

interrupción del embarazo (IVE ILE)

autonomía competencias Ministerio de Salud **equipo** acompañamiento

ampliación **gestión** **obstétricas** **insumos** mifepristona

empatía **SSR** **atención** **ley** **misoprostol** **reconocimiento** **consejería**

formación **anticonceptivos** **vademécum** **colectivo profesional** **trato humano**

equidad **implementación** **derechos** **salud** **capacitación**

prescripción **de Mendoza** **oc** **primer nivel de atención** **acceso**

política pública **programa provincial**

Celeste Benetti Catarineu
Sonia Ariza Navarrete
Johana Bazán
Silvina Ramos

**Las obstétricas hacen la diferencia:
ampliación de tareas para
la interrupción del embarazo
en Mendoza, Argentina**

2026



Con el apoyo de
Ipas LAC y REDAAS

Celeste Benetti Catarineu

Psicóloga, investigadora visitante del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)

Sonia Ariza Navarrete

Abogada, investigadora adjunta del CEDES

Johana Bazán

Licenciada en obstetricia, Jefa del Programa Provincial de Salud Reproductiva de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud y Deportes de la provincia de Mendoza

Silvina Ramos

Socióloga, investigadora titular del CEDES

cedes.org

ipaslac.org

redaas.org.ar

Las obstétricas hacen la diferencia : ampliación de tareas para la interrupción del embarazo en Mendoza, Argentina / Celeste Benetti Catarineu ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2026. Libro digital, PDF - (El trabajo obstétrico en la salud sexual y reproductiva)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-631-90872-6-0

1. Ginecología. 2. Práctica Profesional. 3. Obstetricia. I. Benetti Catarineu, Celeste
CDD 618.1



Este documento fue elaborado con el apoyo de [Ipas LAC](#) y [REDAAS](#).

Cita sugerida: Benetti Catarineu, Celeste; Ariza Navarrete Sonia; Bazán, Johana; Ramos, Silvina. *Las obstétricas hacen la diferencia: ampliación de tareas para la interrupción del embarazo en Mendoza, Argentina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CEDES, 2026.



Con el apoyo de
Ipas LAC y REDAAS

índice

Introducción	5
Sección 1. La salud sexual y reproductiva en Mendoza: situación de las obstétricas	8
Sección 2. La ampliación de tareas obstétricas para la provisión de IVE: desde la idea hasta la implementación	10
Sección 3. Los resultados a dos años del cambio normativo	19
3.1. La evaluación de resultados desde la gestión	19
3.2. El impacto desde la voz de las protagonistas	23
Sección 4. El camino por delante	27
Referencias	31

Introducción

Una lucha que se traccionó muy de a poquito desde muchos lugares.

Significó para mí ejercer una obstetricia más autónoma, segura y basada en derechos.

Desde fines de la década pasada, hemos trabajado para promover procesos de cambio que contribuyan a visibilizar los aportes y valorizar la práctica de la obstetricia en el campo de la salud sexual y reproductiva (SSR).

Para ello nos propusimos cuatro estrategias complementarias: la producción de conocimiento, la capacitación, la incidencia y el fortalecimiento del colectivo profesional. Nuestra teoría del cambio nos animó a pensar que producir conocimiento es imprescindible para conocer mejor el escenario, que la capacitación en los temas de la agenda de SSR es necesaria para mejorar las habilidades, que la incidencia informada ayuda a motorizar cambios normativos que habiliten la provisión de servicios de SSR, y que el fortalecimiento del colectivo es estratégico para que cada obstétrica¹ sea una agente de cambio que dinamice procesos de innovación en los servicios, en las políticas públicas y en los marcos normativos.

Los logros han sido muchos. En particular, el reconocimiento de las competencias de las obstétricas para proveer servicios (consejería y prescripción) en el continuo de atención de la interrupción del embarazo ha sido un avance significativo en varias provincias del país.

1. En este documento usaremos el femenino ya que se trata de un colectivo integrado mayoritariamente por mujeres, aunque no desconocemos la participación y el aporte de los varones.

Desde hace varios años, las recomendaciones internacionales de organismos rectores de la salud global, así como también las evidencias disponibles han puesto en agenda el involucramiento de las obstétricas en la atención de la salud sexual y reproductiva, y en particular, en la atención de la interrupción del embarazo como una estrategia necesaria. El consenso global indica que esa innovación resulta clave para dignificar el rol de este colectivo profesional, ampliar el acceso y mejorar la calidad de la atención, y promover una mayor equidad en el sistema de salud.

Las tareas compartidas, como modelo de atención, ofrecen un marco para organizar esa ampliación en la atención del aborto. En este caso, suponen formar y habilitar a diferentes profesiones de la salud para asumir labores específicas de IVE ILE, ampliar el personal involucrado y fortalecer equipos multiprofesionales y no jerárquicos ([OMS, 2015](#); [Ramón Michel et al., 2024](#)). En el aborto con medicamentos, este enfoque permite aprovechar capacidades profesionales disponibles y promover la seguridad y calidad de la atención en todos los niveles de atención ([OMS, 2022](#)).

Con el objetivo de dar cuenta de los avances en la ampliación de competencias de la obstetricia, este documento sistematiza el proceso de incorporación de las obstétricas en la atención de la interrupción del embarazo en la provincia de Mendoza. Para ello recupera las voces de gestoras de la política pública en salud sexual y reproductiva y de obstétricas y obstétricos en los servicios, así como también muestra los resultados sanitarios logrados con esa decisión de política sanitaria.

Para la sistematización, en primer lugar, se implementó una encuesta a obstétricas. Se contactaron 340 personas a través de los grupos de WhatsApp de la provincia que gestiona la Jefa del Programa Provincial de Salud Reproductiva. La tasa de respuesta fue del 39%. El 96% son mujeres, el 42% tiene entre 40 y 49 años y el 72% trabaja en el subsector público en los 18 departamentos de la provincia. De este grupo, el 42% trabaja en el primer nivel de atención, el 29% lo hace también en otros subsectores y/o en gestión. El 44% (58 personas) refiere prescribir actualmente misoprostol y mifepristona.

Además de la encuesta, se realizaron 4 entrevistas a responsables de la política en SSR y 4 a obstétricas que trabajan en diversos departamentos de la provincia. También se analizaron fuentes secundarias (estadísticas vitales, indicadores del Programa Provincial de Salud Reproductiva) del Ministerio de Salud y Deportes de Mendoza.

Los cambios en el campo de la salud pública son procesos complejos. Esos cambios deben lidiar con variados actores, reglas que deben removerse para mejorarse, población afectada de múltiples maneras, inercias institucionales que bloquean, y culturas organizacionales no siempre flexibles. Habitualmente, las decisiones se toman en escenarios conflictivos e inciertos en los cuales las prioridades son difíciles de ponderar. Pero sin dudas, las decisiones son necesarias y estratégicas.

El documento está organizado en cuatro secciones. En la primera, se describe el contexto de salud sexual y reproductiva de Mendoza, específicamente la situación de las obstétricas: historia profesional, competencias previas a la actualización, injerencia en el acceso a IVE ILE. En la segunda sección, se detalla el proceso de ampliación de competencias, desde el surgimiento de la idea hasta la implementación durante los dos primeros años. La tercera sección recupera los resultados de esos primeros años en dos dimensiones: la mirada de la gestión, incluyendo los indicadores producidos por la provincia, y el impacto percibido por el colectivo de obstétricas. La cuarta sección reúne los próximos desafíos para ampliar y profundizar el camino recorrido. Se presentan algunas ideas fuerza que, lejos de ser una conclusión, permiten pensar la experiencia mendocina como una buena práctica de política pública factible de replicarse en otras jurisdicciones del país y la región.

cambio vademécum estrategias competencias tareas compartidas
ejercicio autónomo
conocimiento
obstétricas de Mendoza
interrupción del embarazo
calidad de la atención

sección 1

acompañamiento
SSR
colectivo profesional
insumos
mifepristona
interrupción del embarazo (IVE ILE)
calidad
obstétricas
vademécum
equipo
misoprostol
autonomía
competencias
ampliación

La salud sexual y reproductiva en Mendoza: situación de las obstétricas

Hasta 2021, el ejercicio de la obstetricia en Mendoza se regulaba por una norma general de profesiones sanitarias de 1959. Sobre ese marco, la provincia inició un proceso progresivo de reconocimiento y fortalecimiento del rol profesional en SSR. Un antecedente relevante fue la Resolución 2.931 de 2016, que autorizó la colocación de implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos. Esa línea de trabajo se profundizó en 2021 con la Ley 9.360, que reguló el ejercicio autónomo de la Licenciatura en Obstetricia. La reglamentación de esa ley mediante el Decreto 2.088 de 2024 permitió aprobar el vademécum obstétrico que incorpora la medicación para la IVE.

En 2024 se realizó una encuesta, implementada por REDAAS con el apoyo del Programa Provincial de Salud Reproductiva de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud y Deportes de Mendoza, que permitió reconstruir la situación del colectivo profesional en el período inmediatamente anterior a la actualización del vademécum, a partir de sus perfiles, inserciones institucionales, prácticas habituales y necesidades.

Según los resultados obtenidos (con una tasa de respuesta del 39%), las obstétricas se encontraban trabajando en diversos niveles de atención y ámbitos sanitarios, con mayor presencia en el subsector público (hospitales y centros de salud). En cuanto a la distribución territorial, participaron profesionales de cinco municipios de la provincia² y también de ciudades cabecera importantes.

reconocimiento
vademécum
acceso a la IVE
obstétricas
de Mendoza
fortalecimiento
consejería
anticonceptivos
salud sexual y reproductiva

2. Godoy Cruz, San Rafael, Las Heras, Capital y Guaymallén.

La encuesta reveló que este colectivo profesional tenía una amplia inserción en el campo de la salud sexual y reproductiva: 9 de cada 10 realizaban consejería en métodos anticonceptivos, asistencia en puerperio, y asesoramiento en lactancia; 7 de cada 10 realizaban control prenatal, consejería preconcepcional; y 6 de cada 10 consejería en salud menstrual, consejería en salud sexual y reproductiva y toma del papanicolaou. En relación con la interrupción del embarazo, 6 de cada 10 indicaron realizar consejería. Así, antes de la actualización del vademécum, el 56% de las personas encuestadas ya intervenía en una dimensión central del acceso a la IVE, aunque sin contar todavía con habilitación para la prescripción de la medicación.

Entre 2018 y 2024, el acceso a métodos anticonceptivos de larga duración también mostró el gran aporte de las obstétricas: 48% del total de estos métodos fueron colocados en ese período por obstétricas, proceso que fue acompañado por capacitación y respaldo normativo por parte del Ministerio de Salud y Deportes.

La situación de Mendoza combinaba tres elementos relevantes para dar lugar a una decisión estratégica de política sanitaria. Primero, una demanda de acceso a la interrupción del embarazo que requería ampliar las puertas de entrada al sistema de salud y mejorar su capacidad de respuesta. Segundo, una distribución territorial desigual de profesionales médicas/os, especialmente en zonas rurales o con menor disponibilidad de médicas y médicos prescriptores de medicamentos para la interrupción del embarazo. Por último, un colectivo de obstétricas con presencia en el primer nivel de atención, experiencia en consejería, participación en equipos interdisciplinarios y una trayectoria previa de prácticas en SSR.

El 30 de octubre de 2024, la provincia de Mendoza aprobó la actualización del vademecum obstétrico mediante el decreto 2.088/24. Esta actualización incluye la posibilidad de prescribir misoprostol, mifepristona y tratamientos combinados de mifepristona y misoprostol en el primer nivel de atención. Mendoza se convirtió así en la segunda provincia argentina que habilitaba a profesionales de la obstetricia a prescribir medicación para el aborto. La primera había sido Neuquén en 2023, que reforzó la competencia de la obstetricia en esta práctica que estaba autorizada desde 2015 en su vademecum obstétrico provincial ([REDAAS, 2023](#)).

sección 2

factibilidad
experiencia
vademécum

implementación mifepristona
obstétricas provisión de IVE
de Mendoza
ampliación de tareas misoprostol

La ampliación de tareas obstétricas para la provisión de IVE: desde la idea hasta la implementación

A veces un poco más rápido, otras veces un poco más lento, pero sentíamos que avanzaba.

factibilidad
actualización
obstétricas
de Mendoza
vademécum
diagnóstico
implementación
formalización

La experiencia de Mendoza puede ordenarse en cuatro grandes momentos, progresivos y multidimensionales: la incorporación formal de las obstétricas a las prácticas de SSR; el diagnóstico y análisis de factibilidad de la ampliación de competencias; la propuesta de actualización del vademécum y, por último, la implementación del vademécum.

El primer momento, la incorporación formal de las obstétricas a las prácticas de SSR, se destaca por la formación y el inicio en la provisión de métodos anticonceptivos de larga duración. Estas acciones permitieron construir legitimidad técnica, generar experiencia en el primer nivel de atención y demostrar que la ampliación de tareas podía mejorar el acceso sin comprometer la calidad de la atención. Esta etapa culmina con la sanción de la Ley 9.360/2021 y la consolidación de un marco legal para el ejercicio autónomo de la obstetricia. Este paso dio mayor seguridad jurídica a las prácticas profesionales y permitió ordenar la discusión sobre competencias, responsabilidades y condiciones de ejercicio.

El segundo momento es el de diagnóstico y análisis de factibilidad de la ampliación de competencias. La sanción de la Ley nacional 27.610 de Interrupción voluntaria y legal del embarazo fue, en este sentido, un catalizador para pensar en una estructura de atención en la que las obstétricas fueran prestadoras. La implementación de esta ley permitió visibilizar y dar marco legal a las redes de trabajo que ya existían de manera informal, donde las obstétricas cumplían un rol fundamental de enlace y acompañamiento en el territorio.

En este marco vieron factible avanzar en la ampliación de competencias porque realmente se armó un marco de colaboración, una estructura de colaboración y una estructura de tareas y del hacer muy, muy cimentada en los licenciados y las licenciadas en obstetricia (decisora).

La encuesta REDAAS de 2024, por su parte, había mostrado que muchas obstétricas ya realizaban consejería o acompañamiento vinculado con la interrupción del embarazo, pero también identificó dificultades concretas, entre las más importantes, poca claridad de la política pública para orientar la tarea. Estos hallazgos permitieron ubicar la actualización normativa para la profesión como una respuesta a problemas reales de implementación y dar paso a la siguiente etapa.

El tercer momento corresponde a la propuesta técnica y política de actualización del vademecum de obstetricia. Con la información diagnóstica y el impulso del propio colectivo profesional, se inició una etapa caracterizada por diversos procesos de diálogo y negociación. Hacia el interior del Ministerio de Salud y Deportes de Mendoza, el foco estuvo puesto en plantear la ampliación de competencias como una respuesta viable para mejorar el acceso al aborto, especialmente en zonas semiurbanas y rurales de la provincia donde no había presencia de médicas/os. Esta estrategia fue decisiva para eliminar resistencias, poniendo el foco en la respuesta a una demanda concreta de la población.

Quienes ideológicamente pudieran no estar de acuerdo lo entendían como un problema menos desde el punto de vista de la gestión (decisora).

Yo estoy enfrente de una persona que viene en búsqueda de ayuda. No importa si yo estoy de acuerdo o no estoy de acuerdo o lo que sea, yo debo darle respuesta a lo que la paciente me está pidiendo (decisora).

También fue necesario el diálogo con las organizaciones que agrupan al colectivo profesional, específicamente la Sociedad Obstétrica Mendocina. Si bien reclamaban la reglamentación de la Ley 9.360, muchas se oponían al avance en materia de IVE ILE, algunas por objeción de conciencia, otras por inseguridad en cuanto a los conocimientos técnicos. Aquí, quienes impulsaron la propuesta buscaron poner de relieve que la ampliación de competencias implicaba el reconocimiento y la validación de prácticas que las obstétricas ya venían realizando, tal como había evidenciado la encuesta de REDAAS de 2024.

La inclusión de la prescripción de misoprostol y mifepristona fue una de las condiciones que impuso la gestión para avanzar en la reglamentación de la ley de competencias obstétricas. En palabras de una de las decisoras que acompañó esta etapa, fue “reconocimiento, sobre todo del trabajo que hacen, que ya hacían, solamente que sin un marco legal que las hiciera sentir seguras. Entonces era, sobre todo, esa validación. Y reconocer el lugar que ocupan dentro de un equipo”.

También se hizo hincapié en el marco legal vigente y la necesidad de hacerlo cumplir, con las diversas formas que la ley establece —incluso para aquellas personas objetoras—, y en la visión integral, de ampliar competencias para validar todas las acciones que llevan adelante las y los profesionales de la obstetricia en materia de SSR.

Cuando surgió (la Ley 27.610), muchos tocoginecólogos empezaron a establecer la objeción de conciencia, entonces nosotros, de alguna manera, debíamos dar respuesta (decisora).

Se consultó al Departamento de Obstetricia (que estaba en ese tiempo, ahora ya no existe más), a áreas como Salud Sexual y Reproductiva, Maternidad e Infancia, porque ampliar el vademécum obstétrico no solamente era para poder prescribir misoprostol y mifepristona, sino para dar cumplimiento a otras atenciones que también nos competían (decisora).

Este tercer momento concluyó con la actualización del vademécum obstétrico mediante el Decreto 2.088/24, que articuló una dimensión política, una normativa y una técnica. La dimensión política fue el respaldo del Ministerio de Salud y Deportes y del Programa Provincial de Salud Reproductiva. La normativa fue la reglamentación de la Ley 9.360 y la incorporación de medicamentos para la IVE al vademécum obstétrico. La estrategia fue la definición de un esquema integrado de prescripción, capacitación, registro y acompañamiento para que la medida pudiera trasladarse a los servicios.

Las estamos convocando para que tengan una puerta abierta, es verdad que muchas veces tienen las puertas cerradas. Esto también nos lo permite el ministerio, la cúpula, tanto el ministro como la subsecretaria (decisora).

La resolución vino a aportar tranquilidad. Un marco jurídico y una tranquilidad a su práctica (decisora).

El cuarto momento es el de implementación. La gestión centró la estrategia en el primer nivel de atención, por ser el de mayor cercanía con la comunidad, pero además, porque es donde las obstétricas tienen mayor inserción (42% de las personas encuestadas en 2026 trabajan en dicho nivel) y donde venían trabajando en el acceso a IVE ILE. Esta combinación fue identificada por las decisoras como una oportunidad para alcanzar resultados rápidos y significativos.

En el primer nivel de atención, que es donde creemos que tiene mayor impacto sanitario. Y en este sentido, las licenciadas en obstetricia tienen mucha injerencia y tienen mucha inserción en el sistema. Entonces, creo que ampliar las competencias de las licenciadas en obstetricia era una política sanitaria de alto impacto, porque justamente es en ese nivel donde se visibiliza mucho su trabajo (decisora).

Otra característica de esta etapa se observa en la estrategia comunicacional. Por un lado, se informó de forma precisa al colectivo obstétrico y a los servicios de salud, garantizando la información necesaria para comenzar con la implementación. Según la encuesta 2026, la principal vía por la cual las profesionales se enteraron de la resolución fue la comunicación oficial desde el Ministerio de Salud y Deportes de la provincia (69%), seguida del grupo de WhatsApp de obstétricas, que coordina la Jefa del Programa Provincial de Salud Reproductiva (56%). En menor medida apareció la comunicación a través de colegas (20%) y las redes sociales (11%).

Fue además necesario ampliar la comunicación del Ministerio de Salud y Deportes con todos los servicios de salud provinciales desde el nivel directivo y, en particular, con las áreas de farmacia, ya que no aceptaban las recetas realizadas por obstétricas y/o alegaban objeción de conciencia. Estas acciones de comunicación permitieron que todos los equipos involucrados conocieran este cambio normativo y su correspondiente respaldo político-institucional, especialmente ante ciertas situaciones de resistencia en algunos servicios y/o equipos.

Directamente el programa (de SSR) fue al origen, a la Directora de Farmacología de la provincia y tuvieron que bajar líneas, bajaron los protocolos, aclararon qué personas pueden declararse objetoras de conciencia. Entonces eso fue aflojando muchísimo (profesional de obstetricia).

La comunicación constante con las obstétricas prescriptoras, tanto por el grupo de WhatsApp como a través de la Jefa del Programa Provincial de Salud Reproductiva y de referentes territoriales, fue también una acción clave de esta estrategia comunicacional, pues brindó mayor cercanía con quienes estaban en el territorio. Esto dio seguridad y al mismo tiempo promovió la ampliación de este grupo de prescriptoras. Es de destacar el hecho de que la jefa del programa sea también una licenciada en obstetricia, lo cual fue identificado como un facilitador.

El apoyo que yo tengo ahí del programa es increíble (profesional de obstetricia).

Tener a mi colega de jefa del programa también es un gran apoyo desde arriba, acá teníamos muchas trabas como profesionales (profesional de obstetricia).

Nuestro trabajo desde la gestión es transmitir la tranquilidad de que el Estado está para acompañar en todas las circunstancias a cualquier profesional ante cualquier circunstancia, sin estigmatizar la práctica (decisora).

En esta cuestión, a veces el sistema es hegemónico, el médico. También se le dio la oportunidad o la visión a una obstétrica y eso también las hizo sentir acompañadas. A raíz de eso, nosotros siempre saliendo a respaldar (decisora).

Este respaldo político-institucional se evidenció también cuando se analizó la capacitación de las profesionales. El proceso se apoyó en un esquema de capacitación continua, a través de instancias formales promovidas desde el Programa Provincial de Salud Reproductiva y en articulación con organizaciones de la sociedad civil (como REDAAS), y de los espacios de acompañamiento cotidianos mencionados. Esto también se evidenció en los resultados de la encuesta: 75% se capacitó en una actividad organizada por el Ministerio de Salud y Deportes, mientras que 15% lo hizo en una actividad organizada por el propio lugar de trabajo; 17% se capacitó por su cuenta, mientras que el mismo porcentaje refirió que ya había recibido capacitación. Las entrevistas refuerzan estos resultados y destacan la importancia de la formación como herramienta para resolver inseguridades técnicas, pero también simbólicas, que a su vez contribuyen a construir una práctica profesional anclada en las tareas compartidas y en los equipos interdisciplinarios.

Nosotros nos podríamos confundir o no saber cómo hacerlo, siempre nos dio ese miedo de que nos castigaran. Entonces, fundamentalmente priorizamos capacitar (decisora).

Empezamos a incorporar en las capacitaciones no solamente al que iba a prescribir, sino a las otras disciplinas, porque entendemos que acá somos un equipo (decisora).

Me invitaron a la reunión que hubo el año pasado en junio de REDAAS y, la verdad, quedé fascinada. Fue el empujón que yo necesitaba para darme cuenta de que era por acá, que era este el camino que yo tenía que tomar, que yo me tenía que poner a leer el protocolo finamente, poder entender que existía la necesidad, que existía en mi departamento, que existía en mi población (profesional de obstetricia).

Además del respaldo político-institucional y la capacitación sostenida, se desprende de las entrevistas y de la encuesta REDAAS de 2026 que ciertas características de la formación en obstetricia funcionaron también como facilitadores en la etapa de implementación: enfoque de derechos, un rol profesional fuertemente centrado en la persona y foco en la promoción y prevención. Cuando se preguntó a las personas que prescriben por sus motivos para comenzar a hacerlo, la principal razón que refirieron fue que las usuarias lo necesitan/solicitan (66%). Además, la mayoría decidió prescribir porque ya trabajaba en consejerías o como parte de equipos de provisión de IVE ILE antes de la resolución (59%) y/o porque quisieron poner en práctica la ampliación de competencias (49%). Un porcentaje mucho menor refirió hacerlo por estimulación de colegas (12%) y un grupo minoritario incluyó entre las razones la indicación por parte de directivas/os (2%).

Estas respuestas ponen de manifiesto dos cuestiones centrales. La primera es que la posibilidad de prescribir misoprostol y mifepristona fortalece el trabajo que este colectivo profesional ya venía realizando en Mendoza. La participación en la atención de IVE ILE no era una tarea nueva, tal como se identificaba en la encuesta REDAAS de 2024.

Pero además, la motivación para prescribir se basa en la demanda de la población y en la posibilidad de ampliar el acceso antes que en cuestiones referidas a cumplir con la normativa. Las decisoras entrevistadas validan esta mirada que tienen las obstétricas, centrada en garantizar no solo el acceso al aborto, sino principalmente la autonomía de las usuarias en sus decisiones, a partir de un trato respetuoso.

La formación en derechos que tienen, creo, es más consciente del impacto emocional que tienen las mujeres que transitan distintas etapas desde la adolescencia en adelante. No estamos hablando estrictamente de la gestación, estamos hablando de los distintos procesos que atravesamos las mujeres a lo largo de la vida (decisora).

La licenciada en obstetricia tiene algo más social en su formación, que la mantiene más ligada y más permeable a todos estos procesos en general, sobre todo con la prevención y la promoción y su formación en derechos (decisora).

Como profesionales de la salud, salirnos del yo, escuchar a la paciente y velar por sus derechos (profesional de obstetricia).

Yo soy una profesional de la salud y lo que la paciente decida hacer, yo siempre voy a estar (profesional de obstetricia).

Te lo dicen las pacientes: “tienen ese trato más humano y más cercano, más de confianza con nosotras”. Qué sé yo, el gineco por ahí ve lo más patológico (profesional de obstetricia).

Tienen otra empatía, otra visión, o tienen mayor resguardo de estar con la paciente (decisora).

Un último elemento que ha facilitado la ampliación de competencias es la disponibilidad de misoprostol y mifepristona en el subsector público de salud. Según los datos provinciales, la compra de estos insumos aumentó significativamente de 2024 a 2025 (de 7.164 a 22.392 comprimidos de misoprostol y de 1.295 a 4.725 de mifepristona). Esto explica que la disponibilidad de la medicación no apareciera como un problema en la encuesta ni en las entrevistas. Por el contrario, se identificó como una fortaleza y una condición de viabilidad.

Poder ampliar también con el tema de las compras, los insumos. Nosotros nunca tuvimos falta de insumos. Porque podés ampliar la estrategia de sumar más profesionales, pero si no tuviéramos insumos, sería imposible realizar la práctica (decisora).

En resumen, el proceso de implementación fue facilitado por la experiencia previa del colectivo de obstétricas, que ha sostenido la provisión de servicios de SSR en general y la consejería en IVE ILE en particular; por su inserción territorial en el primer nivel de atención y por su enfoque centrado en la persona y la garantía de derechos. Todo ello fortalecido, además, por el respaldo político-institucional del Ministerio de Salud y Deportes provincial, que permitió la validación de esa capacidad instalada con un marco normativo específico, circuitos de atención y profesionales capacitadas.

Sin embargo, también fue necesario superar algunos desafíos con potencial para limitar la implementación efectiva. Si bien el colectivo de obstétricas encuestado identificó que la recepción del vademécum en el lugar de trabajo allanó la implementación (72% la percibió como muy buena y 14% como buena, y solo 2% como mala), y la mayoría de quienes prescriben (64%) refirieron no haber tenido obstáculos, se señalaron algunas barreras al momento de su puesta en práctica: inseguridad para prescribir (23%), falta de apoyo de los directivos (18%), falta de apoyo del equipo (12%) y, en menor medida, la situación con las obras sociales y prepagas.

En cuanto a la inseguridad para prescribir, se observa un vacío en la formación de grado sobre conocimientos básicos y técnicos en prácticas de SSR, especialmente en interrupción del embarazo. No obstante, y como fue resaltado previamente, el esfuerzo de la gestión por capacitar y actualizar es reconocido por el colectivo profesional, así como el efecto de la propia práctica para ampliar posibilidades de intervención.

En la facultad es todo que esto no se puede, que no es para lo que estudiaste, entonces salís viste con una cabeza bastante cerrada. Una vez que empecé a hacer todo tipo de prácticas, que empecé a trabajar en consultorio y se planteó todo esto cuando sale lo de la ley, dije “por qué no, si están en todo su derecho de acceder” (profesional de obstetricia).

En todos mis años de facultad jamás lo tuve (la formación en aborto). Era el embarazo y seguir un embarazo, “felicitaciones, lo más lindo que te va a pasar”. Hay que cambiar esa estructura que una tiene de tanto tiempo, reinventarse y entender que no era lo que tantos años yo había estudiado (profesional de obstetricia).

Ya fueron mencionadas anteriormente las resistencias en algunas profesiones y/o sectores del sistema de salud. Estas resistencias se fundan, por un lado, en una característica del sistema ampliamente estudiada: la hegemonía de la profesión médica y la posición subalterna y auxiliar de la obstetricia, que se expresa no sólo en los médicos (tocoginecólogos, ecografistas), sino también en el personal de farmacia y administración ([Zurbriggen y Ramos, 2022](#); [Paredes et al, 2026](#)). Por otro lado, también descansan en la objeción de conciencia, muchas veces mal entendida o expresada por profesionales a quienes no les alcanza ([Ariza Navarrete y Ramón Michel, 2018](#)). La ampliación de competencias aparece como una tensión o amenaza que excede la atención en IVE, pero se expresa más fuertemente allí: no hay reconocimiento de las recetas realizadas por obstétricas y/o se presentan dilaciones en la derivación oportuna. No obstante, se identifica un proceso de mejora de estas barreras con el correr del tiempo y el permanente respaldo político-institucional.

Llevar una lucha mucho más en el cuerpo a cuerpo a la hora de ejercer, ni siquiera ya con IVE. Un montón de cosas en los hospitales, con las enfermeras, en los consultorios con los gineco-obstetras, para ver embarazadas incluso (decisora).

Acá sí hay interferencias, hay malos gestos, hay maldad, no hay ayuda, no hay cooperación de los colegas, ni siquiera del farmacéutico. O sea, todo es complicación, pero bueno, de a poquito uno también tiene que ir tomando la fuerza de ir y enfrentar y decir no (profesional de obstetricia).

Hubo un tiempo en el que quise y no quise hacerlo, pero porque había muchas trabas, teníamos muchos problemas. Te sacaban prácticamente a las pacientes, decían que no habías ido a atender. Y después, con todo el aval del Programa, volví a hacerlo porque sé que tenía el respaldo (profesional de obstetricia).

Sí, fue como sentarme a hablar y decirles: “che, si viene una paciente para mí, si ven que no estoy, pídanle la analítica y la ecografía y díganle qué día estoy” (profesional de obstetricia).

En esta misma línea de dificultades se ubica el estigma sobre quienes garantizan la práctica del aborto, especialmente en las profesionales que trabajan y residen en localidades pequeñas y la consiguiente visibilidad social que muchas veces las lleva a declararse objetoras de conciencia. También aparecen los prejuicios de algunos profesionales hacia las usuarias.

Es para no exponerse socialmente, para que no queden estigmatizadas, porque les dicen que son las aborteras. Entonces, para evitar conflicto, deciden decir “soy objetora” (profesional de obstetricia).

Hay otros lugares en los que sos catalogada como la abortera, la “pañuelito verde” (profesional de obstetricia).

Hay muchos profesionales que piensan “che, mirá, tenés un montón de métodos anticonceptivos, ¿cómo te vas a quedar embarazada y después vas a interrumpir?” (profesional de obstetricia).

En cuanto a las barreras en el sector privado y en las obras sociales, se identifican límites arbitrarios (como autorizar la interrupción solo hasta la semana 14 de gestación) o que no aceptan recetas firmadas por obstétricas, lo que deriva en un aumento de la demanda en el sector público. Este último termina priorizando el acceso de las usuarias aunque exista otra cobertura.

En la parte privada son los mismos inconvenientes que en la pública: cuando ellas prescriben, las obras sociales no les autorizan la realización de algún estudio o la medicación indicada (decisora).

Con algunas usuarias que me han mandado de la parte privada, de obras sociales, que prácticamente están sin recursos, sí hemos tenido ahí un poco de problema, pero llaman del Programa de Salud Reproductiva, dan la ley y se resuelve fácil. Y si no se resuelve, la traemos al hospital, a la parte pública y resolvemos nosotros. Después, el Ministerio se encarga de arreglar el tema con la obra social (profesional de obstetricia).

Si bien la ampliación de competencias, desde la concepción de la idea hasta su implementación, no ha estado exenta de obstáculos, estos se han ido removiendo con paciencia y gestión. A modo de recapitulación de esta sección, el proceso se ha sostenido en una articulación entre decisión política, conducción programática e implementación territorial. El Ministerio de Salud y Deportes y la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia dieron el respaldo político-institucional para la actualización normativa, mientras que el Programa Provincial de Salud Reproductiva tuvo un rol central en la organización técnica de la estrategia, la capacitación, el monitoreo y la gestión de insumos. En los servicios, la implementación se motorizó a través de la incorporación efectiva, paso a paso, de las obstétricas prescriptoras, de los equipos interdisciplinarios que ya sostenían la atención de IVE ILE y de la capacidad de los efectores del primer nivel y hospitales para adaptar circuitos, distribuir responsabilidades y asegurar disponibilidad de medicación.

obstétricas de Mendoza

factibilidad
 acceso
 ley
 actualización
 autonomía
 implementación
 vademécum
 política pública
 diagnóstico
 SSR
 formalización
 colectivo profesional
 capacitación
 interrupción del embarazo (IVE ILE)

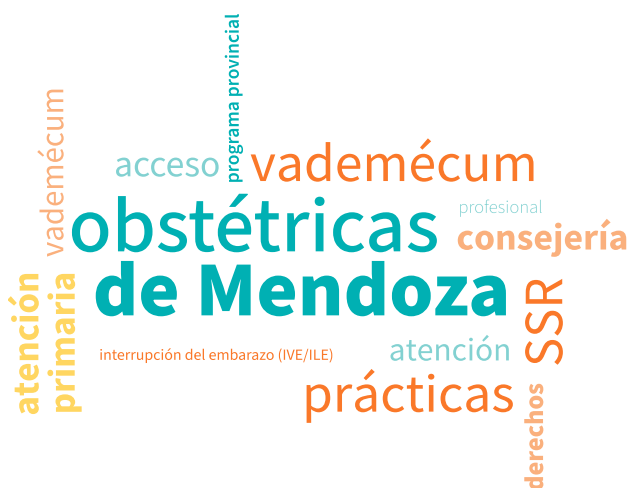
Los resultados a dos años del cambio normativo

La evolución de las prácticas y del acceso.

3.1. La evaluación de resultados desde gestión

Según la mirada de las decisoras entrevistadas, la actualización del vademécum produjo un cambio concreto en la capacidad de respuesta provincial, de forma creciente en el tiempo. Desde la perspectiva de la implementación, los resultados se expresan en varias dimensiones. La primera es la reducción de tiempos de atención, porque las consultas pueden resolverse en el mismo circuito donde la persona recibió consejería o acompañamiento. La segunda es la disminución de derivaciones innecesarias, especialmente en zonas donde antes no había prescriptores disponibles.

La tercera es la ampliación territorial de la respuesta, en particular cuando la obstétrica forma parte del primer nivel de atención o de dispositivos que recorren centros de salud de distintas localidades. La cuarta es el fortalecimiento de la autonomía profesional, porque la práctica deja de depender exclusivamente de la intervención médica y pasa a integrarse a un modelo de equipo más amplio. Se destaca que las obstétricas representan el 62% de profesionales que conforman los equipos de SSR de la provincia y que el 42% trabaja en el primer nivel de atención (datos del Programa Provincial de Salud Reproductiva y de la encuesta REDAAS de 2026, respectivamente).



Esto nos ha permitido, primero que nada, ampliar la cartilla de prestaciones, ampliar los servicios y, sobre todo, llevarlo a poblaciones rurales donde antes no tenían acceso nuestras pacientes (decisora).

Cuando nosotros íbamos a ver las estadísticas, quedábamos invisibilizadas porque no podíamos prescribir. Entonces, hoy cuando ves “estas 55 obstétricas resolvieron tanto”, te das cuenta de que la estrategia fue oportuna y que también nos dio otro lugar a nosotras. Nos dio más empoderamiento (decisora y obstétrica).

El proceso también tuvo efectos sobre la organización de los servicios. La incorporación de obstétricas permitió redistribuir responsabilidades en la atención dentro de los equipos, favoreciendo un abordaje interdisciplinario, de tareas compartidas. Esto promueve la inserción de la IVE en el primer nivel de atención, con criterios de calidad, oportunidad y derivación según complejidad.

La cercanía que te da la atención primaria de la salud te permite garantizar que haya una licenciada en obstetricia en cada centro de salud, que te de consejería en opciones, independientemente de la prescripción. La consejería en opciones es lo que a nosotros, creo, nos ha resultado. Y tener un diagrama de flujo bien estricto y bien orientado para que todos en el sistema sepan qué es lo que tienen que hacer (decisora).

El trabajo mancomunado entre el equipo de los profesionales médicos y las licenciadas en obstetricia se visibiliza un montón, esta solidaridad en el equipo a diario (decisora).

Se sienten incorporadas al sistema de salud. Eso hace que al vos sentirte dentro de un equipo, tu participación también es distinta: tu opinión vale, tu conocimiento también. (...) Ya no son las parteritas (decisora).

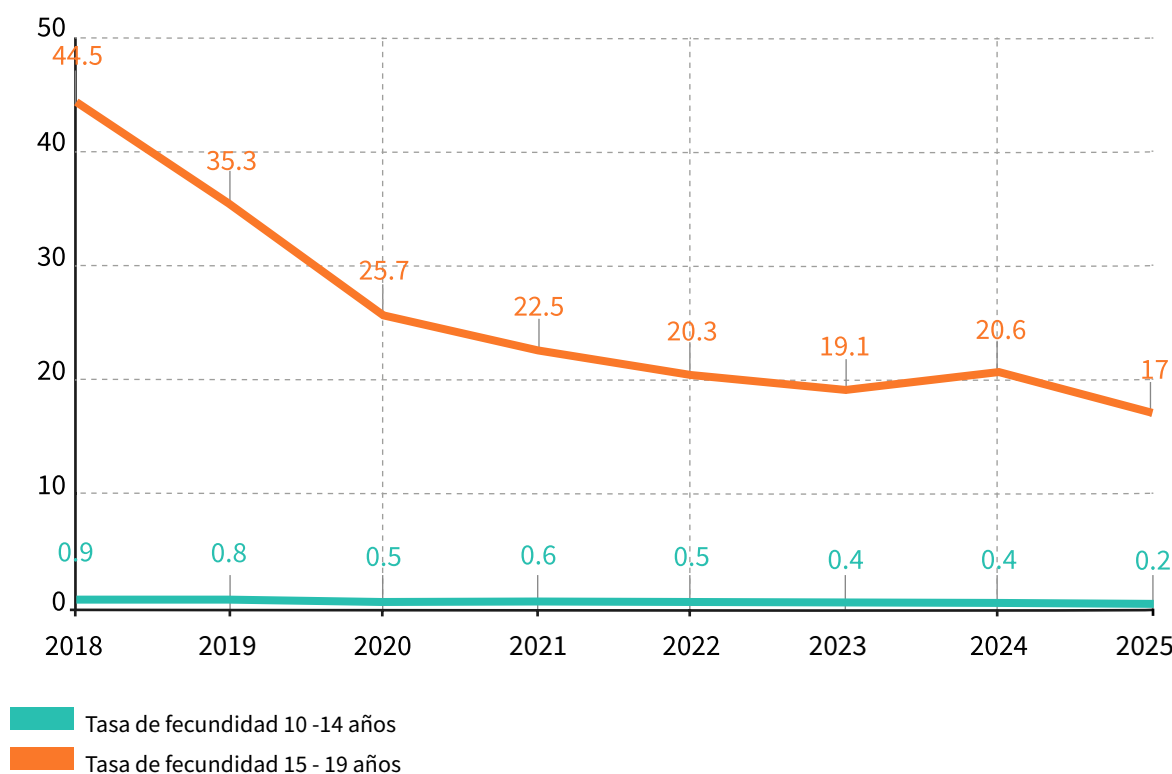
Los datos disponibles son consistentes con la mirada de las gestoras y permiten realizar una primera evaluación positiva del proceso. Al cierre de 2024 y con tan solo dos meses de actualización del vademecum, la provincia pasó de 15 a 26 obstétricas prescriptoras, que garantizaron el 3% de las prácticas de IVE (125 sobre un total de 3.774 abortos). En 2025, ese grupo se había ampliado a 55 obstétricas prescriptoras, que garantizaron el 47% de las prácticas de IVE (1.597 sobre 3.370). Esto muestra claramente que la participación obstétrica creció de manera acelerada luego de la actualización del vademécum, la capacitación y el acompañamiento sostenido desde la gestión.

Cuando se sanciona la resolución, éramos 15 licenciadas en obstetricia que ya sabíamos que íbamos a prescribir. A raíz de eso y de las capacitaciones que dimos, a raíz de dos capacitaciones que realizamos a través del programa se nos fueron sumando. Pasamos a ser 33. Después creo que otra oportunidad muy amplia fue la capacitación que se brindó desde REDAAS, porque nos permitió sumar diecisiete obstétricas más. Y después subimos a cincuenta y cinco. Y obviamente que siempre trabajamos en capacitación continua. Nosotras contamos con un grupo de WhatsApp de obstétricas donde estamos solamente las prescriptoras, donde nos vamos dando apoyo, que es lo que necesitan (decisora).

El impacto de la incorporación de las obstétricas es significativo también en la provisión de métodos anticonceptivos de larga duración: colocaron el 47% de este tipo de métodos en la provincia entre 2018 y 2025 (25.172 sobre un total de 55.013).

Los resultados sanitarios de la ampliación de competencias tanto en la provisión de anticoncepción como en el acceso al aborto se evidencian cuando se analiza el descenso del embarazo adolescente en la provincia. La cantidad de nacimientos de mujeres adolescentes pasa de 3.779 en 2017 a 1.432 en 2025. La tasa de fecundidad adolescente, además, desciende de forma significativa tanto en el rango de 15 a 19 años, como en el de 10 a 14, tal como se observa en el gráfico 1.

Gráfico 1. Evolución de la tasa de fecundidad adolescente en Mendoza 2018-2025



Fuente: Programa Provincial de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud y Deportes de Mendoza.

Desde la gestión se destaca este esfuerzo sostenido en el tiempo, con un abordaje integral de las usuarias y que promueve la atención en el primer nivel, así como la prevención y el acceso a métodos como el implante y el DIU y un trato fundado en el respeto y la confianza.

Cuando vos ves las cifras en Mendoza en materia de embarazo adolescente, que han caído estrepitosamente, no es simplemente porque está garantizada la práctica del IVE ILE, sino porque está acompañada de un proceso de prevención del embarazo, que es justamente el trabajo de las licenciadas en obstetricia: la recomendación de los métodos anticonceptivos de forma oportuna (decisora).

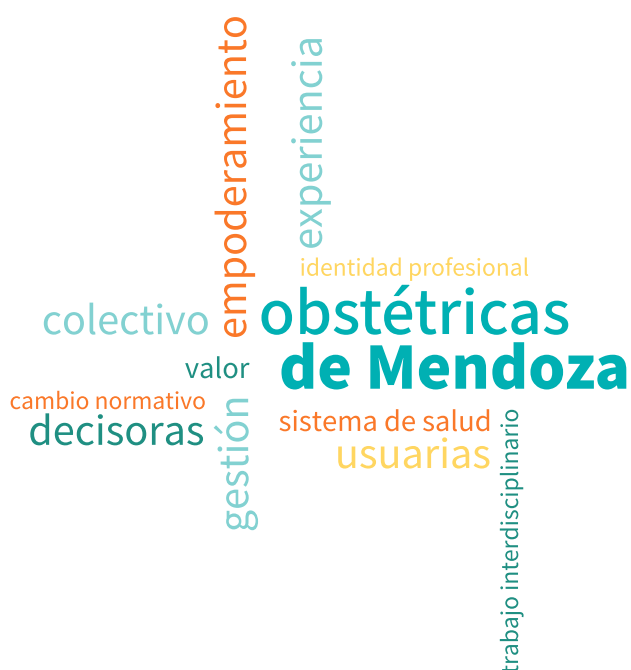
La incorporación de las obstétricas ha mejorado también el sistema de registro y monitoreo en salud sexual, permitiendo visibilizar no solo su participación, sino además los resultados sanitarios obtenidos, fortaleciendo la producción de información y aportando a los procesos de rendición de cuentas de la provincia a la sociedad civil y otros actores interesados.

Es una estadística que venimos trabajando a diario porque nuestra idea es que los datos sean cada vez más accesibles, para estar inmersos en un proceso de transparencia activa (decisora).



3.2. El impacto desde la voz de las protagonistas

Estamos haciendo historia.



En consonancia con los resultados identificados por las decisoras y avalados por los indicadores provinciales, las principales protagonistas de este proceso, las obstétricas, reconocen un impacto profundo de la ampliación de sus competencias. Este impacto es identificado en tres dimensiones centrales: la identidad profesional, la gestión del sistema de salud y la experiencia de las pacientes. El cambio normativo ha transformado la percepción que las obstétricas tienen de sí mismas y de su lugar en el equipo de salud, tanto a nivel individual como colectivo. Esta nueva percepción se funda en el empoderamiento y el reconocimiento de la profesión: las tareas que antes realizaban “de hecho” se visibilizan y registran bajo su firma, alcanzando un ejercicio práctico y cotidiano de las competencias ampliadas. Esto va acompañado de un sentimiento de orgullo y trascendencia, que además permite seguir pensando en la ampliación del rol en lo asistencial, pero también en lugares de coordinación y gestión.

Sentimos un orgullo terrible de todo lo que pudimos ampliar, de todo lo que podemos hacer. (...). No somos solamente las que traen niños al mundo o que controlan el embarazo (profesional de obstetricia).

También es una oportunidad de decir “las obstétricas no solamente tenemos función de atender, sino que también nos han pensado para la gestión”. Es más, la directora de atención primaria es obstétrica. Tenemos muchas directoras que son obstétricas (decisora).

Nos abrió muchos caminos (...) de que podíamos prescribir y podíamos atender mucho en APS, que podíamos hacer tantas cosas en salud reproductiva (...) Y también nos da la posibilidad, a las que somos nuevas y no tenemos lugar, de entrar (profesional de obstetricia).

Incluso en quienes no quieren prescribir nada, están bien porque nos van reconociendo, nos reconocen porque demostramos que estábamos capacitados para hacerlo (profesional de obstetricia).

Yo, la verdad, la paso muy bien haciendo lo que hago y me parece valiosísimo el lugar que tenemos, así que lo aprovecho a pleno (profesional de obstetricia).

Además del reconocimiento y la valoración, las protagonistas señalan que sus nuevas funciones optimizan la eficiencia del sistema de salud. La posibilidad de prescribir medicamentos es vista como una ventaja que aumenta la capacidad de resolución al eliminar trabas burocráticas y resistencias de otros profesionales. Además, las ubica en un rol de formadoras de pares, lo que a su vez retroalimenta el sentimiento de reconocimiento y, asimismo, alivia las resistencias entre quienes no prescriben. Por último, fomenta el trabajo interdisciplinario.

El impacto fue muy positivo, porque la paciente llega a la consulta, recibe su asesoramiento, consejería y luego se puede ir con el tratamiento sin necesidad de estar dando vueltas por el sistema de salud (profesional de obstetricia).

Por lo menos, las colegas que he capacitado yo, que son objetoras, no tienen problemas. De hecho, en las capacitaciones, en los consultorios vemos de todo: DIU, implantes, asesorías, y hacen las asesorías también. Si bien después te dicen “yo no quiero prescribir”, hacen los pedidos de estudios (profesional de obstetricia).

Yo estoy capacitando a una colega, soy capacitadora (profesional de obstetricia).

Tampoco quiero dejar afuera otras disciplinas, como el trabajo social. Han armado un equipo re lindo (profesional de obstetricia).

La última dimensión pone de relieve el impacto en la experiencia de las usuarias. Se destaca el beneficio que significa para ellas resolver todo el proceso con una sola profesional, evitando no solo dilaciones, sino también situaciones de tensión o maltrato por parte de los profesionales que todavía oponen resistencias al acceso al aborto. También se valora la posibilidad de acompañar de forma integral todo el proceso: desde la consejería y la escucha inicial, la solicitud de estudios, hasta la prescripción y el seguimiento posaborto, sin dejar de lado, además, la provisión de métodos anticonceptivos. Este acompañamiento, sumado a la atención fundada en la perspectiva de derechos, construye un vínculo de confianza y continuidad con la población.

Es un buen impacto también para la para la comunidad, porque el saber que cuentan con esa profesional para todo y que no tienen que andar por todos lados, viendo profesionales diferentes, volviendo a contar su situación, que no es fácil para todas. (...) Para mí es una gran ventaja porque es una traba menos para ellas (profesional de obstetricia).

Las pacientes que yo veo siempre me vuelven y vuelven a un control y vuelven a decirme “mirá, quiero empezar a tomar estas pastillas, ¿cómo las tomo?”. Generás esa confianza (profesional de obstetricia).

Charlamos, nos reímos, le comento cómo va a ser (profesional de obstetricia).

Qué increíble cuando viene una paciente con una búsqueda de embarazo, que está tranquila, que está acompañada y llega la otra cara de la moneda, que es una paciente que no puede, que no quiere, que no es el deseo de maternar, y vos decís “perfectamente válido, yo te respeto y apoyo lo que vos decís, acá estoy para acompañar” (profesional de obstetricia).

En este vínculo de confianza que se genera con las usuarias, se destaca el que las obstétricas identifican con la población adolescente. Por un lado, comparten que funcionan como un “lugar seguro”, donde las adolescentes se sienten contenidas, no juzgadas. Pero además, las profesionales subrayan que la buena atención redundante en un “boca a boca” que fomenta la demanda de las adolescentes de ser atendidas por obstétricas, además de ampliar el acceso a la información.

La población de adolescentes, que nunca encontró su lugar adecuado con otra colega, acá vienen y se sientan. Hablamos de todo, (...) tené los novios que vos quieras, pero cuidate siempre con preservativo. Es como también una forma de educar, más allá de la atención. Pueden explayarse acá de lo que sienten y siempre les digo “escuchamos, pero no juzgamos, atendemos, ustedes vengan tranquilas” (profesional de obstetricia).

Saben dónde están los consultorios, saben los horarios, llegan y te dicen “me mandó tal amiga”, hay mucho del boca en boca. Y algo que se enteran por redes sociales, porque también hay grupos, hay organizaciones que también saben dónde están los consultorios, los horarios, los profesionales. Vienen con mucho conocimiento, lo cual está bastante bueno. Saben bien qué esperar, ya saben de los tiempos, saben todo. Por lo menos donde estoy yo, que es la región más céntrica (profesional de obstetricia).

Este impacto positivo en la población es validado también por los resultados de la encuesta REDAAS de 2026. Según quienes respondieron, hay una amplia validación de las usuarias: el 76% opinó que tiene una reacción muy buena o buena cuando es atendida por una obstétrica para acceder a una interrupción del embarazo, mientras que tan solo el 1% percibió una reacción mala.

Recapitulando, los resultados a dos años de la ampliación de competencias son elocuentes. La mirada de la gestión, los indicadores sanitarios y la propia voz de las obstétricas coinciden en el impacto positivo. Las nuevas funciones en obstetricia han permitido ampliar el acceso al aborto, fortaleciendo además otras acciones de salud sexual y reproductiva (como la provisión de anticoncepción), promoviendo el trabajo en equipo y favoreciendo un abordaje integral, centrado en las personas. Además, el colectivo de obstétricas/os se siente reconocido en su tarea, validado en su conocimiento y respaldado institucionalmente, lo que es un nuevo punto de partida para seguir ampliando el ejercicio profesional.



sección 4

obstétricas ley de Mendoza

El camino por delante

*Ya hay un marco ahí, un piso del que
no podríamos bajar.*

Los primeros resultados de la implementación muestran la potencia de la decisión adoptada en Mendoza. El paso siguiente es sostener y consolidar esa transformación. Para ello, resulta prioritario ampliar la cantidad de obstétricas prescriptoras, con formación, acompañamiento y supervisión. Las nuevas capacitaciones previstas muestran que la política se encuentra en una etapa de expansión operativa, apoyada en estos primeros resultados.

En esta misma línea, se plantea el desafío de mejorar la formación de grado en materia de aborto y se identifica la necesidad de contar con una residencia en obstetricia en la provincia. Hay una apuesta, en este sentido, a que la capacitación y el ejercicio de la propia práctica contribuirán a sumar profesionales de la obstetricia que prescriben.

Nosotros tenemos que seguir educando, reforzar la profesionalización en cuanto a la capacitación. Hay un gran déficit de conocimiento, pero que viene ya del pregrado (decisora).

Que la capacitación llegue a más personas, a más colegas que, una vez que estén en esto, como te digo, seguramente va a haber más prescripción (profesional de obstetricia).

ampliación de competencias
salud
trabajo
gestión
interrupción del embarazo
usuarias
conocimiento
obstétricas
de Mendoza
acompañamiento
capacitaciones
acceso
desafío
SSR
acompañamiento
prescripción
decisoras
apoyo institucional
trabajo interdisciplinario

Tenemos que mostrar indicadores de lo que han hecho ellas, que es un montón. Y a partir de ahí, desde las carreras de grado, desde meternos en las universidades y empezar a poner el acceso a salud sexual y reproductiva como parte fundamental de la currícula en la carrera de grado. Y en las residencias tiene que estar también; acá en Mendoza no tenemos residencia, pero deberíamos (decisora).

Tener una residencia para la licenciatura en Obstetricia acá sería muy bueno porque tendríamos una base extra a la que tenemos en la facultad (profesional de obstetricia).

La consolidación también requiere profundizar el trabajo en los servicios. Es necesario que los equipos conozcan la medida, que las direcciones de los efectores la respalden, que las obstétricas cuenten con condiciones adecuadas de trabajo y que existan circuitos claros para consejería, prescripción, seguimiento, derivación y registro. Las dificultades señaladas en la encuesta REDAAS de 2026 permiten orientar este trabajo hacia los puntos donde la implementación necesita mayor apoyo institucional.

Bajar lineamientos, obligando a que todos se tienen que capacitar y que tienen que cumplir los protocolos que tenemos, cumplir el algoritmo de atención que tenemos. Yo inclusive les he pegado los algoritmos en el consultorio de obstetricia, se los he pegado en la pared, me lo despegan, lo vuelvo a pegar, me lo despegan, lo vuelvo a pegar para que sepan que yo soy la encargada y que me deriven esos casos a mí (profesional de obstetricia).

Lograr tener más licenciadas en obstetricia que no tengan objeción de conciencia, viendo que tienen todo un respaldo institucional y un respaldo estatal a la práctica que ellas puedan realizar. (...) Se van a ir aflojando las cosas a medida de que se vaya trabajando todo ahí en equipo (profesional de obstetricia).

Debemos aprender a trabajar en equipo. No solamente poniendo el foco en la atención de la paciente, sino también cuidando a quienes nos cuidan. (...) Es un equipo el que carga, vamos a decirlo de alguna manera, esa mochila y la lleva. Se la irán pasando de espaldas, la van sosteniendo y cuando uno se cae, el otro sostiene, el otro levanta (decisora).

Otro desafío que se identifica para el futuro cercano, especialmente en pos de disminuir la objeción de conciencia, ampliar la prescripción y sostener la redistribución de tareas, es el reconocimiento salarial acompañando al técnico.

Esa es una realidad también que he escuchado mucho, que cuando nos reconozcan el título y nos reconozcan la especialidad, muchas te dicen “bueno, cuando yo lo haga va a ser porque me lo reconocen” (profesional de obstetricia).

No le traslademos todo el peso porque la licenciada sigue cobrando como licenciada. En algún momento tiene que haber una recomposición salarial que, de alguna manera, acompañe esta ampliación de competencias (decisora).

El aseguramiento de insumos es otra condición central. La prescripción requiere disponibilidad efectiva de misoprostol, mifepristona y tratamientos combinados, con mecanismos de distribución que lleguen a los efectores donde se atienden las consultas. La capacidad resolutive de la ampliación de tareas depende de que la medicación esté disponible allí donde las obstétricas prescriben. En este sentido, es importante que la provincia sostenga el flujo en la adquisición y distribución de medicación.

También resulta clave sostener y mejorar el monitoreo. Mendoza ya cuenta con indicadores sobre efectores, profesionales que prescriben, prácticas realizadas por disciplina, disponibilidad de insumos y colocación de métodos anticonceptivos de larga duración. Ese sistema de información permite evaluar la medida, ajustar la implementación y definir próximos pasos, así como producir evidencia útil para otras provincias.

Lo que nadie va a poder negar son los indicadores con la evolución de las diferentes prácticas y el acceso. Todo esto que pasamos en Mendoza yo lo vi como un manto de acceso, accesibilidad, que es el primer eslabón de la cadena. De ahí en más, hay que ir por la calidad (decisora).

Con las estadísticas queremos demostrar que estamos capacitadas para resolver en otro tipo de nivel de atención (decisora).

Finalmente, la experiencia permite proyectar nuevas líneas de fortalecimiento de la obstetricia en salud sexual y reproductiva, como la provisión de ILE con medicamentos, abortos instrumentales, capacitación en ecografías, testeo de infecciones de transmisión sexual, abordaje de violencias, entre otras. Estas líneas amplían el alcance de la medida y ubican la prescripción para IVE dentro de una política más amplia de reconocimiento profesional.

Nos estamos capacitando en enfermedades de transmisión sexual, queremos empezar a aplicarlo. De hecho, ya nos formamos en los test rápidos en los consultorios; me parece que estaría bastante bueno una ampliación para ese lado (profesional de obstetricia).

Hemos realizado el primer curso en formación de ecografía para licenciadas en Obstetricia (desde la Dirección de Maternidad e Infancia). Si bien ellas no están avaladas porque no son médicas para poder hacer un screening obstétrico, sí pueden aplicar el ecógrafo y ver si hay alguna alteración y demás. Y también lo estamos utilizando principalmente en las zonas alejadas para la determinación de la edad gestacional en aquellas pacientes que solicitan una interrupción. Que eso no sea una barrera que prolongue la interrupción (decisora).

Pude detectar que no era una simple interrupción, que venía de un abuso. ¿Y cómo hacés el abordaje? ¿Qué preguntas le hacés? Porque obviamente son nenas de 16 años, y en la mayoría tenés que detectar que no sea justo intrafamiliar, porque entran con familia. Y ese abordaje, yo creo que lo hacemos, que podemos hacerlo (profesional de obstetricia).

Hoy estoy muy contenta también de que el programa de salud sexual y reproductiva está dando esta capacitación en bueno, en PAP, DIU, implante e IVE (profesional de obstetricia).

La ampliación de competencias y la actualización del vademécum en 2024 es “una puerta grande que se nos abrió”. El camino hacia adelante, según las protagonistas de esta historia, es sostener esa puerta abierta. Es necesario profundizar en lo realizado hasta el momento en materia de acceso al aborto, pero además hay compromiso y motivación para ampliar aún más el horizonte.



Referencias

Ariza Navarrete, S., Sciurano, G., y Ramos, S. (2022). *Fortalecimiento de las competencias y funciones de las obstétricas/os en la Argentina: un tema estratégico*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). <https://redaas.org.ar/lineas-de-trabajo/contenido/fortalecimiento-de-las-competencias-y-funciones-de-las-obstetricas-os-en-la-argentina-un-tema-estrategico/>

Ariza Navarrete, Sonia; Ramos, Silvina; Leonardi, Celeste; Kityk, Agustina; Fain, Lidia (2022). *Aportes para el debate sobre la regulación de las competencias profesionales de la licenciatura en obstetricia*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). <https://redaas.org.ar/documentos-redaas/debate-de-una-ley-sobre-la-regulacion-profesional-de-obstetricia/>

Ariza Navarrete, S., Fain, L., & Ramos, S. (2023). *Tareas fundamentales de la obstetricia: recomendaciones para la regulación de la prescripción, uso y dispensa de medicación*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). <https://redaas.org.ar/lineas-de-trabajo/obstetricas/?cdid=2323>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL-. (2022). *Los impactos sociodemográficos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe*. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/47922>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud -CEPAL- OPS - OMS (2024). *La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/80763-la-urgencia-invertir-sistemas-salud-america-latina-caribe-reducir-la-desigualdad>

Hajri, S., & Belhadj, H. (2020). The role of midwives in first-trimester abortion care: A 40-year experience in Tunisia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150(S1), 43–48. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13010>

International Confederation of Midwives -ICM. (2021). *ICM professional framework for midwifery*. <https://internationalmidwives.org/resources/professional-framework-for-midwifery/>

International Confederation of Midwives -ICM. (2024). *Essential competencies for midwifery practice*. <https://internationalmidwives.org/resources/essential-competencies-for-midwifery-practice/>

International Confederation of Midwives -ICM. (2025). *Strengthening midwifery: ICM's updated essential competencies*. <https://internationalmidwives.org/strengthening-midwifery-icms-updated-essential-competencies/>

International Confederation of Midwives, & International Federation of Gynecology and Obstetrics -ICM-FIGO. (2025). *Collaborate for Women, Abortion and Contraception Care Together (C4W ACCT)*. <https://internationalmidwives.org/projects/c4w/>

International Federation of Gynecology and Obstetrics, & International Confederation of Midwives -FIGO-ICM. (2024). Joint statement on contraception. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 167(3), 972–975. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15936>

International Federation of Gynecology and Obstetrics, & International Confederation of Midwives -FIGO-ICM. (2026). *Statement on comprehensive abortion care*. <https://internationalmidwives.org/resources/statement-on-comprehensive-abortion-care/>

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), 1513–1526. <https://doi.org/10.1111/jocn.15218>

Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población -DESAUN. (2022). *World population prospects 2022: Summary of results*. <https://doi.org/10.18356/9789210014380>

Ngo, T. D., Park, M. H., & Free, C. (2013). Safety and effectiveness of termination services performed by doctors versus midlevel providers: A systematic review and analysis. *International Journal of Women's Health*, 5, 9–17. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S39627>

Nove, A., ten Hoop-Bender, P., Boyce, M., Bar-Zeev, S., de Bernis, L., Lal, G., Matthews, Z., Mekuria, M., & Homer, C. S. E. (2021). The State of the World's Midwifery 2021 report: Findings to drive global policy and practice. *Human Resources for Health*, 19, Article 146. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00694-w>

Organización Mundial de la Salud -OMS. (2015). *Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception*. <https://iris.who.int/items/34ecbf96-84b7-4ca1-b10b-323707df8d1e>

Organización Mundial de la Salud -OMS. (2019). *WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: Sexual and reproductive health and rights*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/93af23b6-3a95-44b5-8dcb-833d7b21af7b/content>

Organización Mundial de la Salud -OMS. (2021). *The WHO global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863>

Organización Mundial de la Salud -OMS. (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240039483>

Organización Mundial de la Salud -OMS. (2023). *Investing in sexual and reproductive health and rights: Essential elements of universal health coverage*. <https://www.who.int/publications/m/item/investing-in-sexual-and-reproductive-health-and-rights-essential-elements-of-universal-health-coverage>

Organización Mundial de la Salud -OMS. (2024). *Transición a modelos de atención basados en la matronería: Documento de posición mundial*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240098268>

Organización Mundial de la Salud -OMS. (2025). *Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110199>

Organización Panamericana de la Salud -OPS. (2022, 27 de septiembre). *Países de las Américas buscan reducir la fragmentación de los sistemas de salud para asegurar una atención sin interrupciones*. <https://www.paho.org/es/noticias/27-9-2022-paises-americas-buscan-reducir-fragmentacion-sistemas-salud-para-asegurar>

Organización Panamericana de la Salud -OPS. (2023). *Estado del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva* (CD60/INF/4). <https://www.paho.org/es/documentos/cd60inf4-estado-acceso-servicios-salud-sexual-reproductiva>

Ramón Michel, Agustina, et al. - 2a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2024. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4789>

Red de Acceso al Aborto Seguro de Argentina. (2024). *Tareas compartidas, una oportunidad para la atención del aborto en Argentina* (2.ª ed.). <https://redaas.org.ar/documentos-redaas/tareas-compartidas-aborto/>

Starrs, A. M., Ezech, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., Coll-Seck, A. M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z. A., Say, L., Serour, G. I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., & Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress: Sexual and reproductive health and rights for all. *The Lancet*, 391(10140), 2642–2692. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)

United Nations Population Fund -UNFPA. (2024). *Interwoven lives, threads of hope: Ending inequalities in sexual and reproductive health and rights*. <https://www.unfpa.org/swp2024>

United Nations Population Fund, World Health Organization, International Confederation of Midwives, & Novametrics -UNFPA -OMS-ICM. (2021). *The state of the world's midwifery 2021*. <https://www.unfpa.org/publications/sowmy-2021>

cedes.org
ipaslac.org
redaas.org.ar



Con el apoyo de
Ipas LAC y REDAAS