias de gestión no solo para la implementación de las tareas compartidas sino para el cuidado y estímulo de estos recursos humanos. 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.²⁶

La ampliación de la legalización del aborto en Argentina desde la sanción de la Ley 27.610 exige contar con más servicios y profesionales de la salud que provean abortos. En el marco de una ya existente demanda de aborto espontáneo y atención posaborto, cuya prevalencia es alta

20. PÉREZ, Pilar Navarro, et al. Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la república argentina. Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la República Argentina. 2015. p. 280.

21. OMS 2015, p. 17.

22. Ibid.

23. Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología y Ministerio de Salud y Desarrollo Social 2019, p. 4.

24. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. 29° Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2017

25. OMS. *Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política*. Ginebra: World Health Organization; 2011.

26. LUCHETTI et al. 2021, p. 16.

y estable, es de esperar que la demanda de servicios de aborto aumente y comprometa, aún más, su provisión, que ya venía prestándose irregularmente y con muchas dificultades en los espacios de atención de la salud.

La estrategia de tareas compartidas puede mejorar significativamente la atención en aborto facilitando el acceso y la calidad de la prestación e incluso reduciendo la morbilidad asociada a la falta de acceso al aborto seguro.

Aún hoy en Argentina, la provisión de abortos y la atención posaborto en el sistema formal de salud es prácticamente sólo prestada por médicos, particularmente médicos generalistas y médicos ginecoobstetras, aún aunque esto no responde a razones de calidad ni seguridad del aborto.²⁷ La estrategia de tareas compartidas llevada a cabo por otros proveedores como las obstétricas, las enfermeras y las organizaciones de la comunidad es factible de implementar y es segura, sobre todo en el caso del aborto con medicamentos. En referencia al aborto quirúrgico y la atención del posaborto que requieren AMEU, muchos estudios muestran también que dichos equipos, en el escenario de la atención primaria, pueden realizarlo en forma efectiva y segura en la medida en que existan espacios físicos habilitados para la práctica.²⁸

En 2015, se lanzaron los nuevos objetivos (ODS) que promueven reducir la mortalidad materna a menos de 70 muertes maternas por 100000 nacidos vivos para el 2030. Dichos objetivos sólo 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 RRHH.²⁹

Otra de las contribuciones de las tareas compartidas que los estudios identifican es la mejora en la calidad de los servicios, particularmente en el primer nivel de atención.³⁰ Una revisión sistemática de estudios cualitativos encontró que la atención profesional de obstétricas y enfer-

27. BARNARD, Sharmani, et al. Doctors or midlevel providers for abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015, no 7; WEITZ, Tracy A., et al. Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health*, 2013, vol. 103, no 3, p. 454-461.

28. NGO, Thoai D.; PARK, Min Hae; FREE, Caroline. Safety and effectiveness of termination services performed by doctors versus mid-level providers: a systematic review and analysis. *International journal of women's health*, 2013, vol. 5, p. 9.

29. NOVE, Andrea, et al. The midwifery services framework: What is it, and why is it needed? *Midwifery*, 2018, vol. 57, p. 54-58.

30. PERRIMAN, Noelyn; DAVIS, Deborah Lee; FERGUSON, Sally. What women value in the midwifery continuity of care model: a systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*, 2018, vol. 62, p. 220-229.

meras a mujeres en edad reproductiva tiene probados beneficios clínicos y otros adicionales, como la confianza, la atención personalizada y el empoderamiento.³¹ Otra revisión sistemática de este tipo de estudios muestra que, a la hora de elegir un servicio, las mujeres se inclinan por aquellos donde son atendidas por obstétricas o enfermeras en contraste con los servicios donde son atendidas por personal médico.³²

Existen otros aportes de las tareas compartidas, por ejemplo, en 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 una atención de calidad.³³

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 y que, con ellos, contribuye a la reducción de internaciones y complicaciones.³⁴

31. TAMANG 2017, p. 10; MAINEY 2020, p. 1514.

32. MAINEY 2020 p. 1513-1526; COLVIN 2013, p. 1211.

33. COLVIN et al. 2013, p. 1211.

34. ENDLER 2020, p. 36; SJÓSTRÖM, Susanne, et al. Medical abortion provided by nurse-midwives or physicians in a high resource setting: a cost-effectiveness analysis. *Plos one*, 2016, vol. 11, no 6, p. e0158645.

4.

¿Quiénes participan y qué tareas podrían realizar?



¿Quiénes participan y qué tareas podrían realizar?

La estrategia de tareas compartidas requiere definiciones sobre quiénes son los participantes en la provisión del servicio de salud y qué tareas pueden realizar vinculado al mismo, definiciones que deben basarse en evidencia y en un conocimiento preciso sobre la formación de los profesionales en ese contexto, o -en todo caso- un plan para reformular esta formación.

La OMS reconoce 10 categorías de “trabajadores de la salud” que actúan durante la atención integral para el aborto. No todas las categorías propuestas por la OMS tienen un correlato en el sistema de salud argentino, de la misma manera que la formación de estos profesionales tienen particularidades propias del país. Las siguientes tablas sintetizan las categorías enunciadas por la OMS y proponen un paralelismo en Argentina, señalando qué trabajadores de la salud se corresponden de manera más cercana a cada categoría y qué tareas podrían realizar, de contar con formación adecuada y otras condiciones materiales garantizadas.

Tabla 1

Categorías de trabajadores de la salud de la OMS y su equivalente en Argentina

Categoría de trabajadores de la salud	Definición para OMS	Equivalente en Argentina
Médicos especialistas	Son aquellos médicos que cuentan con una formación clínica de posgrado.	<p>Los médicos especialistas con formación de posgrado son aquellos médicos que, luego de su formación de grado, 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 la sociedades científicas.</p> <p>Las especialidades en las que los médicos adquieren competencias vinculadas a la provisión del aborto más allá de las competencias propias del grado en medicina son las tocoginecología y la especialidad en medicina general y/o de familia.</p> <p>Los tocoginecólogos -o también conocidos como médicos especialistas en ginecología y obstetricia- son aquellos especialistas dedicados 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.³⁵</p> <p>Por su parte, los especialistas en medicina general y/o familiar están formados para cuidar la salud de la comunidad, a la persona y su familia, gestionar el proceso de atención de la salud de la persona, familia y comunidad y participar del proceso de investigación y educación médica continua</p>
Médicos sin especialidad	Son profesionales que tienen un título universitario de grado en medicina, pero no tienen una especialización.	El título de médico habilita la práctica sin necesidad de realizar una especialidad. El perfil del egresado de la carrera de medicina es el de un médico general y aquellos médicos que deciden no realizar ninguna especialización ejercen la medicina con este perfil. Debe diferenciarse de los especialistas en medicina general y/o familiar, que son aquellos médicos que llevaron adelante una especialización de posgrado en esta especialidad.

35. 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 trabajadores de la salud	Definición para OMS	Equivalente en Argentina
Clínicas asociadas/ clínicos asociados avanzados	Son profesionales clínicos con competencias básicas para diagnosticar y tratar problemas médicos y quirúrgicos comunes, así como para realizar algunas intervenciones de cirugía.	No existe ninguna figura de clínico asociado o clínico asociado avanzado , ni perfiles de profesionales con el que puedan ser equiparados.
Obstétricas	Son personas que han completado una carrera de programa de partería.	Esta figura la desempeñan las licenciadas en obstetricia u obstétricas , que son las que cuentan con una formación de grado que tiene una duración de entre 4 y 5 años, y obtienen su título en las universidades públicas y privadas del país. ³⁶
Enfermeras	Son oficialmente autorizadas a ejercer tras superar un examen organizado por una junta oficial de examinadores de enfermería u otra autoridad reguladora. El aprendizaje se prolonga al menos tres años en una escuela de enfermería.	Los profesionales de enfermería que corresponden a esta categoría son los auxiliares de enfermería, enfermeros profesionales y licenciados en enfermería , dependiendo de la formación que realizaron.
Enfermera-parteras auxiliares	Son personas con formación en aptitudes básicas de enfermería, pero no en la toma de decisiones de enfermería. Tiene conocimientos básicos de enfermería y algunas competencias en partería, pero no plenamente cualificada como partera.	No existe una figura como ésta , ni perfiles de personal de salud existentes que se le asemeje.
Médicos de sistemas de medicina complementarios	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 4 ó 5 años que certifica que ha 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 médicos , los profesionales 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 complementarias o alternativa

36. LUCHETTI, Gabriela; RAMOS, Silvana; ZURBRIGGEN, Ruth, *La formación de grado en obstetricia en Argentina: una exploración de planes y programas de estudio*; 2022 [En Imprenta].

Categoría de trabajadores de la salud	Definición para OMS	Equivalente en Argentina
Agentes de salud comunitarios	Son las personas que ejercen funciones relacionadas con la prestación de atención o el suministro de información en materia de salud y capacitadas de alguna manera en los pormenores de la tarea, pero que no ha recibido ningún certificado profesional o para profesional formal ni un título de educación terciaria.	<p>Esta figura la desempeñan los agentes sanitarios y las organizaciones de la comunidad.</p> <p>Los agentes sanitarios son personas que se constituyen como trabajadores de la salud que orientan, promocionan, realizan 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 de nuestro país.</p> <p>También existen organizaciones de la comunidad, 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 redes sociales y la telemedicina.³⁷</p> <p>Destacan, entre ellas, las socorristas en Red de Argentina</p>
Farmacéuticas	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 Argentina, existe la figura de farmacéutico como la describe la OMS, con una carrera universitaria de al menos 5 años, cuya formación comprende la formulación y el suministro de medicamentos; así como hacer recomendaciones a los pacientes sobre medicamentos según sus síntomas o el diagnóstico de un médico.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2022. Adaptación a la Argentina.

37. MOSESON, Heidi, et al. Self-managed abortion: a systematic scoping review. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynecology*, 2020, vol. 63, p. 87-110.

Tabla 2

Tareas que podría realizar cada tipo de trabajador de la salud en Argentina de contar con la formación y las habilitaciones correspondientes.

	Médica tocoginecóloga	Médica especialista en medicina general y/o de familia	Médico	Licenciada en obstetricia u obstétrica	Enfermera, enfermero profesional y licenciado en enfermería	Agente sanitario y miembros organizaciones de la comunidad	Farmacéutico
Provisión de información sobre la atención del aborto y posaborto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Consejería	✓	✓	✓	✓	✓	*✓	✗
Preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico con medicación	✓	✓	*✓	✓	*✓	*✓	✗
Preparación del cuello uterino antes del aborto quirúrgico con dilatadores osmóticos	✓	✓	*✓	✓	*✓	✗	✗
Aborto con medicamentos	✓	✓	*✓	✓	*✓	✓	✗
Aborto por aspiración al vacío	✓	*✓	*✓	✓	✗	✗	✗
Dilatación y evacuación	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Tratamiento médico de complicaciones en aborto en condiciones de riesgo	✓	✓	*✓	✓	✗	✗	✗
Aborto incompleto	✓	✓	*✓	✓	*✓	✓	✗
Tratamiento médico	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗
Tratamiento por aspiración	✓	✓	✗	✓	*✓	✗	✗
Consejería en anticoncepción en el posaborto Dispensa de métodos	✓	✓	✓	✓	*✓	✗	✗
Inserción de dispositivos intrauterinos e implantes anticonceptivos	✓	✓	*✓	*✓	*✓	✗	✗
Ligadura tubaria	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗

* Sólo en caso de formación específica.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2022. Adaptación a la Argentina.

Finalmente, y antes de cerrar esta sección, es muy importante tener en cuenta que las propias mujeres tienen un papel relevante en la autogestión de su salud y eso también debe considerarse como incluido en el marco de tareas compartidas y, junto a ellas, las organizaciones de la comunidad que apoyan esta autogestión con información, colaboran en el acceso a los medicamentos y ofrecen acompañamiento personal o a través de herramientas de telemedicina.⁴⁰ Estas experiencias y modelos de facilitación de la autogestión del aborto en el mundo son un tema recientemente abordado por la literatura médica,⁴¹ y, en este momento, forman parte de la conversación social sobre el acceso al aborto. A la fecha, existen abundantes evidencias sobre su efectividad y seguridad.⁴²

40. Ver: Ibis Reproductive Health. *Directrices sobre la atención para el aborto de la Organización Mundial de la Salud: Resumen de recomendaciones para el aborto autogestionado*. May 2022; OMS 2022, pp. 67-73.

41. DROVETTA, Raquel Irene. Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women's access to safe abortions in Latin America. *Reproductive health matters*, 2015, vol. 23, no 45, p. 47-57.

42. Ver: OMS 2022, p. 94-100.

5.



¿De qué
experiencias
aprender?

¿De qué experiencias aprender?

Suecia: no todo arranca de manera formal

Hacia 2007, comenzó en Suecia un proceso de incorporar a las obstétricas en la atención del aborto. Además de una decisión gubernamental y profesional, hay varios factores que hicieron posible esta iniciativa. Por un lado, la partería es una profesión respetada en el país que ha gozado de bastante autonomía desde su origen y de cierto poder para incidir en las políticas de salud: desde la década del '70 fueron habilitadas para ofrecer consejería en lo que por entonces se llamaba planificación familiar y, a medida que en los 90's fue incorporándose el aborto con medicamentos, también las obstétricas fueron asumiendo responsabilidades en este servicio, tales como la consejería, la provisión del medicamento y el seguimiento. Esto se hizo antes de que existieran entrenamientos formalizados dirigidos a este grupo profesional aunque con más sistematicidad una vez que éstos se implementaron. Por otro lado, también se realizaron investigaciones sobre la seguridad y calidad de la atención del aborto realizada por obstétricas, que jugaron un papel importante al momento de institucionalizar la política de tareas compartidas y validar su rol en ésta. Fruto de los esfuerzos, y tras mucha insistencia y algunos rechazos anteriores, 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 de obstétricas en la atención del aborto. La primera unidad de atención de aborto operada por obstétricas se inauguró en 2009. En la actualidad, se estima que hay 50 unidades donde intervienen obstétricas dentro de las 130 clínicas que ofrecen servicios de aborto.⁴³

43. ENDLER 2020, p. 39.

Bangladesh: más de 30 años de reparto de tareas

Bangladesh tiene una larga historia de inclusión de trabajadores de la salud no médicos en la prestación de servicios de atención de la salud. Ya en 1979, pocos años después de su independencia, Bangladesh lanzó la iniciativa “regulación menstrual” como parte del programa nacional de planificación familiar. Fue la manera de atender el aborto en un país donde la ley lo restringe severamente que ha permitido reducir significativamente la mortalidad materna. Cualquier mujer con su ciclo menstrual alterado puede solicitar este servicio, en el que una variedad amplia de trabajadores de la salud (en particular: enfermeras, paramédicos y agentes sanitarios) están habilitados para emplear el método. Estas trabajadores también están habilitados para usar misoprostol o mifepristona y misoprostol en abortos hasta las 9 semanas. Uno de los principales desafíos actuales es que el personal de salud esté debidamente entrenado en un contexto donde los actores clave concuerdan con la política de reparto de tareas, y las directrices reflejan este acuerdo.⁴⁴

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 morbimortalidad 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.⁴⁵ Este dato contundente que no cambiaba y la escasez de médicos especializados disponibles terminó de convencer al Ministerio de Salud del país de tomar acción y, en 2003, habilitó explícitamente a obstétricas como a otros trabajadores de la salud a asumir tareas específicas en la atención del posaborto.⁴⁶ Esto continuó, y obstétricas y enfermeras con conocimientos en partería fueron habilitadas en el primer protocolo para la provisión del aborto seguro del país, en 2006, a realizar procedimientos de aborto en el primer trimestre.⁴⁷ Todos 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 obstétricas. Estos cambios hoy están plasmados en el Protocolo para la Prevención y Gestión del Aborto Inseguro,⁴⁸ que constituye un precedente de tareas compartidas con potencial de expandirse a otras áreas de la salud sexual y reproductiva.⁴⁹

44. SULTANA 2020, pp. 4-8.

45. ABORIGO 2020, p. 19.

46. SORHAINDO, Annik M.; GANATRA, Bela. Expanding health worker roles and decentralizing safe abortion and postabortion care: Experiences in diverse settings. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2020, vol. 150, p. 1-3.

47. ABORIGO 2020, 21.

48. Ministerio de Salud de Ghana. Prevention & Management of Unsafe Abortion: Comprehensive Abortion Care Services Standards and Protocols. Ghana: Ministerio de Salud. 2012.

49. SOHAINDO 2020, p. 2.

Túnez: las obstétricas como principales proveedoras del aborto con medicamentos

Favorecidas por 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,⁵⁰ las obstétricas en Túnez han ejercido un rol activo en pos de garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva.⁵¹ Su trabajo se consolidó, fundamentalmente, a partir de 2001, con la introducción del aborto con medicamentos.⁵² Y es que el aborto con misoprostol y mifepristona simplifica considerablemente los criterios y las aptitudes exigibles al personal de la salud para ofrecer unos servicios de aborto seguros, lo que favorece la ampliación de tareas a una gama mucho mayor de trabajadores de la salud.⁵³ Actualmente, el aborto con medicamentos se usa en el 80% de los procedimientos de aborto realizados en el sector público de Túnez⁵⁴ y la vasta mayoría de sus proveedoras son obstétricas.⁵⁵

Colombia: la descentralización de tareas respaldadas por la ley

Aunque en Colombia las tareas compartidas para la provisión del aborto no son una política explicitada,⁵⁶ sí se han implementado con el impulso de normas y sentencias que liberalizaron el aborto y que apuntaron en esa dirección.⁵⁷ O, al menos, que no pusieron en manos de médicos el aborto. Incluso antes de 2006, cuando la Corte Constitucional de Colombia descriminalizó el aborto parcialmente,⁵⁸ ya había tareas en los servicios de salud sexual y reproductiva asignadas a profesionales de salud no médicos.⁵⁹ 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 en 2006- crearon un ambiente regulatorio propicio para construir una atención integral del aborto que involucrara un abanico de trabajadores de la salud.⁶⁰ De esta forma, una vez permitido el aborto, los protocolos que se elaboraron caracterizaron tanto a la AMEU como al aborto como medicamentos como procedimientos que po-

50. HAJRI, Selma; BELHADJ, Hedia. The role of midwives in first-trimester abortion care: A 40-year experience in Tunisia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2020, vol. 150, p. 43-48.

51. SORHAINDO 2020, p. 2.

52. HAJRI 2020, p. 45.

53. OMS 2015, p. 21.

54. Ibid.

55. DABASH, Rasha, et al. Self-administered multi-level pregnancy tests in simplified follow-up of medical abortion in Tunisia. *BMC Women's Health*, 2016, vol. 16, no 1, p. 1-7.

56. VIVAS, Maria M.; VALENCIA, Salomé. The extent of task sharing implementation as a strategy to expand abortion services in Colombia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2020, vol. 150, p. 9-16.

57. SORHAINDO 2020, p. 1.

58. Corte Constitucional de Colombia. *Sentencia C-355 (2006)*.

59. VIVAS 2020, p. 13.

60. Ibid, 13-14.

dían realizarse en la atención primaria de salud, y los *stakeholders* tuvieron la voluntad política de incluir, en estos protocolos, una variedad de trabajadores de la salud.⁶¹ En la actualidad, la reciente decisión de la Corte Constitucional de despenalizar el aborto hasta la semana 24 de gestación⁶² 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 las tareas compartidas pueden implementarse rápida y eficazmente mediante la integración de los profesionales de nivel medio en la ruta de atención del aborto (por ejemplo, incorporando a enfermeras y sus auxiliares en la provisión del aborto con medicamentos), y procurando la formación específica de estos profesionales para el desempeño de sus tareas.⁶³

México: una alianza novedosa para ampliar el rol de las obstétricas y enfermeras

México fue uno de pocos países latinoamericanos en participar en “El Estado de la Partería en el Mundo” (*The State of the World Midwifery*), un informe del 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.⁶⁴ El informe motivó en el país la formación de una alianza novedosa que incluyó a los Ministerios de Salud federales, el INSP (Instituto Nacional de Salud Pública), la UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), la OPS (Organización Panamericana de la Salud), asociaciones profesionales, instituciones académicas y educativas, grupos de obstétricas profesionales, así como también organizaciones de la sociedad. Esta alianza centró sus esfuerzos en el fortalecimiento de los roles de las enfermeras obstétricas y las obstétricas profesionales dentro de un “modelo de partería integral”⁶⁵ y contribuyó, en particular, a que ellas desempeñen un rol central en la atención del embarazo y parto en el país.⁶⁶ 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 médicos no especialistas participen en su atención y los servicios pueden brindarse en el 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.⁶⁷

61. DABASH 2016, p. 2.

62. Corte Constitucional de Colombia. *Sentencia C-055* (2006).

63. VIVAS 2020, p. 15-16.

64. SCHIAVON 2020, p. 28.

65. *Ibid*, 28-29. Ver también: Gobierno de México. Instituto Nacional de Salud Pública (2016). La partería profesional en México ¿hacia donde va?. El programa Marco: Modelo Integral de Partería. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/4315-seminario-parteria-in-sp.html>.

66. SCHIAVON 2020, p. 29.

67. SORHAINDO 2020, p. 2.

India: el aborto de la mano de farmacéuticos

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 en 1971 sólo pueden practicarlos las obstetras, ginecólogos y médicos clínicos con una capacitación y certificación especial.⁶⁸ Sin embargo, en la realidad, dado que la demanda de estos servicios supera la capacidad del número de profesionales autorizados legalmente para realizarlos y que éstos se concentran en las grandes ciudades, el acceso al aborto se produce, fundamentalmente, fuera de las instituciones sanitarias.⁶⁹ 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 los farmacéuticos desempeñan un rol fundamental en tanto son la fuente principal de información sobre aborto y acceso al misoprostol y mifepristona.⁷⁰ Y es que, los farmacéuticos a menudo se transforman en el primer punto de contacto para las mujeres que buscan un aborto,⁷¹ a quienes no suelen exigirle receta.⁷² Recientemente y en línea a las directrices de la OMS, varios estudios han hecho hincapié en la necesidad de permitir y capacitar a los farmacéuticos para el suministro de información completa y precisa sobre aborto con medicamentos.⁷³

68. SINGH, Susheela, et al. Abortion and unintended pregnancy in six Indian states: findings and implications for policies and programs. *Guttmacher Institute*. 2018.

69. En efecto, se estima que sólo habría 1292 obstetras/ginecólogos 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. Ver: MANNING, Vinoj, et al. 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*, 2020, vol. 150, p. 55-64.

70. Ver: MANNING et al. 2020, p. 55; CHANDRASEKARAN et al. *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, 2021.

71. CHANDRASEKARAN et al. 2021, p. 13.

72. MANNING et al. 2020. p. 57.

73. SINGH et al. 2018, p. 9; MANNING et al. 2020. p. 62.

6.

¿Qué se necesita para implementar las tareas compartidas?



¿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.⁷⁴ De lo contrario, se corre el riesgo de que se transforme en una transferencia oportunista o de facto de tareas por falta de disponibilidad o de voluntad de un determinado grupo de profesionales.⁷⁵

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

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 enfermeras y obstétricas de modo que puedan incorporarse de manera más sistemática y estable a la atención integral del aborto.	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. ⁷⁶ 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. ⁷⁷

74. OMS 2015, p. 15.

75. Ibid, p. 15.

76. PAUL, Mandira, et al. 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*, 2014, vol. 14, no 1, p. 1-12.

77. SCHIAVON 2020, P. 30.

REGULACIÓN			<p>En 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 incluido estándares de atención.⁷⁸</p> <p>Ahora bien, tal como surge de investigaciones del CEDES que analizan las leyes de incumbencia de enfermeras y de obstetricas respectivamente,⁷⁹ existe un patrón generalizado en estas regulaciones a restringir el rol del personal no médico en la atención del aborto. Es más, 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 obstetrica: 7 de 22 normas que regulan la competencia de las obstétricas les prohíbe expresamente, se las habilita expresamente,⁸⁰ mientras que las 2 únicas leyes de incumbencia de las enfermeras del país que mencionan expresamente al aborto prohíben expresamente su intervención.⁸¹ Estas restricciones no obedecen a evidencia y deberían en un futuro a mediano plazo modificarse para una implementación correcta de las tareas compartidas.</p>
EDUCACIÓN	Puesta en valor del contenido 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, medicina y licenciatura en obstetrica para incorporar la salud sexual y reproductiva, y el aborto en particular, desde una perspectiva de derechos asegurando que los graduados desarrollen las competencias necesarias para la práctica, incluido el entrenamiento en habilidades de comunicación y apoyo psicoemocional.</p>	<p>El déficit de profesionales de la salud debidamente formados para la tarea que deben llevar adelante es un impedimento ampliamente descripto para la implementación de políticas vinculadas a la provisión del aborto.⁸²</p> <p>La educación de los profesionales 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 porque la formación de 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 la conversación mundial sobre el tema exige, para asegurar el desarrollo de las competencias profesionales necesarias.</p>

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

79. ARIZA NAVARRETE, Sonia; SCIURANO, Guido; RAMOS, Sivina. *Fortalecimiento de las competencias y funciones de las obstétricas/os en la Argentina: un tema estratégico*. Buenos Aires: CEDES; 2022; RAMÓN MICHEL, Agustina; ARIZA NAVARRETE, Sonia; MENDEZ, Sofía, *Análisis de regulaciones sobre competencias de personal de enfermería*; 2022 [Manuscrito en borrador].

80. ARIZA NAVARRETE et al. 2022, p. 28.

81. RAMÓN MICHEL et al. [Manuscrito en borrador].

82. OMS 2020, p. 67.

<p>EDUCACIÓN</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>Actualmente en el país, las carreras de medicina, enfermería y obstetricia 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 Argentina o su enfoque es uno más asociado al paradigma penal y no al del enfoque de derechos y salud pública. Esto genera graduados poco aptos para desempeñarse específicamente en tareas relacionadas al aborto y posaborto al trabajo interprofesional.⁸³</p> <p>Sin embargo recientemente, para las carreras de medicina se llevó adelante un proceso en el cual los decanos de las facultades públicas y privadas de medicina del país trabajaron para establecer los contenidos curriculares y las cargas horarias mínimas, documento que 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> <p>El otro problema que se visualiza 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 en los que los profesionales de la salud se forman en paralelo y sin puntos de encuentro aún cuando el ejercicio de su profesión les demandará el trabajo en equipos interprofesionales. De ahí que por ejemplo, sea valioso espacios de cursado comunes en la formación de grado de las enfermeras, médicas y obstétricas, al solo efecto de que se vean como pares; o pensar en la incorporación de materias transversales a las tres carreras en salud sexual y reproductiva.⁸⁴</p> <p>Además, la correcta implementación de las tareas compartidas exige tener en cuenta las preocupaciones de los trabajadores de la salud que tendrán que asumir esas funciones adicionales Toda esta información debe ser proveída a estos trabajadores en su formación.</p>
-------------------------	--	--	--

83. LUCHETTI, Gabriela; RAMOS, Silvina; ZURBRIGGEN, Ruth, *La formación de grado en obstetricia en Argentina: una exploración de planes y programas de estudio*; 2022 [En Imprenta].

84. Ver: VAN DIGGELE, Christie, et al. Interprofessional education: tips for design and implementation. *BMC Medical Education*, 2020, vol. 20, no 2, p. 1-6.

EDUCACIÓN	Posgrado	<p>Inclusión de la formación en la provisión de IVE/ILE, incluido la AMEU, la inserción de DIU y de implantes subdérmicos, en las residencias del equipo de salud y los posgrados universitarios de las especialidades vinculadas a esta práctica en las residencias médicas y en las demás profesiones del equipo de salud.⁸⁵</p> <p>Fomento del trabajo en equipos interprofesionales mediante formación o educación para la salud específicas en el contexto de la residencia que incluya varias profesiones.</p> <p>Las simulaciones, que incluyen el trabajo colaborativo, podrían tenerse en cuenta⁸⁶, también las guardias y atención ambulatoria conjuntas.</p> <p>Inclusión de la temática del aborto en los estándares de acreditación.⁸⁷</p>	<p>De la misma manera que en el de grado, es necesario adaptar la adquisición de competencias de los especialistas para asegurar que estén formados para el para la tarea que les toca cumplir.</p> <p>Algunas residencias de tocoginecología abordan el tema del aborto en forma escasa, fragmentada y prejuiciosa.⁸⁸</p> <p>Los sistemas de aseguramiento de la calidad de formación en posgrado al día de hoy tampoco lo incluyen en sus estándares de acreditación. Por ejemplo, el marco de referencia vigente para la formación en residencias de especialidades 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.⁸⁹</p>
	Formación continua/ educación permanente en salud	<p>Jerarquizar el contenido del aborto en los congresos, cursos, capacitaciones de las profesiones del equipo de salud.</p> <p>Fomentar actividades entre las distintas profesiones del equipo de salud, por ej: invitación a obstétricas y enfermeras como disertantes expertas en anticoncepción post evento obstétrico, ILE/IVE emergencias etc en los congresos de ginecología y obstetricia.</p> <p>Certificación y recertificación de profesionales deben incluir los contenidos de SSR e IVE/ILE, como así también competencias específicas en trabajo colaborativo interprofesional.</p>	<p>La formación de los profesionales de la salud se lleva adelante a lo largo de toda la vida. La formación continua de los profesionales 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.⁹⁰</p> <p>A su vez en relación al tema del aborto, este se visualiza como un tema de baja categoría académica pobremente tratado en la educación continua existente, como cursos ,congresos y jornadas, en este sentido difícilmente el aborto sea el tema elegido para estos eventos.</p> <p>Más allá de que las carreras de grado y posgrado ofrezcan las herramientas, es necesario que la competencia se mantenga y aquellos profesionales que no las adquirieron en el grado o posgrado es necesario que las adquieran.</p> <p>Jerarquizar este contenido en la formación incluye hacer esfuerzos porque ocupe un lugar en la actividades de formación continua, para asegurar el mantenimiento de la competencia así como incluirlo en las competencias de aquellos profesionales cuya formación no lo contempló; e incluirlo como un requerimiento en los procesos de recertificación de especialidad.</p>

85. RAMÓN MICHEL et al 2021, p. 15.

86. Ibid, 17.

87. Ibid, 22.

88. LUCHETTI et al 2021, p. 10.

89. Ibid.

90. DE SOUSA CAMPOS 2001, p. 116.

			En estas estas instancias que en general son elegidas por los profesionales se debe trabajar para incluir (las formaciones, becas, congresos y jornadas, sociedades científicas) en todos los eventos a las tres profesiones y a las organizaciones de la comunidad y hacer el esfuerzo para que el aborto sea considerado una temática jerarquizada en la formación continua de las profesiones involucradas ,y tambien se debe incluir la noción de las ventajas de trabajar en equipos interprofesionales colaborativos no jerarquicos.
GESTIÓN DE LOS RRHH	Condiciones laborales y distribución eficiente de los trabajadores de salud.	Incentivos monetarios y no monetarios. Distribución eficiente de los trabajadores de salud. ⁹¹ Mejora de mecanismos eficientes de derivación y transferencia a servicios especializados. ⁹² Identificación de líderes entre obstétricas y enfermeras	Las políticas de recursos humanos (RRHH) son centrales para el logro de cualquier objetivo sanitario, Implementar las tareas compartidas requiere una gestión de los RRHH que considere una remuneración adecuada y condiciones laborales justas, que busque evitar el pluriempleo, y promueva la permanencia en los cargos y roles. ⁹³ En este sentido recordamos que la practica de la provisión de aborto de se relaciona con el estigma y sobrecarga laboral por lo que se requieren esfuerzos de cuidado e incentivos para estos equipos
INSUMOS	El impulso al aborto con medicamentos, y la disponibilidad de estos insumos en los servicios de salud	Aprobación de la mifepristona. Aseguramiento de misoprostol en los servicios de salud públicos.	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 no quirúrgico -y, por tanto, no requerir ni anestesia ni tampoco intervención quirúrgica- favorece la ampliación de las funciones a una gama mucho mayor de trabajadores de la salud en la prestación de servicios de aborto sin riesgo. ⁹⁴ Esto se traduce, en concreto, a dar lugar a una mayor función clínica de enfermeras y obstétricas frente al aborto quirúrgico. ⁹⁵ En el país, se autorizó la venta de misoprostol en farmacias a través de la disposición 946/2018 de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT). ⁹⁶ En el último informe “Implementar IVE”, la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva informó que se distribuyeron más de 70.000 tratamientos (12 comp.) de misoprostol durante el 2021 en depósitos y establecimientos de salud ubicados en las 24 jurisdicciones provinciales. ⁹⁷

91. OMS 2020, p. 33.

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

93. OMS 2015, p. 67.

94. OMS 2015, p. 21.

95. Endler 2020, p. 36.

96. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología [ANMAT]. Disposición N° 946/2018. Argentina: Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2018.

97. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [DNSSR]. Implementar IVE-ILE. Informe anual 2021. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2021, p. 26.

INSUMOS			En cambio, la mifepristona no ha sido aún registrada en ANMAT. ⁹⁸ Tal como indica la experiencia comparada, el impulso del aborto con medicamentos actúa como facilitador de la ampliación propuesta por las tareas compartidas. En este marco, la aprobación de la mifepristona y su distribución en los distintos servicios de salud resulta de vital importancia.
SISTEMA COMUNITARIO DE SALUD	Consolidación y reconocimiento de un sistema comunitario fuerte	<p>Generación de diálogos frecuentes entre tomadores de decisión del sistema de salud y el sistema comunitario.</p> <p>Esfuerzos para mantener un ambiente legal que permita el accionar de las acompañantes.</p>	<p>En el marco de las tareas compartidas, un sistema comunitario fuerte fomenta la descentralización de la prestación de servicios de salud, lo que es condición necesaria para garantizar la ampliación de roles intervinientes.⁹⁹</p> <p>Las nuevas directrices de OMS para el aborto establecen “nuevos proveedores”.</p> <p>Una de las nuevas recomendaciones promueve que los llamados “agentes de salud comunitarios” sean proveedores de 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 capacidades de alguna manera en los pormenores de la tarea, pero que no ha recibido ningún certificado profesional o para profesional formal ni un título de educación terciaria relacionado con la salud. En Argentina existe desde 2012 un dispositivo de atención comunitaria llamado “socorrismo” que refuerza la autogestión del aborto con medicamentos, dando información y proveyendo medicación y sobre todo acompañamiento y seguimiento durante el proceso de aborto. Este dispositivo fue creado y llevado adelante por agrupaciones feministas que bregan en su militancia por un aborto seguro en un entorno donde es difícil el acceso o éste no está garantizado, y accionan dando cuidados colectivamente a través de una línea telefónica.¹⁰⁰</p>

Fuente: Elaboración propia. Adaptación a la Argentina desde las categorías de trabajadores de la salud de la OMS.

98. Ibid, p. 26.

99. SCHIAVON 2020, p. 25; ABORIGO 2020, p. 21.

100. Ibis Reproductive Health 2022, p.67.

7.

¿De qué trata este documento?



¿Qué ideas y acciones son clave?

7

Las 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, agentes comunitarios, obstétricas puedan también desempeñarse en esta práctica.
- es una estrategia de política de salud, impulsada por la OMS, encaminada a superar problemas de escasez o mala distribución del personal de salud que atiende abortos.
- ya se ha concretado en algunos países tanto para la atención del aborto como para otras áreas, como salud mental.
- podría mejorar el acceso y la calidad de la atención de IVE/ILE, en particular en el primer nivel de atención, al ampliar el personal interviniente.
- podría implementarse en el marco del entorno legal argentino en la medida de que la Ley 27.610 permite a cualquier personal de salud participar del proceso. Sin embargo, hay aún leyes de incumbencia profesional que restringen lo que, por ejemplo, las obstétricas pueden realizar, llegando incluso a impedir que hagan consejerías en aborto, lo que dificultaría la implementación.
- requiere adaptar la formación del personal de salud, lo que incluye actualizaciones de los currículos.



ISBN 978-987-48862-0-0

