

EL ESTIGMA DEL ABORTO Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN:

Un marco propuesto para su análisis e integración

¿CÓMO SE RELACIONAN ENTRE SÍ EL ESTIGMA DEL ABORTO Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN?

El estigma del aborto es un proceso social que desprestigia a las personas que han tenido abortos o que se asocian con ellas. El estigma es una barrera que se interpone a los servicios de aborto de calidad. Puede reducir el acceso de las personas y comunidades a los servicios de aborto, así como impedir que los trabajadores de salud ejerzan su capacidad para prestar servicios de atención integrales y centrados en las personas, y producir discriminación. Las personas ya marginadas en la sociedad — debido a su edad, estado socioeconómico, raza, etnia, religión u otros factores — sufren estigma de una manera particularmente aguda. En dichos contextos, los prestadores de servicios, promotores, investigadores, profesionales técnicos y de políticas pueden abordar directamente el estigma que crea las barreras que se interponen a los servicios de aborto o que comprometen la calidad de los mismos.

La literatura en torno al estigma en otros campos nos deja conocer que las actitudes negativas del personal de salud influyen en las percepciones, prejuicios, comportamiento interpersonal y toma de decisiones de las usuarias, lo cual puede ocasionar estrés, aplazamiento de la búsqueda de atención, experiencias negativas con los servicios y falta de cuidados de seguimiento adecuados.^{1,2}

Cada paciente podría sufrir autoestigma, estigma previsto o estigma percibido relacionado con el temor de rechazo, aislamiento social y pérdida de estatus, que influye en sus interacciones con el sistema de salud. Por lo tanto, la internalización del estigma afecta la calidad de la atención: “medidas tales como entrevistas de salida y encuestas de preferencias de las usuarias en las que simplemente se les pregunta a las personas su opinión acerca de los derechos a los servicios de salud pueden legitimar las sumamente injustas distribuciones sociales en salud sexual y reproductiva. Una de las maneras más eficaces de marginación es conseguir que las personas acepten, e incluso creen que no tienen más derecho que a lo que reciben, independientemente de cuán inadecuado esto sea a sus necesidades (Cornwall y Gaventa, 2001, Pap, Gogoi y Campbell 2013).”³ El estigma en las leyes, políticas y su aplicación produce discriminación e inequidad⁴.

1. Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffen, J. M. y van Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4), 319–326.
2. Kelly, J. F., Wakeman, S. E. y Saitz, R. (2015). Stop talking 'dirty': Clinicians, language, and quality of care for the leading cause of preventable death in the United States. *The American Journal of Medicine*, 128(1), 8–9.
3. Erdman, J. (2015) Community-led Human Rights Accountability in Sexual and Reproductive Health: A Critical Analysis. [Inédito]
4. Cooper, S., Ssebunnya, J., Kigozi, F., Lund, C., Flisher, A. y The Mhapp Research Programme Consortium. (2010). Viewing Uganda's mental health system through a human rights lens. *International Review of Psychiatry*, 22(6), 578–88.

CALIDAD DE ATENCIÓN: UN PROCESO PARA TOMAR DECISIONES ESTRATÉGICAS EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Para dar comienzo al proceso de integrar una perspectiva del estigma del aborto en el marco de la calidad de la atención, elegimos el marco de la Organización Mundial de la Salud¹ para estructurar nuestra conversación:

Dimensiones de una atención de la salud de calidad

1. **eficaz**, prestar atención de salud que se adhiera a una base de evidencias y resultados en la mejoría de los resultados de salud para las personas y comunidades, en función de sus necesidades.
2. **eficiente**, prestar atención de salud de una manera que maximice los recursos utilizados y evite desperdiciar;
3. **accesible**, prestar atención de salud oportuna, geográficamente razonable, y en un ámbito donde las habilidades y los recursos son adecuados a la necesidad médica;
4. **de calidad aceptable/centrada en la paciente**, prestar atención de salud que tome en cuenta las preferencias y aspiraciones de las usuarias de los servicios y las culturas de las comunidades;
5. **equitativa**, prestar atención de salud que no varíe de calidad debido a las características personales, tales como género, raza, etnia, ubicación geográfica, o estado socioeconómico;
6. **segura**, prestar atención de salud que minimice los riesgos y los daños a las usuarias de los servicios.

Especialmente, tomamos nota también del hincapié que hace la OMS en incluir a las partes interesadas y a las usuarias en la creación de medidas y normas de calidad.

1. Organización Mundial de la Salud (2006) *Quality of Care: a process for making strategic choices in health systems*.



Basado en información del Foro de integrantes de la Red Internacional por la Reducción de la Discriminación y el Estigma con relación al Aborto (inroads), que aborda el estigma del aborto y la calidad de la atención.

¿QUÉ ES EL ESTIGMA DEL ABORTO? ¿CÓMO SE MANIFIESTA?

El estigma es tanto una construcción social como una de las causas fundamentales de las inequidades en la salud de la población.¹

En los diferentes ámbitos de salud, el estigma se manifiesta en la presencia conjunta de Calificar (Etiquetar), Estereotipar, Separación y Discriminación.²



La fuerza motriz del estigma relacionado con el aborto es compleja y está arraigada en las normas de la sociedad y en las construcciones de género que buscan controlar la sexualidad femenina, vincular la sexualidad de la mujer únicamente a la procreación y limitar los papeles de la mujer a ser madres y cuidadoras. Debido a que la sexualidad, el género y el aborto intersectan e interactúan en el ámbito de los servicios de aborto, un estigma complejo podría manifestarse en estos cinco niveles, impidiendo servicios de aborto de calidad en varias maneras³.

El estigma del aborto también puede variar dentro de la misma región geográfica o cultural, volviéndose más rígido y creando más limitaciones al combinarse con otros estigmas e inequidades socioeconómicas, discapacidad, discriminación sexual y de género y asuntos de acceso geográfico. Además de los sentimientos negativos y el aislamiento social, el estigma del aborto existe y se manifiesta en múltiples niveles comprometiendo la calidad y propiciando experiencias negativas, prácticas inseguras, mala salud y morbilidad reproductiva.



Manifestaciones del estigma del aborto en los sistemas de salud

Carencia de representaciones en los programas de televisión o representaciones negativas que crean un estereotipo de la persona típica que busca servicios de aborto • Leyes que califican ciertas razones por tener un aborto o ciertas etapas del aborto como malas o ilegales • La práctica hospitalaria de no ofrecer apoyo para el control del dolor durante el aborto • La costumbre comunitaria de denunciar a las autoridades a prestadores de servicios de aborto y a mujeres marginadas que buscan servicios de aborto • Prestador/a de servicios a quien sus colegas le niegan apoyo con el manejo de una complicación por no estar dispuestos a asistir en un aborto • Trabajador/a de salud que sermonea a una paciente de la clínica cuando ésta revela su decisión de tener un aborto.

1. Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C. y Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813–21.
2. Link, B. G. y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
3. Hessini, L. (2014). A learning agenda for abortion stigma: recommendations from the Bellagio Expert Group Meeting. *Women & Health*, 54(7), 617–621.

INTEGRANDO ENFOQUES

Durante una discusión guiada, las y los integrantes de inroads citaron pocos ejemplos de marcos de calidad de la atención utilizados explícitamente en unidades de salud o clínicas independientes que prestan servicios de aborto. Sin embargo, se analizaron ejemplos de otros campos tal como VIH y SIDA, enfermedad mental y calidad de la atención definida de una manera más general. A falta de un conjunto mayor de evidencias o práctica en torno al estigma del aborto, se habló acerca de lo que se interpone a la calidad de los servicios para poder crear un modelo de lo que serían unos servicios de calidad libres de estigma y de lo que podría lograrse con los mismos.

MARCO PROPUESTO PARA SERVICIOS DE ABORTO DE CALIDAD Y LIBRES DE ESTIGMA

En julio y agosto de 2015, las y los integrantes de inroads se reunieron para participar en un foro de debate asincrónico en línea acerca de la calidad de la atención y los servicios de aborto libres de estigma. Veintiséis participantes activos representando dieciséis diferentes países miembros examinaron cinco asuntos acerca de la calidad de la atención en el contexto del estigma del aborto. Las personas participantes representaban a ONG, organizaciones comunitarias, prestadores independientes, activistas, institutos académicos y de investigación y redes locales. Partiendo de los temas surgidos durante la discusión, se redactó el siguiente marco aplicando una perspectiva de estigma al Marco de la OMS para la atención de la calidad¹

	Barreras relacionadas con el estigma que se interponen a la calidad de los servicios de aborto	A qué se parecen los servicios libres de estigma
Dimensión de la calidad: EFICACIA	<ul style="list-style-type: none"> Las leyes y políticas prohíben o restringen el suministro de tecnologías de aborto eficaces. Las leyes o políticas restringen quién puede prestar servicios de aborto. Las mujeres no cuentan con la información o las habilidades para acceder a los servicios de aborto Los funcionarios de alto nivel no comprenden o no tienen información sobre los servicios de aborto, por lo cual crean acceso y disposiciones inadecuados para los servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> Las normas y directrices para los servicios de aborto son creadas con la usuaria en mente, son actualizadas periódicamente y son comunicadas al personal. En las unidades de salud se ofrecen todas las tecnologías de aborto recomendadas por la OMS. Se capacita al personal sobre cómo describir los métodos de aborto disponibles en su clínica y sobre el contexto local y cómo dirigir a las pacientes a los servicios. En ámbitos donde el aborto está restringido, se capacita al personal de la unidad de salud en la estrategia de reducción de daños. La unidad de salud ha identificado fuentes confiables y mecanismos de entrega para las tecnologías de aborto.
Dimensión de la calidad: EFICIENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios de aborto son prestados por separado dentro del mismo sistema de salud, por lo cual se duplican los recursos. Se prohíbe que los prestadores de servicios usen los sistemas de suministro de medicamentos existentes. Las mujeres que buscan servicios de aborto o atención postaborto tienen que esperar hasta que se haya atendido a todas las demás personas. Las mujeres que acuden a los servicios de aborto tienen que explicarse en múltiples puntos de contacto o en numerosas visitas. A las mujeres que acuden a los servicios de aborto se les cobra diferentes precios (procedimiento, diferentes formas de manejo del dolor, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios de aborto son integrados en los servicios y espacios existentes en la clínica. Los prestadores de servicios de salud en variados ámbitos y especialidades tienen información actualizada sobre dónde se encuentran disponibles las tecnologías de aborto. Se desarrollan modelos de flujo asistencial al aborto para garantizar que cada usuaria de los servicios sea atendida por la menor cantidad de personal necesario. Si el servicio requiere más de una visita a la unidad de salud, se hace todo lo posible por ofrecer seguimiento con el mismo personal. Los protocolos deben reflejar los conocimientos más avanzados sobre el nivel y grado de contacto necesarios que las pacientes deben tener con los prestadores de servicios para evitar visitas adicionales innecesarias u otras formas de atención ineficaz. Existen fuentes comunitarias de cuidados posteriores y cuidados de seguimiento, ya sea en línea o de manera ambulatoria.
Dimensión de la calidad: ACCESIBILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios no están diseñados con la usuaria en mente: por ejemplo, no están disponibles dónde y cuándo todas las mujeres y jóvenes más los necesitan. Las pocas unidades de salud y personas que prestan servicios de aborto imponen la necesidad de viajes abrumadores, caros o prohibitivos. En la comunidad se avergüenza a los prestadores por ofrecer servicios de aborto, por lo cual abandonan la práctica o prestan los servicios de manera clandestina. A las clínicas que ofrecen servicios de aborto se las califica de practicantes de abortos y están expuestas a ser víctimas de las autoridades que carecen de conocimientos sobre las leyes referentes al aborto. 	<ul style="list-style-type: none"> Todos los servicios — desde su diseño hasta su implementación, hasta la evaluación de la atención — son creados con la participación de las usuarias. Se exige que los prestadores de servicios de aborto cumplan con las mismas normas de calidad y atención que cualquier otro prestador de servicios de salud y que no sean objeto de mayor atención. Los prestadores de servicios de aborto y las clínicas que prestan estos servicios realizan actividades de extensión comunitaria y educativas centradas en la importancia del aborto en el espectro de la salud sexual y reproductiva. Los prestadores de servicios de aborto y las clínicas se familiarizan con el ámbito jurídico del aborto en su región y, de ser posible, entablan una relación con las autoridades que se centra en su propia protección y en la protección de sus pacientes como ciudadanas y personas con derechos.
Dimensión de la calidad: ACEPTABILIDAD/CENTRADA EN LA USUARIA	<ul style="list-style-type: none"> Los prestadores de servicios u otro personal de salud tienen actitudes negativas, implícitas o explícitas, acerca del aborto y de las personas que acuden a los servicios. Las personas no saben dónde hay servicios de aborto accesibles, económicamente asequibles y centrados en las usuarias. Las mujeres optan por buscar servicios de aborto en secreto. Las pacientes son presionadas para usar un método anticonceptivo postaborto, por lo cual asocian necesitar un aborto con un fracaso y algo que deben evitar, en vez de simplemente ser una opción o decisión. 	<ul style="list-style-type: none"> En la capacitación de todos los prestadores de servicios y personal se incluye información acerca de la prestación de atención imparcial y sin juicios, las usuarias de los servicios/derechos de las pacientes, principios del consentimiento informado, amabilidad y empatía, autoadministración del misoprostol por la usuaria. La unidad de salud ha implementado un Código de conducta para garantizar la prestación de servicios libres de estigma. La unidad de salud ha establecido relaciones con socios comunitarios con información exacta acerca de los servicios y su costo. Se ofrecen métodos para que las personas se mantengan en contacto con la unidad de salud después de la experiencia de aborto (por ejemplo, como voluntarias, educando a sus pares, participando en un modelo de acompañamiento). Se ofrece la gama completa de anticonceptivos postaborto pero no se exige ni se ofrece incentivo. Los servicios son prestados de tal manera que garantizan privacidad y confidencialidad. Se trata con respeto y dignidad a las mujeres que se indujeron un aborto y no se les obliga a someterse a procedimientos médicos innecesarios.
Dimensión de la calidad: EQUIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Se les niega servicios de aborto o atención a las jóvenes o grupos marginados o no se les ofrecen estos servicios teniendo en cuenta sus necesidades. Las mujeres sin recursos financieros no pueden acceder a los servicios de aborto. Se trata mal a las mujeres que han accedido a servicios de aborto fuera de las unidades de salud. Se les niega acceso a las mujeres que necesitan múltiples abortos. Se discrimina contra las personas que no usan anticonceptivos o que usan métodos de anticoncepción menos eficaces. No se ofrecen tecnologías de aborto adecuadas ni manejo del dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> La unidad de salud tiene una política que especifica que todas las usuarias de los servicios deben ser tratadas con respeto e igualdad, independientemente de su edad, estado económico, condición de VIH, orientación sexual, identidad de género u otras características clave. El personal de la unidad de salud usa un lenguaje imparcial sin emitir juicios y utiliza planteamientos que ofrecen opciones o consejería anticonceptiva. El personal de la unidad de salud está capacitado en un enfoque de reducción de daños y atención amable para dar seguimiento después de un aborto fuera del sistema de salud. Se ofrece manejo del dolor sin cargas financieras adicionales o indebidas.
Dimensión de la calidad: SEGURIDAD	<ul style="list-style-type: none"> La capacitación en la atención del aborto no es rutinaria ni está integrada. Los prestadores de servicios tienen dudas de reportar eventos adversos o tratarlos directamente. No existe un foro para que los prestadores de servicios de aborto discutan o traten de manera directa los eventos adversos. 	<ul style="list-style-type: none"> Disponen de capacitación específica en aborto, capacitación de pregrado y capacitación en el servicio, para todos los prestadores y el personal, incluida la capacitación en aptitudes clínicas y técnicas con todas las tecnologías de aborto disponibles, así como en la autoadministración de misoprostol por parte de las usuarias. Se ofrecen todos los métodos de aborto disponibles. La unidad de salud cuenta con un sistema claro y transparente para reportar eventos adversos y aprender de los errores, todo ello apoyado por una cultura de seguridad.

1. A menos que se indique lo contrario “unidad de salud” se refiere a una instalación donde se prestan servicios de aborto y “prestadores de servicios” se refiere a prestadores de servicios de salud que prestan o podrían prestar servicios de aborto.

QUÉ PODEMOS HACER AHORA:

Nuestra meta es llegar a un acuerdo sobre un conjunto de ideas para ver cómo se manifiesta la calidad en los diferentes ámbitos mundiales. Ahora depende de todos nosotros contestar la pregunta “¿Qué es necesario para crear una unidad de salud con atención de calidad y libre de estigma?” ¿Con qué indicaciones de calidad podrías empezar, con qué barreras te encontrarías? Al incorporar estos conceptos de servicios de calidad y libres de estigma en nuestros contextos individuales, podríamos convertir estas definiciones en prácticas prometedoras, podemos comenzar a medir el cambio y podemos aumentar la calidad y reducir el estigma.

¡Manténnos al tanto de tu progreso!

- Descubre más acerca de este esfuerzo o el estigma del aborto: www.endabortionstigma.org/makinginroads
- Utiliza o prueba este marco en tu próxima reunión de Calidad de la Atención o al ejercer tu profesión.
- Manténnos informados de tu progreso o de tu trabajo actual con relación al estigma y la calidad de la atención: info@endabortionstigma.org o www.facebook.com/inroadsGlobe
- Únete a inroads para continuar esta conversación y otras consultas acerca del estigma del aborto y la discriminación: www.endabortionstigma.org/join

Gracias a las y los integrantes de inroads que participaron en la discusión y a los ocho revisores de este marco; para obtener mayor información acerca de la elaboración de este documento y recursos adicionales, visite www.endabortionstigma.org