



Vendedora de periódicos.

León Ruiz (1933)

Crédito: Biblioteca Pública Piloto de Medellín, (Colección Patrimonial, archivo fotográfico).

Volumen 42, 2024

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e353511>

Recibido: 16/05/2023
Aprobado: 09/10/2023
Publicado: 19/01/2024

Cita:

González D, Montero A, Ramírez-Pereira M, Tapia B, Robledo P, Casas L, Vivaldi L. La relevancia del acompañamiento psicosocial en la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales en Chile. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2024;42:e353511
doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e353511>



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

La relevancia del acompañamiento psicosocial en la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales en Chile*

Daniela González Aristegui¹, Adela Montero², Mirliana Ramírez-Pereira³, Belén Tapia de la Fuente⁴, Paz Robledo⁵, Lidia C. Casas⁶, Lieta Vivaldi⁷

- 1 Magíster en Estudios de Género y Cultura mención humanidades. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, Facultad de Medicina. Universidad de Chile, Chile. dgonzaleza@med.uchile.cl
- 2 Magíster en Bioética. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, Facultad de Medicina. Universidad de Chile, Chile. amontero@uchile.cl
- 3 Doctora en Enfermería. Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina. Universidad de Chile, Chile. mirliana@uchile.cl
- 4 Magister Psicología Comunitaria. Chile. belentapia.delafuente@gmail.com
- 5 Magíster en Psicología del Adolescente. Hospital La Florida Dra Eloisa Díaz, Chile. pachirobledo@gmail.com
- 6 Doctora en Derecho. Universidad Diego Portales, Chile. lidia.casas@udp.cl
- 7 Doctora en Sociología. Universidad Alberto Hurtado. livaldi@uahurtado.cl

Resumen

Objetivo: Describir y analizar la relevancia del equipo de acompañamiento psicosocial respecto de las prestaciones vinculadas con la interrupción voluntaria del embarazo en las instituciones de salud públicas. **Metodología:** Diseño cualitativo, pospositivista, con muestreo en cadena, identificando a profesionales del acompañamiento psicosocial. Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido. Se cumplieron los criterios de rigor metodológico de transferibilidad, dependencia, credibilidad, auditabilidad y adecuación teórico-metodológica. **Resultados:** Se incluyen relatos de trece profesionales del equipo de acompañamiento psicosocial de distintas regiones de Chile. A partir de un proceso inductivo de codificación abierta, surgen las categorías “rol profesional”, “motivación”, “facilitadores” y “obstaculizadores” del desempeño del equipo psicosocial, emergiendo la “relevancia del acompañamiento psicosocial” como metacategoría. **Conclusión:** Para dimensionar el impacto en Chile de la incorporación de profesionales del ámbito psicosocial en equipos ginecoobstétricos con diferentes posturas sobre la Ley 21.030, se requiere una aproximación en profundidad. Los relatos de quienes ejercen este rol permiten analizar este proceso y plantear estrategias para facilitar su desempeño y el mejoramiento de la implementación de esta ley, considerando al aborto como problema de salud pública.

-----Palabras clave: aborto, acompañamiento psicosocial, derechos sexuales y reproductivos, servicios públicos de salud

* Este artículo deriva del Proyecto Fondecyt Regular N.º 1200374: “Representaciones sociales de actores relevantes vinculadas con las principales barreras a las prestaciones garantizadas en la Ley 21.030, que despenaliza la interrupción del embarazo por tres causales en Chile”, financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (Fondecyt), de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación del Gobierno de Chile.

The relevance of psychosocial support in the implementing voluntary interruption of pregnancy on three grounds in Chile

Abstract

Objective: To describe and analyze the relevance of the psychosocial support team concerning services related to the voluntary interruption of pregnancy in public health institutions. **Methodology:** Qualitative, post-positivist design. Chain sampling, identifying psychosocial support professionals. Semi-structured interviews and content analysis were conducted. The methodological rigor criteria of transferability, dependability, credibility, auditability, and theoretical-methodological adequacy were met. **Results:** Information from 13 professionals from the country's psychosocial support team was included. Following an inductive process of open coding, the categories of Professional role; Motivation; Facilitators; and Obstacles to the performance of the psychosocial team emerged, and the Relevance of psychosocial support emerged as a meta-category. **Conclusion:** To measure the impact of incorporating psychosocial professionals in obstetric and gynecological units with different positions on the law requires an in-depth approach. The accounts of those who perform this role allow us to analyze this process and propose strategies to facilitate their performance.

-----Keywords: abortion, psychosocial support, sexual and reproductive rights, public health services

A relevância do apoio psicossocial na implementação da interrupção voluntária da gravidez em tres causas no Chile

Resumo

Objetivo: Descrever e analisar a relevância da equipa de apoio psicossocial relativamente aos serviços relacionados com a interrupção voluntária da gravidez em instituições de saúde pública. Metodologia: Desenho qualitativo, pós-positivista. Amostragem em cadeia, identificando os profissionais de apoio psicossocial. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e análise de conteúdos. Os critérios de rigor metodológico de transferabilidade, fiabilidade, credibilidade, auditabilidade, e adequação teórico-metodológica foram cumpridos. **Resultados:** Foram incluídas informações de 13 profissionais da equipa de apoio psicossocial do país. Após um processo indutivo de codificação aberta, surgiram as categorias de Papel Profissional; Motivação; Facilitadores, e Obstáculos ao desempenho da equipa psicossocial, e a Relevância do apoio psicossocial surgiu como uma meta-categoria. **Conclusão:** Para mensurar o impacto da incorporação de profissionais da área psicossocial em equipas obstétrico-ginecológicas com diferentes posicionamentos na legislação, é necessária uma abordagem aprofundada.. As contas daqueles que desempenham este papel permitem-nos analisar este processo e propor estratégias para facilitar o seu desempenho.

Palavras-chave: aborto,, direitos sexuais e reprodutivos, serviços públicos de saúde

Introducción

† La Ley 21.030, en la causal 3, impone un límite en la edad gestacional para la interrupción del embarazo: 12 semanas en mayores de 14 años y 14 semanas en menores de 14 años.

El 14 de septiembre del 2017 se promulga en Chile la Ley 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en tres causales: 1) riesgo vital de la mujer, permitiendo la interrupción del embarazo y así evitar un peligro para su vida; 2) patología congénita adquirida o genética letal del embrión o feto, incompatible con la vida extrauterina independiente; y 3) embarazo como consecuencia de violación[†] [1]. Previo a esta legislación, en el país el aborto terapéutico era lícito a partir de la creación del Código Sanitario en el año 1931, con algunas modificaciones posteriores (1968), hasta ser prohibido en todas sus formas al finalizar la dictadura en el año 1989.[‡] Cabe mencionar también que Chile ha suscrito acuerdos internacionales respecto de derechos sexuales y reproductivos que se consideran precedentes en esta materia, como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer [2], la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo [3] y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer [4].

La Ley 21.030 y la “Norma técnica nacional. Acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030”, emitida por el Ministerio de Salud [1], estipula que las prestaciones vinculadas con la IVE se deben realizar en el nivel de especialidad ginecoobstétrica; por consiguiente, se circunscriben en el nivel secundario y terciario de atención. En el sector público, el nivel secundario está representado por la atención ambulatoria en unidades de alto riesgo obstétrico. El nivel terciario corresponde a la atención hospitalizada en instituciones de mediana y alta complejidad [1, pp. 49, 54]. En el sector privado, el nivel secundario equivale a la atención especializada ambulatoria por prestadores individuales en consultas particulares, centros médicos o clínicas. El nivel terciario abarca la atención cerrada hospitalaria en instituciones privadas, dentro de las cuales se adscriben las instituciones con ideario confesional.

En la normativa, para su ejecución, se incluyó la necesidad de hacer acompañamiento psicosocial, con la incorporación de profesionales de psicología y trabajo social, mencionados como “equipo/dupla de acompañamiento psicosocial” [1], para asumir la labor de acoger, acompañar y efectuar un seguimiento directo con las mujeres[§] que se encuentran cursando un embarazo en alguna de las causales mencionadas.

Aun cuando la promulgación de la ley ha sido un avance en el reconocimiento de los derechos sexuales y

reproductivos frente al escenario previo de prohibición en todas sus formas, su implementación en Chile ha significado un desafío para los equipos ginecoobstétricos involucrados en los diferentes niveles de atención, por las resistencias que aún persisten en torno a este tema. Por tanto, la experiencia que expone este artículo puede contribuir a visibilizar la realidad que se vive en la región, en tanto la figura de “acompañamiento psicosocial” propiamente tal no se encuentra en otros países asociada a las leyes sobre aborto.

En un contexto de desempeño tradicionalmente biomédico, la labor del equipo de acompañamiento psicosocial implica visibilizar, valorar e integrar esta dimensión en la atención en salud sexual y reproductiva, además de efectuar un monitoreo activo del cumplimiento de la normativa [1] y del ejercicio de derechos, dado lo reciente de su legislación. Previo a la Ley 21.030, en los servicios de ginecología y obstetricia de los hospitales públicos, si bien se desempeñaban duplas de trabajo psicosocial incorporadas al programa Chile Crece Contigo como parte del Sistema de Protección Social chileno, su quehacer se centraba en el acompañamiento a las mujeres durante sus procesos de gestación, parto y crianza, siendo su objetivo principal informar, educar y sensibilizar sobre cuidados infantiles, crianza respetuosa y estimulación [5]; a diferencia de esto, a partir de la implementación de la Ley 21.030, el equipo psicosocial tiene como propósito realizar el acompañamiento a las mujeres bajo un enfoque de derechos, centrado en su propia vivencia y posibilidades de decidir [1].

Según explicita la “Norma técnica nacional”, el objetivo del equipo de acompañamiento es asegurar el bienestar biopsicosocial de quien vive un embarazo en el contexto de alguna de las tres causales, facilitando un ambiente de acogida, con información respecto de todas las prestaciones que se encuentran a disposición [1].

Cabe mencionar que en países latinoamericanos con legislaciones similares a Chile en materia de aborto, pero con diferencias en cuanto a causales y plazo de constitución de las mismas, como Brasil, Bolivia y Ecuador, no existe evidencia disponible respecto de experiencias homologables a esta figura de acompañamiento psicosocial. Se espera, por tanto, que este estudio promueva la realización de nuevas revisiones en torno a esta realidad, en específico tanto en Chile como en otros países de la región.

El objetivo de este artículo es describir y analizar la relevancia del equipo de acompañamiento psicosocial

[†] En el año 1968 se deroga el Código Sanitario del año 1931, manteniendo la legalidad del aborto terapéutico, pero reduciendo los requisitos de 3 a 2 diagnósticos médicos para realizar el aborto, lo que estuvo vigente hasta el año 1989

[§] Teniendo presente la experiencia de quienes ejercen el acompañamiento psicosocial (dupla), para efectos de este artículo, se menciona a las mujeres como quienes mayoritariamente han tenido acceso a las prestaciones garantizadas en la Ley 21.030. Aunque la ley no lo explicita, no excluye la posibilidad que igualmente puedan acceder personas gestantes, entendidas como quienes tienen órganos reproductivos que les permiten gestar o personas con identidad de género no binaria.

respecto de las prestaciones vinculadas con la interrupción voluntaria del embarazo en las instituciones de salud públicas, a partir de la perspectiva y la experiencia de quienes conforman este equipo y han formado parte activa del proceso de implementación de la Ley 21.030. Lo anterior, tomando en cuenta las implicancias de incorporación del criterio psicosocial en contextos eminentemente biomédicos como problemática de salud pública, con la pretensión de visibilizar nudos críticos y desafíos, cuyo abordaje contribuirá al mejoramiento de esta política pública.

Metodología

La investigación que se presenta en este artículo es cualitativa, bajo el paradigma pospositivista, enfoque que adopta una perspectiva basada en el realismo crítico, a partir de la premisa de que la realidad es imperfecta y solo se puede comprender de manera parcial. Desde la perspectiva epistemológica, se modifica la idea fundamental del dualismo, del objetivismo clásico y de la tradición crítica. Su objetivo es descubrir verdades metodológicas probables, utilizando enfoques como la triangulación y el planteamiento de supuestos. En este paradigma, la generación de conocimiento implica la constante integración de ideas para formar estructuras, incorporando gradualmente conocimientos de diversas disciplinas que actúan como base mediante el pensamiento transductivo, para la creación de un nuevo conocimiento [6].

Se seleccionaron trece participantes de instituciones de salud pública del segundo y tercer nivel de atención. En aquellas instituciones donde fue posible obtener la autorización del director o de la directora, el contacto inicial se estableció con un o una informante clave, quien, mediante el muestreo en cadena o bola de nieve, posibilitó el contacto con otras personas consideradas actores y actrices relevantes [7].

Como técnica de producción de la información, se utilizaron las entrevistas semiestructuradas, realizadas entre junio de 2021 y enero de 2022. Se elaboró una pauta (véase Anexo), sometida a juicio de expertas, y un pilotaje en el que participaron duplas de acompañamiento psicosocial, abordando las principales áreas temáticas asociadas a dicho acompañamiento: motivación para postular al cargo; experiencia en la implementación de la ley; rol profesional en la constitución de las causales; características del acompañamiento psicosocial; cohesión de la profesional al equipo de trabajo; reconocimiento del rol como dupla en la institución y barreras observadas en la implementación de la ley.

Las entrevistas fueron conducidas por dos de las autoras, con probada experiencia en esta técnica, y grabadas con autorización explícita de las y los participantes. Dos entrevistas se efectuaron presencialmente y once por videoconferencia, debido a la pandemia

por SARS-CoV-2. Finalizada la entrevista, se recuperó el audio de la grabación, realizándose la transcripción a texto escrito por dos transcriptoras que firmaron un acuerdo de confidencialidad.

Para el análisis, se utilizó la teoría fundamentada, según el método propuesto por Strauss y Corbin [8], que permite describir e interpretar el contenido y la estructura interna de fenómenos parcial o insuficientemente investigados. El análisis incluye la codificación abierta, la creación de códigos a partir de datos específicos y la generación de categorías y metacategorías [9].

Previo al análisis, se verificó que la transcripción de las entrevistas a texto escrito fuera literal. Las entrevistas se leyeron varias veces para obtener una comprensión general de su contenido. Adicionalmente, el análisis se apoyó con el *software* ATLAS.ti Versión 9.0.5®, licencia de la investigadora responsable del proyecto.

Los códigos que emergieron fueron comparados buscando similitudes y diferencias, reagrupando los códigos similares en categorías. Según el método de comparación constante, las categorías originales se compararon e integraron, lo que permitió crear una metacategoría común.

Se utilizaron los criterios de rigor de transferibilidad, dependencia, credibilidad, auditabilidad y la adecuación teórica epistemológica [10]. Para cautelar la transferibilidad, se utilizó una encuesta sociodemográfica autoaplicada, para recoger información de las y los participantes que permita a otras y otros investigadores aplicar los datos en sus propios contextos. La dependencia se logró por medio de la triangulación del análisis efectuado por las investigadoras. La credibilidad se cautelaró mediante un proceso exhaustivo en el diseño metodológico, en el trabajo de campo y en el análisis, incorporando las notas obtenidas durante el proceso de recolección de la información. La auditabilidad se obtuvo con la transcripción estricta de las entrevistas y una descripción detallada del camino metodológico. La pertinencia teórica y epistemológica fue el último criterio incorporado, donde se cuidó la coherencia entre la elección de métodos y el diseño de investigación, y la reflexividad de las investigadoras sobre su propia posición epistemológica.

Los aspectos éticos se relacionan con la protección de las y los participantes, y la adecuada ponderación del riesgo-beneficio, particularmente sobre la discusión de temas sensibles. Se requirió la autorización de las y los participantes para la grabación en formato de audio y la posterior transcripción a texto escrito. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de las y los participantes antes de las entrevistas, explicitando el derecho a no responder alguna pregunta, suspender la entrevista o retirarse del estudio cuando lo estimaran pertinente, abarcando la no inclusión de la información proporcionada en las fases de procesamiento o análisis, sin tener que justificar su decisión. En caso de entrevistas remo-

tas, el consentimiento informado fue enviado por correo electrónico previo a la entrevista y antes de su realización hubo un espacio de revisión conjunta del mismo.

Las entrevistas fueron efectuadas cautelando un espacio seguro, para evitar interferencias y salvaguardar la confidencialidad, la que, además, se protegió mediante la encriptación de los archivos de audio y la transcripción a texto escrito con una contraseña disponible solo para las investigadoras y transcriptoras. La información de las entrevistas se anonimizó para no identificar a las y los participantes, y evitar vincularles con su institución de salud. La identidad de las personas participantes es conocida solo por quienes realizaron las entrevistas.

La investigación de la cual deriva este artículo fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (Acta 009 de 2020).

Resultados

Se presentan los resultados del análisis de contenido de las entrevistas realizadas a 13 integrantes de acompañamiento psicosocial de 8 instituciones públicas de la Región Metropolitana, zona norte, centro y sur de Chile. Del total de participantes, 8 eran profesionales de trabajo social y 5 de psicología. La edad promedio fue 33 años (24-40 años); el 92 % eran mujeres. El tiempo promedio de experiencia laboral fue de 8 años (1-14 años). El 69 % no reporta creencia religiosa. El 38,8 % autorreportó un ingreso familiar mensual menor que 1000 dólares (nivel socioeconómico medio).**

La Tabla 1 presenta las metacategorías, las categorías y los códigos resultantes del análisis.

Tabla 1. Metacategoría, categorías y códigos

Metacategoría	Categorías	Códigos
Relevancia del acompañamiento psicosocial	Rol profesional	Acompañamiento psicosocial
		Acompañamiento no IVE
		Acompañamiento en duelo perinatal
		Resguardar el cumplimiento de la normativa
		Resguardar la autonomía en salud sexual y reproductiva
	Motivación para el ejercicio profesional	Garante de derechos Ley 21.030
		Desarrollo profesional y laboral
	Facilitadores del acompañamiento psicosocial	Cuidado afectivo
		Validación criterio psicosocial
		Comunicación en los equipos
Obstaculizadores del acompañamiento psicosocial	Disposición biomédica al trabajo interdisciplinario	
	Invisibilización del acompañamiento psicosocial	
		Estructura jerárquica de los equipos

IVE: Interrupción voluntaria del embarazo.

** Para el 2.º semestre del 2023, el ingreso mínimo por persona en Chile equivale a 520 dólares aproximadamente.

Categorías

A continuación se definen las categorías desagregadas en códigos emergentes, incorporando las citas representativas que permiten situar el contexto de la experiencia y favorecer la comprensión. Para los testimonios resultantes, como convención se presenta el número de entrevista, la profesión de la persona entrevistada y la dupla que conforma.

Rol profesional

Esta categoría se define como el rol de las duplas de acompañamiento desde la perspectiva de quienes lo ejercen. El sentido otorgado al rol que desempeñan las y los profesionales del trabajo social y psicología trasciende lo estipulado en las orientaciones técnicas del Ministerio de Salud [1]. Esto se refleja, por ejemplo, en el acompañamiento realizado a personas con pérdidas gestacionales no relacionadas con la IVE y el rol específico en el manejo del duelo perinatal, acciones que van más allá de las funciones que les fueron asignadas. Lo anterior se explicita en los relatos, conforme las motivaciones para el ejercicio profesional, como se describe más adelante.

En esta categoría se distinguen los siguientes códigos:

- *Acompañamiento psicosocial*. Corresponde a las acciones descritas en la normativa técnica de acompañamiento IVE [1, p. 32]. En la práctica, desempeñar estas acciones implica visibilizar el criterio psicosocial en equipos con predominancia biomédica, destacando la acción de acompañamiento definida desde el quehacer; es “acompañar los procesos de toma de decisión respecto a la interrupción, tanto en la instancia previa [...] a la toma de decisión, durante la interrupción misma y en el proceso posterior a la interrupción del embarazo” (E12, trabajadora social, Dupla 4).

La norma indica [1] que el acompañamiento debe ser específico a los requerimientos de cada mujer: “El plan de acompañamiento [se hace] de acuerdo a la necesidad de la paciente: así como alguna puede necesitar una, dos sesiones semanales, otra quizás no tanto, un llamado telefónico o una vez a la semana. Eso depende netamente de la paciente y el estado en el que se encuentra” (E10, trabajadora social, Dupla 3).

- *Acompañamiento no IVE*. Son acciones que no se enmarcan en lo establecido por la Ley 21.030 y que

se suman al ejercicio de su rol a partir de la demanda de los equipos ginecoobstétricos.

La incorporación de las duplas visibiliza la necesidad de abordar otras situaciones vinculadas con la salud mental, sexual, reproductiva y social, tales como: cuidados paliativos en oncología, hospitalización de larga estadía, contención en crisis, consumo de drogas, situación migratoria irregular, embarazo adolescente y otras patologías en el embarazo, enfatizando en la multiplicidad de sus funciones: “Yo igual termino atendiendo todos los casos de malformación, aunque no se constituya en causal, porque los empiezo a atender desde que es una translucencia nucal^{††} aumentada y está triste por esto, y yo las empiezo a atender para irles viendo la evolución; finalmente, para ir las acompañando también en este proceso” (E7, psicóloga, Dupla 6).

- *Acompañamiento en duelo perinatal*. Este código emerge dada la relevancia otorgada por las duplas respecto de las acciones específicamente dirigidas al acompañamiento del proceso de duelo perinatal, centrado principalmente en las mujeres en causal 2.

Las y los participantes destacan la importancia de resguardar la existencia de instancias de apego como parte de la vivencia del duelo y favorecer la presencia de figuras significativas, constituyendo un desafío en términos de la infraestructura disponible para ello: “Hemos logrado observar que no todos los hospitales cuentan con los espacios de privacidad para poder atender a la paciente y resguardar su, su intimidad, su duelo, su pena, que tiene que estar llorando ahí dada vuelta pal’ rincón porque la otra está hablando de la guagua [niña/o], qué sé yo, de los meses y las semanas que tiene. La infraestructura es parte, es parte importante” (E8, trabajadora social, Dupla 2).

Asimismo, señalan como fundamental asegurar la continuidad de los cuidados, mediante la promoción de derivaciones asistidas, instancias de coordinación con otros niveles de atención intra y extrasistema, y con seguimientos que se ajusten a las necesidades específicas:

En la medida [en] que las pacientes ya están bien, que uno las ve ya más fortalecidas, integrando como la pérdida a su experiencia y ya como no sintomáticas ni nada, se acuerda o se da el alta. En realidad, se termina el acompañamiento; pero, igual, siempre les estamos haciendo seguimiento cada cierto tiempo, como para asegurarnos de que, como sabemos que los procesos de duelo en realidad son cíclicos, entonces les hacemos seguimiento el mayor tiempo que podemos (E9, psicóloga, Dupla 1).

^{††} Translucencia nucal: acúmulo de líquido en la zona cervical y dorsal del feto, observable por ecografía antes de las 14 semanas y que posteriormente tiende a desaparecer. Dependiendo de su magnitud, es un marcador para sospecha de alteraciones congénitas

- *Resguardar el cumplimiento de la normativa.* Se refiere al sentido que las y los participantes les otorgan a las acciones que garantizan el cumplimiento de lo establecido en la norma legal en los equipos e instituciones. Son acciones que deben sumar a su quehacer, para asegurar que las atenciones ambulatorias y hospitalarias que reciben las mujeres contemplen los procedimientos y las garantías que la normativa indica [1, pp. 54, 67]: acompañamiento de persona significativa, espacios de contención y resolución de inquietudes por parte del equipo biomédico, firma de documentación (consentimiento informado, entrega de la información), apoyo de facilitadores interculturales, y procedimientos de denuncia y cadena de custodia, principalmente.

Esta labor de vigilancia se evidencia en situaciones relatadas por una entrevistada: “La SEREMI^{**} hizo una auditoría de cierta cantidad de fichas de usuarias IVE; yo, por suerte, había tenido el resguardo de que todo esté con respaldo en documentos, que estén las firmas [...] que ninguna mujer quede fuera de la ley por un consentimiento, o sea, que no vaya a llegar a pabellón, por ejemplo, y digan ‘no, sabes que no puede acceder, porque no firmó el consentimiento’” (E6, trabajadora social, Dupla 5).

Si bien este resguardo implica añadir funciones adicionales, como la difusión y la capacitación sobre la ley, identifican que es una práctica estratégica para favorecer el cumplimiento de la norma [1] y la garantía de prestaciones sin distinción: “diseñé un díptico con el diseñador gráfico del hospital, que es como institucional, en el fondo, y que tiene prácticamente la misma información que el díptico que nos llegó después de nivel central” (E6, trabajadora social, Dupla 5).

- *Resguardar la autonomía en salud sexual y reproductiva.* Se vincula con el sentido otorgado a las acciones centradas en el resguardo de la autonomía y el respeto por el ejercicio del derecho de quienes acceden a la IVE. Las personas entrevistadas señalan que este resguardo genera tensión al interior del equipo, en tanto evidencia procedimientos que no se ajustan a la ley, desconocimiento de la normativa y juicios hacia las mujeres, pudiendo transformarse en barreras para el acceso: “intento mucho que se respete la ley, o sea, esto es ley y no podemos pasar a llevarlo [no puede dejarse pasar por algo]. Y si no está en conocimiento el equipo clínico, lo siento, pero es ley, y se debe respetar a la mujer la decisión, la toma de decisión, sin hacer juicios de valores” (E8, trabajadora social, Dupla 2).

Motivación para el ejercicio profesional

Esta categoría identifica las principales causas que estimulan la postulación al cargo y su desempeño, de la que surgen los siguientes códigos:

- *Garante de derechos Ley 21.030.* Existe una motivación para ejercer el cargo como dupla, asociada al compromiso vinculado con la transformación social, dando cuenta de una mayor sensibilización en el tema de los derechos sexuales y reproductivos. Esta motivación no se relaciona necesariamente con una participación activa en movimientos sociales, sino que se vincula con un quehacer profesional comprometido y empático, desde una dimensión política entendida desde su rol como garante de esta política pública:

[...] siempre fui muy pro derechos sexuales y reproductivos en su amplia gama, así que eso también influyó mucho al tomar la decisión de postular [...] pensando también en que podía ser un aporte como garante de derechos en este sentido, porque también sabía que iba a ser un desafío (E.6, trabajadora social, Dupla 5).

Soy parte de un movimiento feminista; entonces, desde ahí era como bien importante para mí poder ser parte desde lo institucional, digamos, a lo mejor en paralelo al activismo, poder insertarme dentro de alguna institución que generara como acciones concretas en favor de mujeres en estas situaciones y acompañar esos procesos. Así que me fue bien, postulé, y bien, afortunadamente quedé (E12, trabajadora social, Dupla 4).

- *Desarrollo profesional y laboral.* Se refiere al interés para desarrollarse y especializarse profesionalmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y al compromiso con la salud y los derechos de la mujer. En tanto el rol de acompañamiento se enmarca en una política pública emergente, se requiere una formación asociada al área y un interés particular por adquirir conocimientos específicos en la materia, a partir de experiencias laborales previas:

[...] vi el cargo y dije: “esto es para mí”, porque me estoy dedicando a la psicología perinatal (E7, psicóloga, Dupla 6).

[...] había trabajado en hospital en el área [de la] salud, y el área obstétrica es una de las áreas que me gusta mucho; pero también [está] principalmente esta idea de poder acompañar a las chiquillas en este pro-

^{**} Secretaría Regional Ministerial, del Ministerio de Salud. En cada región de Chile, ejerce funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras para el mejoramiento de la salud de la población.

ceso que es tan difícil y que, además, tan obstaculizador también (E8, trabajadora social, Dupla 2).

- *Cuidado afectivo.* Corresponde al interés de ejercer acciones de cuidado, acompañamiento o apoyo afectivo real a las mujeres y sus familias, de acuerdo con el contexto en que se da el acompañamiento.

Las y los participantes destacan que la implementación de la normativa requiere una relación afectiva y de cuidado que abarque un acercamiento respetuoso con un objetivo reparatorio o terapéutico, el carácter confidencial de los relatos, un espacio protegido para la expresión de sentimientos e inquietudes, y la continuidad de los cuidados.

Este ejercicio de cuidado implica desempeñar un rol significativo dentro del proceso de la IVE: “su pareja está privado de libertad; entonces, ella no quiso que nadie la acompañe [...] no me había tocado realizar acompañamiento en ese momento con el feto ahí, y ella le cantaba canciones de cuna en guaraní. Me pidió si le podía tomar una foto a su bebé, porque le costaba igual enfocar el ángulo” (E6, trabajadora social, Dupla 5).

Como señala la misma entrevistada, las situaciones narradas reflejan experiencias íntimas que tienen un impacto afectivo:

Esa atención también es como..., no sé, como intensa, como que ahí se aborda todo lo que vivió en el momento de la interrupción: cuándo fue el aborto propiamente tal, qué pasó, cómo lo sintió —qué sé yo—, si estuvo acompañada, no sé, si hizo duelo, qué pasó en el funeral, como todo eso, como esa descarga emocional se realiza en esa atención, y después de eso se va adecuando las atenciones según la necesidad que presente la persona que estábamos atendiendo (E6, trabajadora social, Dupla 5).

Respecto del cuidado, enfatizan que pese a la complejidad de las situaciones que les corresponde acompañar y la multiplicidad de sus funciones, el autocuidado del equipo IVE no ha sido considerado en la implementación, lo que podría afectar la continuidad de su desempeño, dada la afectación emocional que a largo plazo podría generarse:

Estamos hablando de mujeres que, que gestaron un hijo esperado y que lo perdieron porque viene con una malformación [...] que fue víctima de violación en la calle o de su pareja, y que no sabe cómo, cómo reponearse a eso; y, por otro lado, la madre que, que, que

está a punto de morir y tienen que decidir entre la vida de la mamá o del hijo. Es algo que hemos conversado con los equipos: recibimos, recibimos, recibimos, recibimos, recibimos, y no hay espacio de autocuidado, los inventamos (E8, trabajadora social, Dupla 2).

Facilitadores del acompañamiento psicosocial

Esta categoría visibiliza acciones, instancias y actitudes que facilitan el rol de acompañamiento, distinguiendo los siguientes códigos:

- *Validación criterio psicosocial.* Debido a las dificultades que han enfrentado las duplas durante la implementación de la ley, las y los participantes destacan acciones estratégicas que les han permitido ratificar su trabajo y validar el criterio psicosocial al interior de los equipos: “nos fuimos posicionando, nos empezaron a invitar a las reuniones que se hacían, donde se juntaba el equipo médico con la matrona y [con] nosotras para evaluar los casos del día a día, y en ese espacio también yo sentía que nos validaban harto” (E6, trabajadora social, Dupla 5).

Para la causal 3, donde la perspectiva psicosocial tiene particular relevancia en la acogida y la evaluación de la plausibilidad del relato,^{§§} la validación de su rol al interior de los equipos ha implicado una dedicación de tiempo que no fue considerada en la jornada de 22 horas establecida en la normativa: “un viernes a las diez de la noche me llamaron y partí pal’ hospital. Obviamente, ahí no pueden llamar a la dupla, pero sí a alguien de la dupla” (E7, psicóloga, Dupla 6).

- *Comunicación en los equipos.* Comprende espacios de retroalimentación e intercambio de información, con lo que se revela que la comunicación entre las duplas y el equipo biomédico son fundamentales para una adecuada implementación de la ley, destacando que la fluidez de este intercambio y retroalimentación constante permiten la gestión de relaciones favorables y el cumplimiento cabal de la normativa [1]. En ese contexto, dos participantes señalan: “en general, mi relación con los equipos es superbuena, porque hay harta comunicación, hay harto *feedback*” (E8, trabajadora social, Dupla 2); “la verdad es que la comunicación es bien fluida con los médicos; entonces, generalmente, cuando un tratante tiene un caso, nos avisan al tiro [rápidamente, de inmediato]” (E6, trabajadora social, Dupla 5).

^{§§} La “Norma técnica nacional” de acompañamiento [1] menciona como principales elementos para evaluar la *plausibilidad*, entendida de manera implícita como la coherencia del relato, “la idoneidad de los hechos relatados para producir un embarazo, y la concordancia estimada entre la fecha de la violación relatada y la edad gestacional informada” [1, p. 78].

- *Disposición biomédica al trabajo interdisciplinario.* Involucra situaciones donde el equipo biomédico se muestra disponible a integrar una perspectiva psicosocial. Esta actitud permitiría asegurar la adecuada implementación del acompañamiento, mientras que su ausencia interfiere en el quehacer de las duplas psicosociales, lo que evidencia la urgencia de avanzar hacia prácticas interdisciplinarias que favorezcan la atención en salud de manera colaborativa y sistémica: “algunos médicos nos reconocieron explícitamente que la integración de una dupla psicosocial vino también a abrir una gama de situaciones que ellos desde su rol médico quizás no consideraban” (E6, trabajadora social, Dupla 5).

Obstaculizadores del acompañamiento psicosocial

Esta categoría visibiliza acciones, instancias y actitudes que han obstaculizado el rol de acompañamiento, en donde se distinguen los siguientes códigos:

- *Invisibilización del acompañamiento psicosocial.* Son acciones e instancias que invisibilizan o descalifican el quehacer psicosocial y su criterio, situaciones que, según las personas entrevistadas, han significado un obstáculo para el eficaz desarrollo del acompañamiento, al no considerar la perspectiva interdisciplinaria que aportan las duplas.

Los relatos dan cuenta de estrategias que han debido implementar para expresar sus perspectivas, dada la subvaloración que perciben fundamentalmente de las médicas y los médicos, impidiéndoles ejercer de manera adecuada sus funciones:

[...] ha costado instalar una implementación fluida, coordinada; no hay un equipo, como un respaldo para la dupla psicosocial, que yo siento que eso es lo que ha faltado un poco (E9, psicóloga, Dupla 1).

[...] pueden pasar seis meses, ocho meses y nunca nadie nos va a preguntar qué estamos haciendo, en qué ocupamos el tiempo, cómo están los monitoreos de la gente, cómo se está haciendo (E12, trabajadora social, Dupla 4).

[...] a veces nosotras damos una opinión y no es tan validada para ellos; entonces, nosotros al hablar con nuestra jefa matrona, ella hablaba ya directo con los médicos y ahí le ponían un poquito más atención, por así decirlo (E.10, trabajadora social, Dupla 3).

Las duplas identifican que en los equipos existe dificultad para adherir a una nueva normativa [1] y, por ende, visibilizar el quehacer psicosocial: “hay ciertas resistencias de gente que lleva años luz trabajando en sus cargos; entonces, de repente que lle-

guen con una ley como esta, es como superextraño para ellos adherir a eso” (E12, trabajadora social, Dupla 4).

- *Estructura jerárquica de los equipos.* Representan acciones que dan cuenta cómo el criterio biomédico y quienes lo ejercen poseen una posición de mayor poder respecto del criterio psicosocial y las duplas de acompañamiento.

La estructura jerárquica persiste en el funcionamiento de los equipos: “están los médicos y nosotros, así como un poquito más abajo” (E10, trabajadora social, Dupla 3).

La predominancia del criterio médico aparece también en el procedimiento de constitución de causal, que interfiere con lo señalado en la normativa [1] respecto de que no se debe incidir en la autonomía de las mujeres al tomar decisiones: “la mujer quería interrumpir ya que su cáncer estaba avanzado [...]. Lo que me dijo la matrona es que se iba a hacer lo que finalmente lo que los médicos dijeran” (E7, psicóloga, Dupla 6). Esta asimetría incide, además, en que muchas veces no se les informa de situaciones en las que las mujeres podrían eventualmente constituir causal y recibir acompañamiento: “[las duplas] están relegadas en otros servicios; las llaman con suerte si es que ya es muy evidente el tema de IVE” (E6, trabajadora social, Dupla 5).

Metacategoría

La relevancia del acompañamiento psicosocial puede distinguirse como un tema central donde convergen las categorías antes mencionadas. Esta metacategoría se posiciona como el eje articulador, donde se destaca el rol profesional comprometido que va más allá de lo estrictamente laboral, ya que se presenta en ámbitos de cuidado directo. Allí se establece un rol de acoger a la mujer desde una mirada integral, donde la dupla tiene un comportamiento empático y con orientación a un cuidado afectivo, humanizado y comprensivo, lo que genera un vínculo estrecho entre ambas.

Asimismo, en la relevancia del acompañamiento es posible resaltar el rol de la dupla en el efectivo cumplimiento de la normativa vigente, su aplicación en el contexto histórico, geográfico y cultural, teniendo en consideración el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, y dentro de estos, el derecho a decidir de la mujer, si interrumpir o no, el embarazo.

Dentro del proceso de acompañamiento, emerge el rol como garante de derechos de la Ley 21.030, mediante un marcado compromiso por la transformación social y la búsqueda activa de una sociedad que respete los derechos de las mujeres. La transformación social está dada por el trabajo de las duplas para que las mujeres puedan decidir libremente, sin ser juzgadas, bajo

un ambiente seguro, cautelando que sus derechos sean prioritarios durante la atención de salud.

También aparecen ideas vinculadas con la mejora de la gestión de los centros de salud, que inciden directamente en la atención de la mujer. Entre estas se halla el enfoque interdisciplinario, que involucra al equipo IVE con el resto del personal de la institución, para lograr trabajar de manera conjunta, cohesionada y coordinada con el propósito de otorgar la mejor calidad de la atención. Además, se menciona que el acompañamiento se ve obstaculizado por relaciones de poder que persisten en los establecimientos de salud, donde la predominancia del criterio biomédico limita la toma de decisiones de la mujer y dilata la atención con acciones que retrasan el diagnóstico y la resolución clínica.

Discusión

La dupla psicosocial, en el ejercicio del rol de acompañamiento en el marco de la implementación de la Ley 21.030, visibiliza la importancia de incorporar, en equipos con predominancia biomédica, la dimensión psicosocial en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, situación no considerada previo a la legislación.

Según indican las duplas entrevistadas y la “Norma técnica nacional” del Ministerio de Salud [1], su rol tiene como principal énfasis garantizar el respeto por la autonomía en el ejercicio de derechos y necesidades específicas en el diseño de cada plan de acompañamiento, para quienes se encuentran en alguna de las tres causales IVE.

Para asegurar lo anterior, las duplas han incorporado acciones de resguardo a la normativa [1], como estrategia para asegurar la entrega de prestaciones, lo que genera tensión en los equipos, al evidenciar procedimientos que pueden incidir en el acceso o una oportuna constitución de causal. Reconocen, además, que su rol tiene en cuenta otras acciones que no forman parte de la Ley 21.030, como la capacitación de equipos de otros niveles de atención, esencial para una adecuada implementación de la ley, y que es valorada positivamente por los equipos en Chile según un estudio reciente [11]. Esta dimensión del rol contribuye a la humanización del cuidado en la práctica ginecoobstétrica, disminuye la incidencia de posibles obstáculos para acceder a las prestaciones establecidas, lo que coincide con la evidencia disponible en torno a la importancia de la autonomía [12] y el desarrollo de acciones de cuidado [13].

En cuanto a las motivaciones que subyacen este quehacer, se destaca un compromiso como garante del ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, la intención de desarrollarse profesionalmente en el área de la salud sexual y reproductiva como un espacio emergente del quehacer psicosocial, y el interés por desarrollar acciones de cuidado como parte de su labor de acompaña-

miento desde una dimensión emocional del vínculo entre las mujeres y las duplas, esencial para facilitar espacios seguros que promuevan el ejercicio de sus derechos.

Los facilitadores del acompañamiento constituyen dimensiones que descansan fundamentalmente en acciones, prácticas y gestiones realizadas por las duplas, que les han permitido validar su contribución desde la perspectiva psicosocial. Lo anterior visibiliza que a pesar de que la interdisciplina en la atención en salud es una perspectiva reconocida y validada [14], requiere ser fortalecida al interior de los equipos para una adecuada implementación, como indican las orientaciones internacionales en esta materia [Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Informe técnico para el diseño de plan de trabajo para reorientación de programas de salud pública, citado en 15].

En relación con los obstaculizadores, en algunas instituciones las duplas describen relaciones jerárquicas al interior de los equipos, con una subvaloración de su accionar, que impide, en algunos casos, el ejercicio adecuado de sus funciones y afecta el bienestar de quienes desarrollan esta labor, siendo las prácticas de validación claves para visibilizar su aporte en la intervención, lo que implica un esfuerzo adicional. La estructura asimétrica se observa como un modo de funcionamiento naturalizado en el quehacer en las instituciones de salud, siendo el criterio médico predominante al momento de tomar decisiones, lo que podría explicarse, desde una perspectiva crítica y centrada en los derechos, por su carácter biopolítico y una concepción androcéntrica del conocimiento desde sus fundamentos [16].

Es importante señalar que la intervención de los equipos de acompañamiento psicosocial a la IVE en Chile se circunscribe en una sociedad donde los derechos sexuales y reproductivos siguen siendo cuestionados a pesar de la legislación. Aun cuando la Ley 21.030 está restringida solo a tres causales específicas, persiste la penalización social del aborto.

La inclusión de la dupla psicosocial en los equipos ginecoobstétricos constituye un gran aporte en el resguardo de la implementación de esta ley, al favorecer una atención integral a la mujer, lo que podría significar un referente para otros países de la región latinoamericana desde una mirada de salud pública. Si bien la “Norma técnica nacional” [1] guía el quehacer de las y los profesionales del acompañamiento psicosocial, las resistencias a la ley [17,18] y las asimetrías de poder en los equipos [16] han constituido importantes obstáculos para ejercer su rol. No obstante, gracias al compromiso y la motivación por contribuir con su implementación, quienes integran la dupla psicosocial han enfrentado este contexto adverso, mediante el establecimiento de acciones complementarias para garantizar el cumplimiento de la normativa y asegurar la validación de la perspectiva

psicosocial como parte de un trabajo que realmente incorpore la interdisciplinariedad.

Para dimensionar el impacto en Chile de la incorporación de profesionales del ámbito psicosocial en equipos ginecoobstétricos con diferentes posturas sobre la Ley 21.030, se requiere una aproximación en profundidad. Los relatos de quienes ejercen este rol permiten analizar este proceso y plantear estrategias para facilitar su desempeño y el mejoramiento de la implementación de esta ley, considerando al aborto como problema de salud pública

A partir de los resultados expuestos, se considera imprescindible continuar investigando en esta temática, dando especial atención a las relaciones laborales al interior de los equipos de salud, el autocuidado y al cambio cultural que se requiere para erradicar prácticas que obstaculizan un trabajo interdisciplinario armónico y empático.

Agradecimientos

A las personas del equipo de acompañamiento psicosocial (duplas), que aceptaron participar del estudio y a las/los directores de los establecimientos de salud que autorizaron el reclutamiento de actores relevantes. Asimismo, agradecimientos al Proyecto Fondecyt Regular N.º 1200374: “Representaciones sociales de actores relevantes vinculadas con las principales barreras a las prestaciones garantizadas en la Ley 21.030, que despenaliza la interrupción del embarazo por tres causales en Chile”, financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT), de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, Gobierno de Chile.

Declaración de fuente de financiación

El proyecto del cual deriva el artículo fue financiado por el FONDECYT, de la ANID, del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación del Gobierno de Chile.

Declaración de conflictos de intereses

Las autoras no poseen conflicto de intereses a declarar.

Declaración de responsabilidad

No existe responsabilidad de las autoras, de la institución de afiliación de las autoras y de quienes financian el proyecto a declarar respecto del artículo.

Declaración de contribución por autores

Las autoras contribuyeron desde su formación disciplinar específica y experiencia en el tema, en la concepción, el diseño, la adquisición, el análisis y la interpretación de los datos. Así mismo, participaron en el diseño del trabajo y en la revisión crítica de su contenido, aprobando la versión del manuscrito enviado. Cada una, desde su respectiva formación y experiencia, tiene capacidad de responder por las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo.

Referencias

1. Chile, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Norma técnica nacional. Acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030 [internet]; 2018 [citado 2022 nov. 22]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/NORMA-IVE-ACOMPANAMIENTO_02.pdf
2. Naciones Unidas, Asamblea General, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; Nueva York [internet]; 1979 [citado 2023 nov. 27]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
3. Naciones Unidas, Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo [internet]; 1994. [citado 2023 nov. 27]. Disponible en: <https://www.un.org/es/conferences/population/cairo1994>
4. ONU Mujeres. Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing [internet]; 1995 [citado 2023 nov. 27]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
5. Chile Crece Contigo Chile: Sistema Chile Crece Contigo; Que es Chile Crece Contigo (CHCC) [internet] s. f. [citado 2022 nov. 11]. Disponible en <https://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc>
6. Guba EG, Lincoln YS. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. En: Denzin N, Lincoln Y, editores. The SAGE handbook of qualitative research, 5.ª ed. Londres: SAGE; 2017. pp. 213-50.
7. Naderifar M, Goli H, Ghaljaie F. Snowball sampling: A purposeful method of sampling in qualitative research. *Strides Dev Med Educ*. 2017;14(3):e67670. DOI: <https://doi.org/10.5812/sdme.67670>
8. Bryman A, Charmaz K. The SAGE handbook of current developments in grounded theory. Londres: SAGE Publications Ltd.; 2019. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781526485656>
9. Chun Tie Y, Birks M, Francis K. Grounded theory research: A design framework for novice researchers. *SAGE Open Medicine*. 2019;7. DOI: <https://doi.org/10.1177/2050312118822927>
10. Rojas X, Osorio B. Criterios de calidad y rigor en la metodología cualitativa. *Gaceta Pedagogía* [internet]. 2017 [citado 2022 nov. 22]; (36):63-75. Disponible en <https://gacetadepedagogia.jimdofree.com/revista-n%C2%BA-36-a%C3%B1o-2017/3-xiomara-rojas-y-belkis-osorio-a/>

11. Casas L, Vivaldi L, Montero A, et al. Primary care and abortion legislation in Chile: A failed point of entry. *Dev World Bioeth.* 2023;23(2):154-5. DOI: <https://doi.org/10.1111/dewb.12377>
 12. Fondo de Población de las Naciones Unidas (United Nations Fund for Population Activities, UNFPA). Mi cuerpo me pertenece. Reclamar el derecho a la autonomía y determinación. Estado de la población mundial. UNFPA [internet]; 2021 [citado 2022 nov. 10]. Disponible en https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWP2021_Report-ES_-_v3312.pdf
 13. Batthyány K. Políticas del cuidado. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, Casa Abierta al Tiempo [internet]; 2021 [citado 2022 nov. 10]. Disponible en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20210406022442/Políticas-cuidado.pdf>
 14. Quesada-Mata I, Villalobos-Pérez A, Modelo de atención interdisciplinaria para salud pública desde un enfoque psicosocial: una aproximación de psicología y trabajo social. En: Celis DA, Zicavo N, Calviño M, editores. *Hacer y pensar la psicología*. Vol. 2. s. l.: ALFEPSE Editorial; 2016. pp. 161-72.
 15. Organización Panamericana de la Salud. Documento conceptual: intersectorialidad [internet]; 2015 [citado 2022 nov. 22]. Disponible en: <https://programasafci.minsalud.gob.bo/descargas/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf>
 16. Valls-Llobet C. *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Universidad de Valencia, Instituto de la Mujer, Ediciones Cátedra; 2011. pp. 29-30.
 17. Mesa Acción por el Aborto, Fondo Alquimia. Informe de monitoreo social. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la salud sexual y reproductiva en tiempos de coronavirus 2020. Mesa Acción por el Aborto, Fondo Alquimia [internet]; 2021 [citado 2022 nov. 22] Disponible en: <https://mesaborto.cl/wp-content/uploads/2021/05/INFORME-MONITOREO-FINAL.pdf>
 18. Mesa Acción por el Aborto, Fundación Derecho a Decidir, APROFA. Informe de monitoreo social. Acceso a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo [internet]; 2023 [citado 2023 dic. 23] Disponible en: <https://aprofa.cl/wp-content/uploads/2023/11/Monitoreo-final.pdf>
- ¿Cómo ha sido su experiencia en la coordinación con los equipos de salud en los distintos niveles de atención?
 - ¿Cuál es el grado de conocimiento de la ley por parte del personal de salud?
 - ¿Cuál es el grado de conocimiento de la ley por parte de las mujeres y el público general?
 - Difusión de la información: ¿cómo ha sido la difusión de la Ley IVE al interior de la institución? Preguntar por material impreso, videos, carteles u otro.
 - ¿Cómo es su relación con el equipo de salud?

2. Atención de salud de la mujer desde la experiencia de la dupla psicosocial:

- Descripción de la trayectoria de la mujer para acceder a la IVE: desde su experiencia, ¿me puede contar cómo es la trayectoria de las mujeres desde la casa hasta el centro de salud y en sentido inverso desde el alta? (adaptar según causal)
- Características de la información recibida: según su experiencia, ¿qué le informan a la mujer en el consultorio/policlínico, consulta privada? ¿Quién le informa?
- Respeto derechos de la mujer (intimidad, dignidad, autodeterminación).
 - ¿Cómo es o son los espacios físicos donde se atiende a la mujer?
 - ¿Cómo es el proceso de decisión de interrumpir del embarazo?
 - ¿Qué aspectos o factores se consideran para que la mujer pueda decidir en forma autónoma? (Indagar por valores, religión, opinión de la pareja, opinión de la familia, interculturalidad, embarazo planificado o no, adolescentes, etc.)
 - ¿Cómo es el proceso de firma de documento(s) en relación con la entrega de información y autorización del procedimiento (consentimiento informado)?
- Presencia de figura o acompañante significativo para la mujer: ¿Quién o quiénes acompañan a la mujer antes, durante y después de la hospitalización?
- ¿Qué requisitos o procedimientos se le piden habitualmente a la mujer para acceder a la interrupción del embarazo?
- ¿Existen requisitos o procedimientos adicionales para la constitución de la causal? (fundamentos para solicitarlos, exámenes, imagenología, interconsultas, cualquier requisito que pueda dilatar el proceso)
- ¿Este establecimiento tiene la posibilidad de realizar todos los procedimientos indicados para constituir causal? En caso de no tener los medios para llevar a cabo estos procedimientos, ¿cuál es el protocolo que se debe seguir?

Anexo 1. Pauta entrevista dupla psicosocial

1. Generalidades:

- ¿Cuál fue su motivación para postular al cargo de dupla?
- ¿Qué capacitación recibió para ejercer este cargo?
- ¿Cuál es su rol como dupla en esta institución?
- ¿De quién es su dependencia jerárquica?
- ¿Cómo ha sido la implementación de la Ley IVE en esta institución desde la promulgación de la ley?
- ¿Cómo ha sido la evolución del equipo de salud respecto a la IVE en cuanto a la actitud, la rotación, la relación y la cohesión con el equipo?
- ¿Cómo se hace la constitución de las causales en esta institución?
- ¿Ha tenido experiencia en algún caso con instituciones como los tribunales de familia, ministerio público y las policías?
- ¿Cómo ha sido su experiencia en las visitas domiciliarias de las mujeres?

- Respecto a la objeción de conciencia en esta institución, ¿qué nos puede comentar?
- ¿Cómo es la percepción general de las mujeres sobre la atención recibida?
- Resumen proceso del acompañamiento: ¿cómo es el proceso del plan de acompañamiento personalizado? (diseño, ejecución y evaluación)

3. Identificación de barreras:

- Según lo que hemos conversado, ¿qué barreras observa para que las mujeres accedan a las prestaciones relacionadas con la IVE, según el tipo de causal?
- Y más específicamente, ¿qué barreras observa para que las mujeres en situación de vulnerabilidad accedan a las prestaciones relacionadas con la IVE, según el tipo de causal? (migrantes, diversidad sexual, situación de discapacidad o necesidades diferentes, situación de calle, consumidoras de drogas, problemas de salud mental, adolescentes, contexto social)
- ¿Qué implicancias ha tenido la pandemia en la implementación de la Ley IVE?

4. Propuestas para mejorar el proceso:

En un mundo ideal, en el cual usted tuviera todos los recursos y posibilidades, ¿qué propuestas haría para mejorar el proceso de la implementación y aplicación de la ley? (psiquiatra, horas profesionales)

5. Cierre:

¿Hay algo más que quiera agregar?