

Acceso al

ABORTO

Seguro **en tiempos de Covid-19**

Desafíos y oportunidades para la prestación de los servicios de teleaborto en **Colombia y México**

Acceso al

aborto seguro

en tiempos de **COVID 19:**

Desafíos y oportunidades para la prestación de los servicios de teleaborto en Colombia y México.

Asociación Profamilia

Dirección Ejecutiva

Marta Royo, Directora Ejecutiva

Lina María Castaño, Gerente de Proyectos, Investigaciones e Incidencia

Diana Moreno, Directora de Incidencia

Juan Carlos Rivillas, Director de Investigaciones

Giovanni Guerrero, Director de Gestión Clínica y de Calidad

Equipo de investigación

Daniela Roldán-Restrepo, Analista de Investigación Cualitativa

Fernanda Herrera, Abogada junior

Rocío Murad, Coordinadora de Investigaciones Sociodemográficas

Felipe Cabrera, Analista de Proyectos

Marcela Bello, Coordinadora Nacional de Enfermería

Lucy Betancourt, Epidemióloga

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. (MEXFAM)

Dirección Ejecutiva

Jessica Carranza, Directora General

Esperanza Delgado, Directora Estratégica de Advocacy y Relaciones Interinstitucionales

Equipo de investigación

Lorena E. Santos Zárate, Gerente de Investigación

Patricia Cala Barranco, Oficial de Proyectos de Investigación

Adriana María Domínguez Torres, Gerente de Servicios Médicos

Diana Rosas Pineda, Coordinadora de ILE de MEXFAM

Anabel López San Martín, Asistente de Investigación

Clara Levy, Médica e investigadora social

Alma Guerrero Zapata, Coordinadora de Relaciones Internacionales

Jennyfer Jiménez González, Coordinadora de Relaciones Interinstitucionales

Portada

Christian Garzón

Bogotá D.C. 2021

Código ISBN: 978-958-8164-90-8

Ciudad de México

Por favor citar: Asociación Profamilia y MEXFAM (2021). Acceso al aborto seguro en tiempos de COVID-19: desafíos y oportunidades para la prestación del servicio de aborto por telemedicina en Colombia y México. Bogotá D.C. y Ciudad de México.



Agradecimientos

Esta investigación fue realizada por la Asociación Profamilia y la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. (MEXFAM) en el marco del proyecto "Acceso al aborto seguro en tiempos de COVID-19: oportunidades y desafíos de los servicios de teleaborto en Colombia y México" financiado por Learning For Change, la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF por sus siglas en inglés) Región Hemisferio Occidental y la Asociación Sueca para la Educación Sexual (RFSU por sus siglas en inglés).

Este trabajo fue posible gracias a la disposición, el apoyo y la participación voluntaria de los equipos en MEXFAM Ixtaltepec y MEXFAM Xola, así como del personal de diversas áreas y regionales de la Asociación Profamilia para reflexionar y compartir sus experiencias en este reto innovador de hacer realidad el servicio de teleaborto en México y Colombia.

Contenido

Lista de abreviaturas	8
Glosario	9
Presentación	11
Contexto y necesidad de la investigación	13
El campo de la telesalud y la telemedicina	14
Marco normativo internacional	14
Necesidad de la investigación	16
Capítulo 1. Objetivos y diseño metodológico	17
1.1 Objetivo general y objetivos específicos	17
1.2 Diseño de estudio	17
1.3 Fases del estudio	18
1.4 Consideraciones éticas	19
Capítulo 2. Resultados	21
2.1 Marco normativo frente al aborto y la telemedicina	21
2.1.1 Lineamientos normativos sobre el aborto y la telemedicina en Colombia	22
2.1.2 Lineamientos normativos sobre el aborto y la telemedicina en México	27
2.2 La implementación de los servicios de teleaborto en Profamilia y MEXFAM	29
2.2.1 Los servicios de teleaborto en Profamilia	30
2.2.2 Los servicios de teleaborto en MEXFAM	33
2.3 Desafíos y oportunidades para los servicios de teleaborto en Profamilia y MEXFAM	36
2.3.1 Desafíos	36
2.3.1.1 Desafíos a nivel organizacional	37
2.3.1.2 Desafíos a nivel sociopolítico	40
2.3.1.3 Desafíos a nivel cultural	43
2.3.2 Oportunidades	44
2.3.2.1 Oportunidades a nivel organizacional	45
2.3.2.2 Oportunidades a nivel sociopolítico	48
2.3.2.3 Oportunidades a nivel cultural	49
Capítulo 3. Conclusiones	51
Capítulo 4. Recomendaciones	53
4.1 Recomendaciones a nivel organizacional	54
4.2 Recomendaciones a nivel sociopolítico	55
4.3 Recomendaciones para la transformación cultural	57
Bibliografía	59
Anexos	63

Lista de abreviaturas

DSDR: Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SSSR: Salud Sexual y Salud Reproductiva

UNFPA: Fondo de Población para las Naciones Unidas

CSM: Centro de Servicios Médicos

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia)

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

ILE: Interrupción Legal del Embarazo

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación

CE: Centro emisor

CR: Centro remisor

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud (Colombia)

EPS: Empresas Prestadoras de Salud (Colombia)

IPS: Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud (Colombia)

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (Colombia)

Glosario

Aborto: Según la OMS (1994), el aborto es la interrupción voluntaria o involuntaria de un embarazo antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente (OPS, 2010). La viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente en torno a las 22 semanas de gestación (Centro de Bioética et al., n.d.). Técnicamente, después de la viabilidad, la interrupción del embarazo se considera "inducción de parto prematuro" y si la intención es la eliminación del feto se considera "aborto tardío" (*late-term abortion*) (Astete et al., 2014).

Jurídicamente, en Colombia, se denomina Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) al aborto inducido que se realiza en el marco de las tres causales despenalizadas por la Corte Constitucional de Colombia en la Sentencia C-355 de 2006, independientemente de la edad gestacional. En México, se le denomina Interrupción Legal del Embarazo (ILE) a los abortos realizados bajo el marco legal de las entidades federativas. Cada una de las 32 entidades federativas tiene causales para realizar procedimientos de Interrupción Legal del Embarazo; una de las causales que es legal en los 32 estados de la República es cuando el embarazo es resultado de violación, en ese caso se le denomina Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Para esta causal, cada estado de la República tiene sus especificaciones en términos de semanas de gestación, así como lineamientos para la atención.

Aborto autoadministrado: La autoadministración del aborto se refiere específicamente al momento de la autogestión del aborto en el que las personas toman el medicamento abortivo (misoprostol y/o mifepristona) fuera del contexto clínico y sin supervisión directa del personal médico (Wainwright et al., 2016).

Aborto autogestionado: Manejo general del proceso de aborto con medicamentos cuando uno o más aspectos del proceso ocurren fuera de un contexto clínico (Wainwright et al., 2016).

Aborto farmacológico: Uso de fármacos para poner fin al embarazo. Algunas veces se usan los términos "aborto no quirúrgico" o "aborto médico" (OMS, 2014).

Aborto seguro: La OMS define el aborto seguro como el procedimiento para terminar un embarazo realizado por personas con preparación necesaria y en entornos que reúnan las condiciones médicas mínimas (OMS, 2014). Sin embargo, tal como lo señalan Ganatra et al., (2014) esta definición fue hecha por la OMS en la década de los noventa y debe interpretarse de manera situada o contextualizada. Esto porque "nada en la definición de la OMS predetermina quién debe considerarse un proveedor de aborto seguro o cuáles son las habilidades apropiadas porque estas cosas no son estáticas" (Ganatra et al., 2014).

El personal, las habilidades y los estándares médicos considerados como seguros para la prestación del servicio de aborto son diferentes para cada mujer, dependiendo de la duración del embarazo y del tipo de aborto que necesite (farmacológico o quirúrgico). Pero también, estos estándares varían en el tiempo, conforme el desarrollo de nueva evidencia lo permite. La última guía de la OMS en la que se hace referencia al aborto farmacológico se basa en el enfoque centrado en las personas, según el cual los individuos no son únicamente beneficiarios

de los servicios de salud sino también participantes activos en el propio cuidado de su salud (OMS, 2019).

Desde esta perspectiva, el aborto farmacológico seguro puede ser autogestionado usando los medicamentos indicados (misoprostol y mifepristona) desde su casa o lugar de preferencia y sin supervisión directa de un profesional de la salud siempre que los embarazos no superen las 12 semanas (OMS, 2019). La recomendación que hace la OMS al respecto es que este tipo de aborto solo se haga si las personas cuentan con la información necesaria y con el respaldo del personal y los centros médicos si los requiere o desea en algún momento (OMS, 2019).

Teleaborto: Prestación del servicio de aborto farmacológico en las primeras semanas de gestación o asesoramiento sobre el aborto en cualquier momento de la edad gestacional mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación por profesionales de la salud que se encuentran a distancia.

Telemedicina: Según la OMS, la telemedicina consiste en "Aportar servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por cualquier profesional de la salud, usando las nuevas tecnologías de la comunicación para el intercambio válido de información en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades o lesiones, investigación y evaluación, y educación continuada de los proveedores de salud, todo con el interés de mejorar la salud de los individuos y sus comunidades" (OMS, 2010).

Telesalud: Es "el empleo de información y tecnologías de comunicación para un mejor control de la salud. Por ejemplo, para el tratamiento de determinados pacientes, el fomento de la investigación, la creación de herramientas para la educación de estudiantes, para monitorear diversas enfermedades y, en fin, para la supervisión de la salud pública" (OMS, 2010).

Presentación

La pandemia ha sido para todo el mundo un desafío y una oportunidad.

Como desafío, ha cambiado las prioridades y ha implicado la desatención de ciertos servicios de salud, entre ellos los relacionados con la salud sexual y reproductiva. La pandemia por COVID-19 ha impactado de forma negativa en la garantía del acceso a servicios de SSR y, específicamente, al aborto seguro, ya que ha acrecentado algunas barreras, como las restricciones en la movilidad, la dificultad para obtener información veraz sobre las nuevas rutas de atención, la ausencia de normas o lineamientos para que los prestadores sepan cómo llevar a cabo la atención, entre otras.

Como oportunidad, ha subrayado la importancia de las TIC y la urgencia de concretar el derecho de la población a su acceso. Además, ha visibilizado la necesidad de implementar otras modalidades de atención en salud, como la telemedicina.

En efecto, en las condiciones actuales, el uso de la telemedicina podría acercar y expandir el acceso de mujeres y niñas a los servicios sanitarios que requieren. Por definición, la telemedicina permite a las personas usuarias prescindir de la obligación de asistir presencialmente a una clínica para ser atendidas. A su vez, permite al personal de la salud brindar atención sin necesidad de estar físicamente junto a la persona usuaria o de trasladarse hasta su domicilio. En otras palabras, se caracteriza por brindar la posibilidad de acceder al servicio de salud de manera remota, desde la solicitud de la cita, pasando por la atención y la firma de consentimientos informados, hasta la prescripción de medicamentos.

En este sentido, además de romper con barreras relacionadas con los costos y los tiempos de desplazamiento, la atención por telemedicina permite ampliar la cobertura a lugares del país donde Profamilia no cuenta con capacidad instalada o presencia directa, siempre y cuando las personas usuarias cuenten con una conexión a internet y un dispositivo (PC o *smartphone*) para recibir el servicio.

A través de este proyecto se busca identificar qué desafíos y oportunidades existen en Colombia y en México para la prestación de un servicio de aborto por telemedicina centrado en las necesidades, identidades y circunstancias de las personas. Para ello, se recurrió a diferentes fuentes de información (literatura especializada, documentos internos, entrevistas a prestadores y usuarias del servicio, a autoridades públicas, entre otras) y se tomó como unidad de análisis la experiencia de dos organizaciones: la Asociación Profamilia y la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. MEXFAM. Ambas organizaciones, de carácter privado y social, tienen una experiencia de 55 años en la defensa, la garantía y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las poblaciones de sus respectivos países, así como una extensa trayectoria en investigación, una amplia cobertura geográfica y una visión común: seguir expandiendo derechos y contribuyendo al desarrollo de sus países.



**YO
DECIDIDO**

Contexto y necesidad de la investigación

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS), clasificó la enfermedad por coronavirus (COVID-19) como una pandemia, debido a su gravedad y sus niveles de propagación (OMS, 2020). Esta crisis podría tener un alto costo para las mujeres y las niñas, sobre todo para las más pobres (UNFPA, 2020a). Pasadas emergencias en salud han demostrado que este tipo de crisis pueden afectar negativamente el acceso a servicios que cubren necesidades sanitarias específicas de estos grupos poblacionales, como el aborto seguro (Hussein, 2020).

En Colombia, el 6 de marzo de 2020, se dio a conocer el primer caso de COVID-19, por lo que, por medio del Decreto 417 de 2020, el gobierno de Colombia declaró el estado de emergencia económica, social y ecológica en todo el territorio nacional. La pandemia por COVID-19 representa una crisis sanitaria, humanitaria y económica que afecta a toda la población en general; sin embargo, al converger las múltiples y cruzadas desigualdades que se derivan del contexto colombiano, los efectos recaen de forma exacerbada en los grupos poblacionales más vulnerables: indígenas, afrodescendientes, pobres, personas con discapacidad, niñas y niños, mujeres, adolescentes y viejos, en la zona rural, personas LGBTI, entre otras. Es así como, según un estudio realizado por Profamilia, se estableció que las personas menores de 29 años han sido las más afectadas por la pandemia. El 73% son mujeres, y el 64% pertenecen a un rango de edad inferior a los 29 años (Profamilia, 2020).

En México, el 27 de febrero de 2020, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias dio a conocer el primer caso de COVID-19 en el país. El contagio se ha presentado en todos los estados de la República, con principal presencia en la Ciudad de México, Jalisco y Veracruz (Gobierno de México, 2021). El 24 de marzo, al confirmarse 475 casos, el Gobierno decretó medidas como el distanciamiento social, el confinamiento y la restricción de movilidad, que incluía las áreas laborales. A su vez, de acuerdo con los datos que presenta la Secretaría de Salud, el promedio de edad de las personas atendidas es de 45 años y exponen índices más altos en el género masculino (Secretaría de Salud, 2021). El impacto de la pandemia por COVID-19 ha visibilizado que el sistema de salud está rebasado y presenta, actualmente, altos costos presupuestales, carencias en la infraestructura, equipos y medicamentos necesarios tanto para contrarrestar los efectos por la enfermedad, como otros esenciales para la atención de diferentes enfermedades (Xavier Escudero, 2020).

Facilitar el acceso al aborto seguro es ahora más importante que nunca, tal como lo demuestran las estimaciones sobre el incremento que podrían tener los embarazos no deseados (Todd-Gher & Shah, 2020). Según el Fondo de Población para las Naciones Unidas (UNFPA), en los países de ingresos medios y bajos los embarazos no deseados podrían ascender a siete millones si las medidas de los gobiernos para mitigar la propagación del virus se prolongan en el tiempo (UNFPA, 2020b). Esto, porque las cadenas de suministro para la producción y distribución de anticonceptivos se han visto interrumpidas, pero también porque podrían darse embarazos como resultado del aumento de las violencias, entre ellas, la violación sexual) y a causa de la dificultad de acceder a métodos anticonceptivos por la disminución en los ingresos económicos de las mujeres y sus hogares.

Las medidas adoptadas por los gobiernos para hacer frente a la propagación del virus (los cierres y las cuarentenas que restringen los desplazamientos, por ejemplo) exacerbaban barreras

preexistentes para el acceso al aborto seguro, como la poca disponibilidad del servicio o la dilación de los periodos de espera. A su vez, las mujeres que necesitan un aborto son expuestas al riesgo de contagio de coronavirus por la existencia de barreras como el requerimiento de pruebas médicas innecesarias o la obligatoriedad de la presencialidad para el suministro de medicamentos

El teleaborto o atención del aborto farmacológico a través de las tecnologías de la información y la comunicación es una alternativa para garantizar el acceso al aborto seguro durante la pandemia y más allá de ella. Posibilitar que las mujeres accedan a un aborto autogestionado seguro gracias al asesoramiento virtual es un imperativo de los derechos humanos apuntalado por las innovaciones tecnológicas (Todd-Gher & Shah, 2020). Más allá de la pandemia, el teleaborto es un servicio que potencialmente puede contribuir a reducir las brechas de acceso a servicios médicos con un especialista en zonas en donde es difícil acceder a una consulta médica o especializada.

El campo de la telesalud y la telemedicina

El campo de la telesalud y la telemedicina, en el cual el personal médico hace uso de tecnologías de la información y la comunicación para sus diagnósticos y tratamientos, ha crecido sustancialmente en el último decenio (Doshi et al., 2020). La pandemia de COVID-19 ha hecho cada vez más necesaria su implementación, sobre todo en los países en donde las poblaciones se enfrentan a mayores dificultades o barreras de acceso a servicios, como los países de América Latina.

Numerosas investigaciones han demostrado que el teleaborto no afecta la efectividad ni la calidad del servicio, ni aumenta los riesgos para las mujeres (D. Grossman & Grindlay, 2017). En la última década, Grossman y otros han construido evidencia importante al respecto (Grindlay & Grossman, 2017; D. Grossman et al., 2011; D. A. Grossman et al., 2013; D. Grossman & Grindlay, 2017). Asimismo, recientemente la OMS confirmó que el aborto autogestionado (es decir, fuera del contexto clínico) es seguro si las personas tienen acceso a la información apropiada y a los servicios de salud en caso de que los requieran en cualquier etapa del proceso (OMS, 2019).

En todo el mundo, la necesidad de aislamiento físico relacionada con el COVID-19 ha influido en la expansión de la telesalud y la telemedicina para el seguimiento y la atención en salud (Jull & Moore, 2020). Sin embargo, en América Latina la telesalud y el uso de la telemedicina se han desarrollado de manera incipiente, tanto para el asesoramiento y la atención del aborto como para la atención de otras necesidades en salud.

Marco normativo internacional

Antes de la pandemia producida por el virus COVID-19, el desarrollo normativo de la salud digital y la telemedicina en Latinoamérica no había tenido un avance notorio e incluso en algunos países su uso estaba restringido. Sin embargo, actualmente, por la aparición del virus se ha hecho visible que las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), en el ámbito de la salud

son herramientas útiles, que sirven para el soporte de las prácticas clínicas y la promoción de la salud pública. Por esto, diversos organismos internacionales e interamericanos han realizado recomendaciones de política pública que aspiran a la mitigación y recuperación de esta crisis, pero que, además, han dado cuenta de las ventajas que se pueden derivar del uso de tecnologías para la atención en salud. Lo anterior, con la finalidad de propender por la igualdad y asegurar el derecho a la salud de todas las personas, a través de diferentes medios.

Así, por ejemplo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) con el apoyo de sus Relatorías Especiales¹, en la resolución 1 de 2020 recalcó la importancia y el desarrollo normativo del derecho humano a la salud², su relación con otros derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, y su condición necesaria para "(...) la democracia, el Estado de Derecho y el desarrollo sostenible" (Comisión Interamericana de Derechos Humanos 2020, pág. 4). Atendiendo a que los Estados tienen la obligación reforzada de respetar y garantizar su protección, en tanto estos se ven especialmente afectados por el contexto de la pandemia y la imposibilidad de tener un acceso regular, la CIDH recomienda el uso de tecnologías para la atención al servicio de salud. En el mismo sentido, la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos estableció que, en el marco de adopción de políticas para la atención de salud, los Estados incluyan y pongan a disposición de las personas medios tecnológicos asistidos que faciliten y favorezcan la atención, recursos tales como: videochats, aplicaciones para celulares que detecten el contagio, para llamar a emergencias, entre otras (Organización de Estados Americanos, 2020, pág. 33).

Asimismo, frente a la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, estos organismos internacionales han manifestado preocupación por la afectación directa que van a tener las mujeres, adolescentes y niñas, por el contexto de la pandemia, en tanto, estiman que, en "América Latina y el Caribe 18 millones de mujeres adicionales perderán su acceso a anticonceptivos modernos" (Comisión Interamericana de Mujeres, 2020, pág. 19). A su vez resaltaron que, como las mujeres tienen menos acceso a los ejes de decisión, es más probable que sus necesidades generales, en especial las sexuales y reproductivas, no sean tomadas en cuenta a la hora de decretar los servicios que deben ser atendidos por el personal de salud como prioridad. Lo anterior, teniendo como consecuencias que la atención sea más difícil, relegada o entorpecida, por lo que se generan implicaciones determinantes para la salud y vida de las mujeres (UNFPA, 2020, pág. 1).

Con base en el panorama anterior y las preocupaciones que versan alrededor de estos derechos, se han emitido recomendaciones frente a la prestación de los servicios de salud que deben realizar los Estados, como parte de sus obligaciones internacionales y como medidas efectivas en el contexto de la pandemia. Como punto de partida, mencionan que es fundamental el reconocimiento estatal de la prioridad que conforman los servicios de salud sexual y reproductiva, los cuales hacen parte integral de la respuesta a la pandemia, y además que sean vistos como un aspecto fundamental de la salud pública, por lo que su atención debe tener

1. Relatoría sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales, sobre la Libertad de Expresión.

2. Principales instrumentos internacionales que reconocen el derecho a la salud y son vinculantes para Colombia: Carta de las Naciones Unidas, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Declaración de Derechos Humanos (artículo 25 inciso 1), Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 (artículos 22 y 25), Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (artículo XI), Protocolo de San Salvador, Convención Americana de Derechos Humanos (artículo 26).

respuestas adecuadas y efectivas, sin opción de suspensión o demora (CEDAW, 2020, pág. 1). La prestación de esos servicios, de acuerdo con las directrices de la ONU, abarcan el acceso a "los anticonceptivos, atención a las madres y los recién nacidos, el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, la posibilidad de obtener un aborto seguro y postaborto, y la orientación eficaz de las usuarias" (Organización de Naciones Unidas de Derechos Humanos, 2020, pág. 3)

Como segunda medida de sugerencia para una atención adecuada, sencilla y teniendo en cuenta la dificultad de la prestación presencial de los servicios, pero aprovechando los avances tecnológicos, han recomendado que los Estados hagan uso de medios como: teléfonos móviles para entregar determinados servicios de acceso a la información y atención de usuarias, atención por líneas telefónicas gratuitas y de fácil acceso, procedimientos sencillos como fórmulas o recetas en línea, citas médicas por videochats y servicios a domicilio para la entrega de medicamentos (Comisión Interamericana de Mujeres, 2020, pág. 20)³.

De acuerdo con la perspectiva internacional, es posible dilucidar que, los servicios sexuales y reproductivos son base esencial para la atención integral de la pandemia, y dentro de estos se encuentra la prestación de asistencia de aborto y postaborto. Conjuntamente, reiteran su intrínseca relación con el derecho a la salud y el goce efectivo de otros derechos, por lo que no puede ser suspendida o postergada su atención y que es recomendable para su diligencia efectiva acudir a medios tecnológicos que faciliten y garanticen el servicio.

Necesidad de la investigación

Teniendo en cuenta el contexto actual, en el que se acrecientan las demandas de ciertos servicios y las barreras físicas para su acceso, el objetivo de esta investigación fue identificar desafíos y oportunidades para la prestación y expansión de los servicios de teleaborto en Colombia y en México, tomando como referente la experiencia de dos organizaciones líderes en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva: la Asociación Profamilia y la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. (MEXFAM).

Se espera que los resultados de esta investigación sirvan para generar recomendaciones para el fortalecimiento de la prestación del servicio de aborto por telemedicina en Colombia y México y particularmente en organizaciones como Profamilia y MEXFAM. Asimismo, se espera visibilizar oportunidades de incidencia y cambios en la legislación o la política pública que son necesarios para garantizar el acceso a este servicio, así como lecciones aprendidas que puedan ser útiles para otras instituciones y organizaciones en otros países de la región de América Latina, no solo durante la crisis generada por la pandemia sino también más allá de ella.

3. En el mismo sentido: Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *COVID-19 en la vida de las mujeres: Emergencia global de los cuidados*, 2020, pág. 13. Organización Mundial de la Salud, *Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) en caso de sospecha de COVID-19. Orientaciones provisionales*. 13 de marzo de 2020, pág. 14. UNFPA, *COVID-19: Un enfoque de género. Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género*, 2020, pág. 7

Capítulo 1.

Objetivos y diseño metodológico

1.1 Objetivo general y objetivos específicos

Identificar desafíos y oportunidades para la prestación de los servicios de teleaborto en Colombia y México, específicamente en Profamilia y MEXFAM durante y más allá de la emergencia sanitaria por COVID-19.

- Examinar el marco normativo colombiano y mexicano con relación al aborto y a la prestación de los servicios de teleaborto, así como cambios en el mismo producto de la crisis sanitaria.
- Describir la forma en la que el servicio se ha diseñado e implementado en Profamilia y MEXFAM.
- Identificar desafíos y oportunidades en el diseño y la implementación del servicio de aborto por telemedicina en Profamilia y MEXFAM.
- Formular recomendaciones para mejorar el acceso a los servicios de aborto por telemedicina.

1.2 Diseño de estudio

Estudio cualitativo exploratorio-descriptivo, basado en la metodología de sistematización de experiencias. Esta metodología se caracteriza por hacer uso de diversas fuentes y técnicas de recolección de información. Consiste fundamentalmente en la producción de conocimientos a partir de la recuperación de las experiencias de los actores involucrados directamente en una práctica específica (Villavicencio Seminario, 2009), en este caso, el diseño y la implementación del servicio de teleaborto en Colombia (Profamilia) y MEXFAM (México).

Según Acosta (2005), la sistematización de experiencias se puede referir a dos situaciones de análisis: a) al inicio de un proyecto o experiencia y b) cuando esta concluye, cubriendo la situación al inicio y al final de la experiencia. Esta investigación aborda la situación inicial de la experiencia de la Asociación Profamilia y MEXFAM en el diseño y la implementación del servicio de aborto por telemedicina, proceso que aún no ha terminado de desarrollarse.

El fin de la investigación que emplea esta metodología es extraer lecciones que permitan mejorar la práctica que se analiza (Acosta, 2005), mismas que se presentan en este informe en términos de desafíos y oportunidades para la implementación y la expansión de los servicios de teleaborto.

1.3 Fases del estudio

El estudio se desarrolló en tres momentos. En el primero, se revisaron documentos de política pública relacionados con el aborto, la telesalud y la telemedicina en Colombia (Anexo 1) y México (Anexo 2).

En el segundo, se recurrió a fuentes primarias de información manuscritas y orales: las fuentes primarias manuscritas estuvieron conformadas por documentos internos de la organización como políticas, protocolos, informes y presentaciones relacionados específicamente con la prestación del servicio de teleaborto en Profamilia y en MEXFAM. Las fuentes primarias orales fueron las narraciones de personas directamente involucradas en la experiencia por sistematizar y se recolectaron de manera diferente por parte de las investigadoras de Profamilia y MEXFAM:

- En Profamilia, se realizaron tres grupos focales en los que participaron catorce personas y cuatro entrevistas individuales. Los grupos focales se realizaron con personal de Profamilia involucrado con el servicio de teleaborto como:
 - a.** Personal de apoyo: personas con funciones relacionadas con la contratación; la formación del talento humano; la compra, comercialización y distribución de productos o insumos relacionados con la atención del aborto, y la infraestructura tecnológica de la organización.
 - b.** Prestadores del servicio o personas encargadas de orientar a las usuarias del mismo, tales como médicos, enfermeras y psicólogas.
 - c.** Personal del nivel estratégico. En este grupo participaron la Directora Ejecutiva de Profamilia, el Gerente de Salud y el Director de Gestión Clínica y Calidad.

Las entrevistas se hicieron con tres usuarias de los servicios de teleaborto de Profamilia y con una funcionaria del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) relacionada con los asuntos de salud sexual y reproductiva de la Dirección de Promoción y Prevención del MSPS. Es de anotar que los funcionarios de la dirección de Prestación de Servicios del MSPS rechazaron la invitación a participar de la investigación.

- En MEXFAM se realizaron doce entrevistas narrativas individuales, distribuidas de la siguiente forma:
 - a.** Dos con usuarias de los servicios de teleaborto.
 - b.** Dos a personal estratégico institucional de la Coordinación de servicios de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) y Tecnologías de Información.
 - c.** Tres entrevistas con personal especializado en ILE en la Clínica ubicada en Ciudad de México (Gerente de Unidad, Médico y Orientadora).
 - d.** Cuatro entrevistas con el equipo implementador de nuevos servicios de ILE en la Clínica de MEXFAM en Ixtaltepec, Oaxaca (Gerente de Unidad, Orientadora Local y Personal de promoción del servicio).

- e. Una entrevista con una funcionaria del Ministerio de Salud en Oaxaca. Se realizó una entrevista a una ginecóloga adscrita al área de ginecología y obstetricia del componente de telemedicina de los servicios de salud del estado de Oaxaca, quien provee servicios de salud sexual y reproductiva a distancia.

Finalmente, en el tercer momento de la investigación se analizó la información recolectada con el apoyo del Software Nvivo12 (Profamilia) y el Software Atlas. Ti 8 (MEXFAM). Para ello, la información se clasificó atendiendo a los siguientes ejes de análisis:

- **Desafíos:** Aquellos aspectos que se constituyen en retos por superar y resultan importantes o prioritarios de atender para la mejora en la prestación de los servicios de teleaborto.
- **Oportunidades:** Entendidas como aquellos aspectos relacionados con facilitadores para el acceso a servicios de teleaborto.

Durante la clasificación, los desafíos y oportunidades identificados se agruparon a su vez en tres niveles, teniendo en cuenta que pueden deberse a limitaciones propias de la organización, pero también al entorno sociopolítico o al marco cultural de las personas. A continuación, se describe qué se entiende como desafío u oportunidad para cada uno de estos niveles.

- **A nivel organizacional:** Los desafíos y las oportunidades responden a limitaciones y ventajas propias de la organización, que pueden ajustarse a través de su acción directa, como el desarrollo de capacidades, entrenamiento y formación de calidad, así como la compra de herramientas o la adopción de procedimientos y protocolos.
- **A nivel sociopolítico:** Los desafíos y oportunidades relacionados con el sistema o el ordenamiento sociopolítico, que afectan el funcionamiento de la organización pero que no pueden ser directamente cambiados por ella. Estos desafíos y oportunidades requieren otro tipo de acciones, como la incidencia política, cuyos resultados solo pueden verse en el mediano plazo y en el largo y dependen de la capacidad de articulación y abogacía de la organización y de otros actores en las agendas políticas y gubernamentales en la toma de decisiones público-políticas.
- **A nivel cultural:** Son los desafíos y oportunidades relacionados con los valores, las normas sociales y las prácticas de las personas, para cuya transformación se necesitan cambios profundos que podrían darse en el largo plazo, a través de la educación y la difusión masiva y constante de información.

Una vez clasificada la información, se identificaron recurrencias y divergencias intercasos, es decir, comparando las dos organizaciones (Profamilia y MEXFAM) y países de estudio (Colombia y México).

1.4 Consideraciones éticas

En el caso de la recolección de información en Profamilia (Colombia), la investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigaciones de Profamilia mediante acta número 15 del 11 de agosto de 2020. En el caso de MEXFAM (México), el equipo de Investigación cuenta

con una certificación otorgada por la Universidad de California, San Francisco (2020): *Refresher Course - Human Subjects Research*. En ambos casos, las personas que participaron en el estudio lo hicieron voluntariamente, después de recibir el aviso de privacidad y verbalizar su consentimiento informado para la grabación de las sesiones en grupo o entrevistas. Los audios y transcripciones fueron etiquetados de forma alfanumérica para garantizar el anonimato, y se encuentran bajo resguardo de cada uno de los equipos de investigación que realizaron el estudio.



Capítulo 2.

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio y se estructura de la siguiente manera: en la primera parte, se presenta el marco normativo identificado para Colombia y México frente al aborto y la telemedicina. En la segunda parte, se describe la forma en la que los servicios de teleaborto se han diseñado e implementado en Profamilia y MEXFAM. En la tercera parte, se plantean los desafíos y oportunidades identificados en cada una de las organizaciones en el diseño y la implementación de estos servicios.

2.1 Marco normativo frente al aborto y la telemedicina

En este apartado se muestran los marcos normativos de Colombia y México respecto al aborto y a la telemedicina, así como la forma en la que estos se abordaron durante la pandemia por COVID-19. Igualmente, se identifica la falta de lineamientos específicos frente al teleaborto que se presenta en los dos países y la necesidad de que se desarrollen para aprovechar el potencial de las TIC en favor del cierre de brechas de acceso de las usuarias al servicio y para facilitar la labor de los prestadores del mismo. En la Tabla 2 se presenta una síntesis de los elementos que tienen en común Colombia y México en términos normativos frente al teleaborto.

Tabla 1. Marco normativo de Colombia y México frente al teleaborto

Lineamiento	Colombia	México
Aborto parcialmente despenalizado en todo el territorio nacional	•	•
Leyes sobre telesalud y telemedicina, así como regulaciones específicas	•	N.A
Lineamientos/rutas específicas sobre la atención del aborto por telemedicina	N.A	N.A
Disponibilidad y regulaciones de la mifepristona	•	•

Elaboración de Profamilia y MEXFAM con base en revisión de documentos.

2.1.1 Lineamientos normativos sobre el aborto y la telemedicina en Colombia

Colombia es un Estado social de derecho, constituido en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista (Constitución Política de Colombia [Const]. Art 1. 7 de julio de 1991). Geográficamente, está compuesta por 32 departamentos y un distrito capital (Bogotá D.C.). Algunas ciudades importantes son Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena. De acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), en 2020 Colombia tiene 50.372.424 de habitantes, de los cuales 7.743.955 se encuentran en Bogotá D.C.; la mayoría de su población (76%) se encuentra en zonas urbanas (Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, 2018). El Estado debe supervisar y procurar que las empresas encargadas de prestar los servicios públicos brinden de forma adecuada e igualitaria, el acceso de estos a todas las personas que habitan el territorio colombiano, como garantía de una vida digna⁴. Por otra parte, en Colombia existen cuatro regímenes de Seguridad Social en Salud (SSS): contributivo, subsidiado, especial y de excepción. Al régimen contributivo se afilian quienes tienen un contrato de trabajo, los pensionados, jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago; al régimen subsidiado pertenecen las personas sin capacidad de pago que contestan una encuesta de caracterización con la cual se determina su situación socioeconómica y se asigna el monto de los subsidios; a los regímenes especial y de excepción pertenecen las fuerzas militares, la policía nacional, los empleados de Ecopetrol, el magisterio (docentes) y los funcionarios de las universidades públicas.

Respecto a los derechos sexuales y reproductivos, Colombia los ha reconocido ampliamente en su marco normativo y jurisprudencial, en tanto su ejercicio pleno se encuentra relacionado con otros derechos fundamentales como la igualdad, la intimidad, la vida, la integridad personal, la educación, la atención en salud, entre otros. El aborto es reconocido por las altas cortes colombianas como derecho fundamental, de acuerdo con las tres causales establecidas en la sentencia C-355 de 2006, las cuales son:

(i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-355, 2006).

En otras sentencias⁵, ha dispuesto la importancia de este derecho, su protección, garantía y la obligación de que su atención sea incluida en el plan de salud obligatorio. Por la jerarquía

4. El acceso y control de los servicios públicos domiciliarios se encuentran principalmente regulados en la Constitución Política de Colombia, del artículo 365 al 370; en la Ley 142 de 1994 "Por la cual se establece el régimen de los servicios públicos domiciliarios y se dictan otras disposiciones.

5. Ver Sentencias C-355 de 2006, T-585 de 2010, T-841 de 2011, T-627 de 2012, C-754 de 2015, T-301 de 2016, C-093 de 2018 y SU-096 de 2018. Radicación número: 11001-03-24-000-2013- 00257-00. Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Primera. Consejero Ponente: Guillermo Vargas Ayala. Bogotá, D.C., 13 de octubre de 2016.

constitucional de estos derechos y de conformidad con las disposiciones constitucionales del artículo 214 numeral 2, que consagra la prohibición de suspender los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluso en situaciones de emergencia el Estado deberá seguir garantizando la prestación adecuada del servicio de IVE, y procurar la protección idónea de los derechos sexuales y reproductivos.

Actualmente, para el procedimiento de IVE farmacológico, de acuerdo con la OMS se recomienda el uso de la mifepristona en combinación con el misoprostol porque ofrece mayor eficacia y seguridad; por ello, en Colombia el MSPS⁶ permitió que se empleara desde el 2017. Profamilia lideró el proceso de aprobación por el INVIMA⁷, que posibilitó que estos dos medicamentos fueran incluidos en los servicios prestados por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y Empresas Promotoras de Salud (EPS). No obstante, es importante diferenciar que el misoprostol es de uso comercial, es decir, puede ser adquirido de venta libre en farmacias, mientras la mifepristona es con fórmula facultativa, esto indica que solo se puede acceder a ella con fórmula médica (Resolución n.º 2016051992 de 2016 [Ministerio de Salud y Protección Social, INVIMA]).

En lo que respecta a la modalidad de atención por telemedicina, en Colombia existe desarrollo normativo desde hace más de una década. Este marco normativo se encuentra conformado por 15 disposiciones legales (Anexo 1), la mayoría de las cuales se emitieron con anterioridad a la pandemia. Sin embargo, la crisis sanitaria ha significado una implementación más acelerada de las normas que hacen referencia a la telemedicina y telesalud en Colombia.

El Estado, a través de la expedición de estas decisiones, ha avanzado en la adopción y reglamentación de la telesalud y telemedicina en el país con la finalidad de apoyar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en cumplimiento de sus principios constitucionales de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y calidad. La Ley 1419, que adopta disposiciones para su desarrollo y regula su implementación, define la telesalud como "el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleducación en salud" (Ley 1419 de 2010). En esta misma Ley, la telemedicina es definida como:

La provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica. (Ley 1419 de 2010).

Por su parte, la Ley 1438 de 2011 prevé que las redes integrales de salud deben tener en sus objetivos y componentes "la coordinación de esquemas de comunicación electrónica, servicios de telemedicina, asistencia y atención domiciliaria y las demás modalidades que convengan

6. Ver Boletín de Prensa n.º 028 de 2017

7. Registro INVIMA disponible en https://www.invima.gov.co/documents/20143/1314906/RS-MEDICAMENTOS-PAGINAWEB_VIGENTES+NOV+2020.pdf Pág. 204.

a las condiciones del país y a las buenas prácticas en la materia" (Ley 1438 de 2011, artículo 64 #10). De la misma manera, la Ley 1751 de 2015 precisa la necesidad de implementación de esta modalidad, en tanto, uno de los elementos transversales del derecho a la salud es la disponibilidad, y reconoce que los servicios tecnológicos pueden garantizar una atención integral, oportuna y de alta calidad.

Las disposiciones y parámetros para la telemedicina y la telesalud, como lo establece la Resolución 2654 de 2019, incluyen aspectos tales como: la calidad del servicio prestado, las garantías que se deben prestar en este tipo de atención, la infraestructura que debe ser implementada y cómo sería llevada a cabo en orden con la ley.

Siguiendo esta misma línea, la Resolución 3280 de 2018 crea la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud establece de forma clara que al ser la Interrupción Voluntaria del Embarazo un derecho fundamental, los servicios de salud relacionados con esta deben ser garantizados de manera efectiva con una atención oportuna y de calidad. En caso de ser realizada a través de telemedicina, deberán ser observados todos los protocolos y determinaciones normativas que rigen la materia, tanto en telemedicina como en lo concerniente a la IVE (Resolución 3280 de 2018, pág. 253).

Con todo, la implementación de estas disposiciones fue prudente y espaciosa, pero la aparición del COVID-19 aceleró el proceso de lo que ya estaba normado respecto a la telemedicina y su relación frente a la asistencia de los derechos sexuales y reproductivos, incluida la IVE, por lo que, en el marco de la pandemia, se emitieron preceptos de adopción e implementación de la normativa existente y nuevas instrucciones enfocadas a las mujeres y a la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos.

El 30 de marzo de 2020, el MSPS emitió el "Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)" por medio de la Resolución 536 de 2020. El apartado 7.8 del Plan hace alusión a la restricción de la prestación de algunos procedimientos contemplados en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), no obstante, puntualiza que el suministro de métodos anticonceptivos y la atención de la IVE en los casos previstos en la Sentencia C-355 no hacen parte de las restricciones y deberán seguir siendo prestados. Además, en los apartados subsiguientes, exige a las EPS que privilegien las modalidades de atención domiciliaria, telemedicina y la comunicación telefónica (Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud durante las Etapas de Contención y Mitigación de la Pandemia por SARS-CoV-2 [COVID-19], pág. 30).

A la par, el MSPS emitió el documento "Telesalud y telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por COVID-19", en el que se plantearon generalidades para la atención en salud utilizando las TIC y se incluyó la posibilidad por parte de las IPS de contar con una autorización transitoria para la prestación de servicios en modalidad de telemedicina durante la contingencia generada por la pandemia de COVID-19.

Igualmente, en el Boletín n.º 190 de 2020, el MSPS recordó que durante la pandemia de COVID-19, los colombianos deben contar con información completa y veraz que les permita prevenir embarazos no deseados, y que las EPS o IPS están encargadas de orientar la prestación y suministro de estos servicios. Además, recalca que los servicios, procedimientos e intervenciones en atención a la IVE, preferentemente pueden ser realizados por consulta de telemedicina, lo

anterior sin perjuicio de que, dependiendo del caso, se deba realizar una consulta presencial (Boletín 190, 2020).

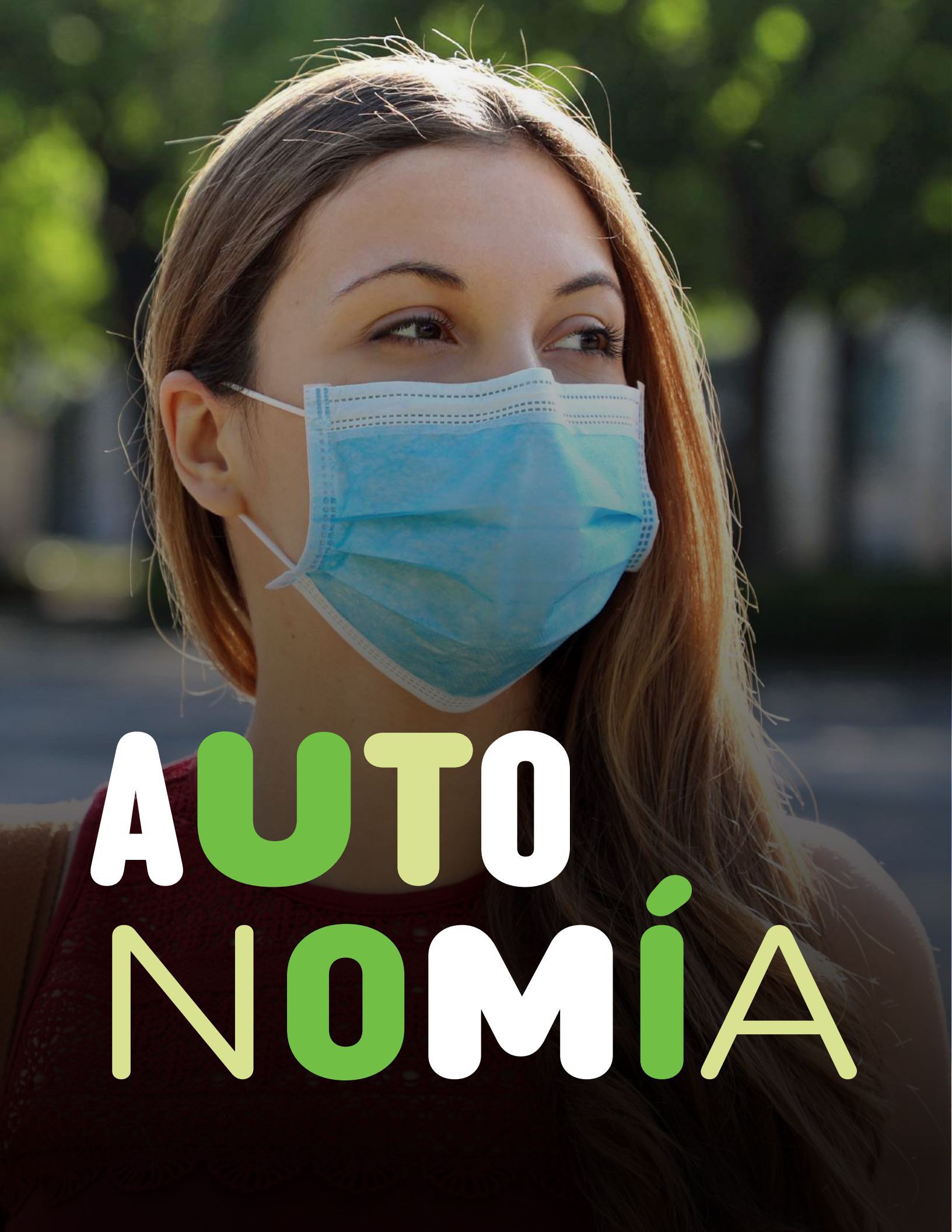
En el mismo sentido, el MSPS emitió en abril las "Orientaciones técnicas para abordar los efectos de la pandemia por COVID-19 en la fecundidad"; en estas reconoce y pone de presente que el embarazo y el parto son otras causas de vulnerabilidad para las mujeres y niñas que se encuentran en marcos de violencia, conflicto y crisis. Resalta que, en el ejercicio de la autonomía reproductiva, las mujeres son quienes deben decidir cuándo anhelan ser madres y cuántos hijos desean. A su vez, recuerda que para que una maternidad sea deseada y responsable, convergen muchos factores como "(...) la edad, el acceso a los métodos anticonceptivos modernos, el estado civil, las relaciones de inequidad, la situación económica, el lugar de residencia, entre otros" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, pág. 2), y que en Colombia no todas las mujeres viven en ambientes con factores adecuados para practicar una maternidad deseada. Por lo que, cuando confluyen una situación de crisis, como el COVID-19, y un embarazo, embarazo no deseado o parto, y no se brindan las garantías adecuadas, las mujeres se encuentran en una desventaja desproporcionada para sobrevivir y recuperarse en ámbitos de precariedad económica, de salud y social.

Por lo tanto, el documento compele a las EAPBS y las redes de prestación que adecuen y fortalezcan las modalidades de auxilio de servicios, priorizando aquellas que conserven las medidas de aislamiento preventivo, con el fin de garantizar la atención adecuada, el acceso y la asesoría en todo lo concerniente a "(...) la atención en salud materna, planificación familiar y anticoncepción, y acceso a la IVE (...)" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, págs. 3-4).

Siguiendo la misma línea argumentativa, en los "Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Colombia", el MSPS, menciona que tanto las IPS como las EPS deberán hacer las adecuaciones en sus modelos de prestación, con el fin de garantizar el servicio de IVE, en concordancia con lo estipulado en la Sentencia C-355 de 2006 y la Resolución 3280 de 2018 (Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Colombia, junio 2020, pág. 5).

Del marco normativo expuesto, es posible destacar que en Colombia, antes del COVID-19, se implementaron normas y líneas de acción para que la telemedicina fuera un apoyo importante en la prestación de los servicios de salud. No obstante, dado el impacto de las medidas para contener el virus, se han generado grandes avances, y se ha puesto en perspectiva que la telemedicina no es simplemente un soporte, sino un servicio esencial en el área de salud.

De la misma forma, sobre los actos administrativos emitidos por el MSPS orientados a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la IVE, se resaltan varios aspectos: (i) reconocen y enuncian las barreras de acceso que se siguen presentando en Colombia frente a los servicios de salud sexual y reproductiva, en especial frente a la solicitud de la IVE, y la potenciación de esas barreras como efecto de la pandemia; (ii) La protección del derecho fundamental de las mujeres a la autonomía reproductiva, registrando los factores que deben confluir para ejercer una maternidad deseada y resaltando que es necesaria una atención priorizada y adecuada, teniendo en cuenta el contexto, para que sea posible garantizar el goce efectivo de sus derechos sexuales y reproductivos; (iii) Hacen un llamado claro a las EPS para que adecuen y mejoren sus espacios, infraestructura, medios de comunicación y demás para garantizar la prestación de estos servicios.



AUTO NOMÍA

Sin embargo, la relación entre el uso de las TIC y la atención del aborto no es clara ni directa. No existe por parte de la autoridad del sector un lineamiento específico para la atención del aborto por telemedicina. Los documentos existentes, enfatizan que la atención del aborto no puede ser suspendida, pero no aclaran cómo se debe prestar. Por ello, las IPS interesadas en prestar servicios de teleaborto o de aborto por telemedicina han tenido que diseñar sus propios protocolos y rutas. Esto implica que no hay obligatoriedad en términos de adaptar la prestación de los servicios de aborto a la modalidad, ni claridades para las IPS con poca experiencia o capacidad frente a la prestación del servicio de aborto, la modalidad de atención o ambas. Al final, las usuarias son las afectadas al ver limitada la forma de ejercer sus derechos.

Como en toda América Latina, en Colombia la discusión pública sobre el aborto genera tensión, lo que a su vez puede estar incidiendo en la actitud reservada del gobierno en lo que respecta a emitir lineamientos para la atención del aborto por telemedicina. En efecto, este se ha enfrentado a diferentes modalidades de oposición al momento de tratar de regular la prestación de la IVE. Como ejemplo, cuando el Ministerio de Salud emitió el Decreto 4444 de 2006⁸ para la regulación de lo consagrado en la Sentencia C-355 que despenalizó el aborto en Colombia, este fue demandado ante el Consejo de Estado y no fue posible que se expidiera⁹. Del mismo modo sucedió con la Circular 003 de abril de 2013, emitida por la Superintendencia de Salud para impartir instrucciones sobre la IVE, y anulada parcialmente por el Consejo de Estado. Igualmente, en el 2019 el MSPS, por orden de la Corte Constitucional, publicó el borrador de una resolución en la que se regulaba de forma minuciosa la IVE, sin embargo, por una manifestación ciudadana multitudinaria, finalmente no la expuso¹⁰.

2.1.2. Lineamientos normativos sobre el aborto y la telemedicina en México

México es un país federado constituido por 32 entidades federativas, cuenta con una población de 106.6 millones de habitantes, y la estructura y cobertura del sistema de salud se encuentran abarcadas en dos grandes sectores: público y privado. El primero lo constituyen las instituciones de seguridad social: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros. Asimismo, las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social, Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS). Por su parte, el sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa. Los beneficiarios del sistema de salud mexicano se encuentran agrupados en tres: los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias; los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias, y la población con capacidad de pago (Consejo Nacional de Población, 2018).

8. Por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva, entre ellos, el aborto o IVE.

9. Consejo de Estado, Sección Primera, noticia, Sentencia 20080025600, mar. 18/13, C. P. María Claudia Rojas Lasso.

10. Boletín de Prensa n.º 164 de 2019, disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/COMUNICADO-DE-PRENSA.aspx>

Cada una de las entidades federativas legisla de manera independiente; característica que explica la ausencia de una ley nacional de despenalización del aborto y los esfuerzos locales para legalizarlo. En general, no existe un tipo penal único, por el contrario, la descripción legal varía en las 32 entidades del país. En ese contexto legal tan complejo existe la "NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención", que permite que las mujeres víctimas de violación sexual accedan a una interrupción legal del embarazo.

De las treinta y dos entidades federativas, solo en dos se permite la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) por voluntad de la mujer hasta las 12 semanas de gestación: Ciudad de México y Oaxaca. La despenalización del aborto en dos entidades federativas tan diferentes como lo son la Ciudad de México (ámbito urbano) y Oaxaca (ámbito rural e indígena) refleja muy bien la heterogeneidad que existe en el país y la riqueza para complementarse y facilitar servicios de acceso al aborto a distancia con personal especializado, en tiempos retadores como los de COVID-19.

Para el caso de la Ciudad de México, se logró la despenalización del aborto en 2007, garantizando así el acceso a servicios de ILE con lineamientos y protocolos de atención actualizados. Asimismo, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) estipula que la mifepristona solo puede ser indicada por médicos ginecobstetras.

En Ciudad de México, el lineamiento de los servicios de ILE permiten que la mifepristona sea prescrita por médicos cirujanos dentro de las instalaciones donde se presta el servicio, lo que posibilitó que el equipo de las clínicas de MEXFAM ganaran 13 años de experiencia en la provisión del servicio. En el estado de Oaxaca, la legalización del aborto es un logro muy reciente, fechado a octubre de 2019: cinco meses antes de declararse la pandemia por COVID-19 en México, lo que explica la ausencia de lineamientos para la operación de este procedimiento por parte del Ministerio de Salud Pública, de acciones de difusión de información en materia de despenalización del aborto y de la ruta de acceso para que las mujeres accedan a este servicio gratuito en el estado.

En México no existe una ley o reglamentación de obligatoriedad nacional específica para brindar servicios médicos a distancia, sean de telemedicina o telesalud. Además, el 21 de diciembre de 2015 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la cancelación del proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA3-2015 para la regulación de la atención médica a distancia, dado que el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud determinó que el Proyecto de Norma Oficial Mexicana en comento no aporta ningún elemento que contribuya a mejorar la calidad de la práctica de la atención médica a distancia y que además pueda ser una limitante para incorporar tecnologías innovadoras o de nuevos desarrollos en este campo.

El Comité argumentó que:

1. El uso de las TIC como una herramienta de apoyo y soporte para la medicina debe verse como una actividad integrada a la práctica clínica y no como actividad adicional, por lo que no debería regularse de manera separada a los procedimientos médicos actuales.
2. El uso de las TIC mejora la práctica médica y se ha convertido en apoyo de actividades inherentes al quehacer médico.

3. El desarrollo de las tecnologías crece de forma exponencial y se corre el riesgo de contar con una norma oficial con gran posibilidad de obsolescencia desde el punto de vista tecnológico.

Ahora bien, en cuanto a la telemedicina o telesalud, el único documento que se identificó en la materia es el titulado *Modelo de atención médica a distancia 2017* elaborado por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC) de la Secretaría de Salud. El CENETEC es una instancia no rectora de la Secretaría de Salud federal, lo que implica que sus modelos, lineamientos y protocolos no son de obligatoriedad nacional y son exclusivos para uso interno. Sin embargo, resultan ser las únicas referencias "oficiales" que establecen claramente las diferencias entre telemedicina y telesalud:

- a. **Telemedicina.** Modalidad que pretende aportar servicios de salud a distancia por cualquier profesional de la salud, donde el factor crítico es la distancia, por lo que se usan las nuevas tecnologías de la comunicación para el intercambio válido de información acerca de diagnóstico, tratamiento, prevención de enfermedades y lesiones, investigación, evaluación y educación continua de los proveedores de salud. Todo en el interés de la mejora en salud de los individuos y sus comunidades. Para poder realizar los servicios vía telemedicina en México se deben tomar en cuenta todos los puntos que marca la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información en Registro electrónico para la salud, intercambio de información en salud que establece los criterios bajo los cuales se debe generar, procesar, conservar, interpretar y asegurar el intercambio de información entre Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud, entre los que se encuentran los de Expediente Clínico Electrónico, así como los mecanismos mediante los cuales se emitirán especificaciones técnicas para los posibles escenarios de intercambio y para el diseño de este tipo de sistemas.
- b. **Telesalud.** A diferencia de la telemedicina, la telesalud involucra la entrega de servicios de salud utilizando las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), específicamente cuando la distancia es un obstáculo para los servicios de salud, definida por la Secretaría de Salud como "la incorporación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en los sistemas de salud incluyendo servicios médicos, académicos, administrativos y técnicos, con el propósito de intercambiar información en el ámbito de la salud".

Aun cuando en México no existe un marco legal o normativo específico para la telemedicina o telesalud, para prestar servicios de aborto a través de telesalud MEXFAM consideró otros instrumentos que hacen referencia al derecho a la salud y a los procesos para brindar servicios de salud a distancia (Anexo 2).

2.2 La implementación de los servicios de teleaborto en Profamilia y MEXFAM

En este apartado se describe la forma en la que Profamilia y MEXFAM diseñaron e implementaron los servicios de teleaborto. Aunque Profamilia venía avanzando en esta tarea desde 2019, en ambos casos esta implementación se dio en 2020, a raíz de la pandemia de COVID-19 y de lo que esto significó en términos de exacerbar las brechas de acceso a los servicios.

2.2.1 Los servicios de teleaborto en Profamilia

La Asociación Profamilia es una organización privada sin ánimo de lucro que desde 1965 cumple la misión de promover el respeto y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población colombiana. A través de sus 40 clínicas, agrupadas en cuatro regionales, Profamilia cuenta con una amplia cobertura geográfica a nivel nacional para prestar sus servicios de salud¹¹, entre los que se encuentra el aborto seguro.

El servicio de aborto se presta en Profamilia desde 2006, en cumplimiento de la Sentencia Constitucional C-355 que reconoció el aborto como un derecho en tres situaciones¹². Además, a través de incidencia política, ha influido en el reconocimiento y en la implementación de acciones para la atención del aborto, entendido este como un asunto de salud pública y de justicia social y de género. Por ejemplo, en 2015, a través de la campaña de comunicación "La decisión es tuya", difundió por primera vez en el país información masiva sobre el aborto como derecho y sobre Profamilia como organización prestadora del servicio.

Otro evento de gran importancia a nivel nacional fue lograr el registro sanitario de la mifepristona ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) y su aprobación para ser la organización comercializadora del mismo en 2017. Con ello Colombia se convirtió en el segundo país de América Latina¹³ en contar con la disponibilidad de un medicamento que, junto con el misoprostol, constituye el régimen más efectivo y seguro para el aborto farmacológico, recomendado por la OMS en las primeras semanas de gestación (OMS, 2012).

Los servicios de teleaborto y, en general, la posibilidad de brindar atención en salud por la modalidad de telemedicina viene ideándose en Profamilia desde 2019. Sin embargo, fue a principios de 2020 cuando el proceso de poner en marcha esta modalidad de atención adquirió carácter de urgencia, y se aceleró debido a la crisis sanitaria por la pandemia de COVID-19 y al efecto que esta tuvo en la flexibilización de ciertas normas por parte del MSPS para autorizar a las IPS a prestar servicios de salud en esta modalidad.

Profamilia inició la atención por esta modalidad el 15 de mayo de 2020, a través de un piloto que consistió en la activación de la ruta de atención para la operación y revisión del desempeño de los siguientes procesos: i) Gestión del cambio con el talento o recurso humano y capacidades del mismo, ii) aplicación de los formatos de consentimiento, iii) agendamiento de la cita, iv) calidad del contacto sincrónico del personal de salud con personas usuarias, v) familiaridad del personal prestador del servicio con la herramienta tecnológica para la atención y v) receptividad de las usuarias frente a la atención a través de esta modalidad.

Una vez completada la prueba piloto, se identificaron acciones de mejora, se ajustaron procesos y se implementó y puso en funcionamiento el servicio de telemedicina en otras clínicas de

11. Psicología, medicina general, cirugía, anticoncepción, ginecología, urología, sexología, vacunación, fertilidad, apoyo diagnóstico.

12. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud física o mental de la mujer; cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida; y cuando el embarazo sea el resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

13. Después de Guyana.

Profamilia. En atención a la normativa nacional (Resolución 3100 de 2019), las clínicas de Profamilia habilitadas como *centros de referencia* fueron las de Bogotá, Barranquilla, Medellín y Cali, ya que cuentan con el talento humano en salud capacitado y con las tecnologías de información y de comunicaciones suficientes y necesarias para brindar a distancia el apoyo en cualquiera de las fases de la atención requerido por una usuaria o uno o más prestadores. Las demás clínicas se adecuaron para la prestación de los servicios de telemedicina como *centros remitores*, es decir que tienen tecnologías de información y comunicación que le permiten enviar y recibir información para prestar servicios o ser apoyado por otro prestador.

Entre otras actividades, para que el funcionamiento de los servicios de teleaborto y la atención por telemedicina de otros servicios de salud se hiciera posible en Profamilia, fue necesario:

- a. Obtener la autorización transitoria para la prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina, establecida por el MSPS durante la pandemia, así como seleccionar los servicios prestados por la organización para ser atendidos por esta vía. Entre ellos, se encontró la IVE o aborto farmacológico¹⁴. En lo que respecta al aborto en edades gestacionales en las que la técnica que se debe emplear es la quirúrgica, la telemedicina da la apertura para la atención y posteriormente la programación para continuar bajo la modalidad presencial. La Dirección de Contratación y el Área de Costos se encargaron de definir los paquetes de atención, los costos de los mismos y la elaboración de una propuesta para presentar a las diferentes EPS o aseguradoras con los servicios que se van a ofrecer.
- b. Contar con una plataforma o software que cumpliera con los requerimientos de la normatividad vigente: que fuera accesible, que cumpliera con estándares básicos de audio y video para la atención de las y los usuarios; y que tuviera en cuenta el manejo de medidas técnicas, humanas y administrativas de seguridad. En vista de la urgencia, en lugar de desarrollar un *software* propio, la Dirección de Tecnología se encargó de seleccionar y trabajar en conjunto con un tercero (*SaludTools*), además, se aseguró de contar con equipos de cómputo con cámara y conexión ininterrumpida a internet. Para la compra de los computadores necesarios, contó con la financiación de un donante.
- c. Capacitar y entrenar al personal prestador del servicio para que pudiera adaptarse a la nueva modalidad. A través de charlas y un módulo virtual, la Dirección de Talento Humano y Desarrollo Organizacional se encargó de este proceso, así como del ajuste de las cartas descriptivas del personal involucrado.
- d. Desarrollar los lineamientos técnicos y los protocolos para la atención por telemedicina para asegurar el cumplimiento de la normatividad relacionada con la habilitación del servicio. La Dirección de Gestión Clínica y Calidad elaboró los documentos técnicos: Protocolo de Teleconsulta PO-GS-CE-033; Procedimiento de telemedicina PR-GS-CE-013; Formato de consentimiento informado para la atención por telemedicina FO-

14. Los otros servicios seleccionados para ser ofertados para la modalidad de telemedicina fueron: consulta de primera vez y control con medicina general, consulta de primera vez y control de fertilidad, consulta de primera vez y control por psicología, consulta de primera vez y control de anticoncepción (excepto implantes subdérmicos y dispositivo intrauterino de primera vez) y cita de control por vasectomía.

GS-CE-123; y Recomendaciones para usuarios de telemedicina FO-GS-CE-124. Además, actualizó entre otros los documentos: Procedimiento de apertura, manejo y custodia de Historias Clínicas PR-GS-CSCG-003; Protocolo de atención del profesional de la salud PO-GS-CE-020; y Protocolo de identificación correcta de paciente PO-GS-CS-EC005.

- e. Diseñar piezas comunicativas y divulgar el servicio a través de diferentes canales como la página web de Profamilia, los televisores ubicados en las diferentes clínicas de Profamilia y las plataformas Instagram y Facebook. La Dirección de Mercadeo y Comunicaciones lideró e implementó esta tarea. Asimismo, ha venido trabajando en el diseño del "Kit Mía", que toma su nombre de la palabra "Autonomía" y hace parte de una estrategia para expandir el derecho al aborto al facilitar su autoadministración. Previa valoración y prescripción médica de un profesional de Profamilia, el Kit Mía consiste en el envío a domicilio —o su recolección en cualquier clínica de Profamilia— de una caja que contiene los medicamentos¹⁵ necesarios para la realización del aborto farmacológico, así como folletos informativos para la autoadministración que acompañan gráficamente el proceso de atención y el contacto con Profamilia ante cualquier eventualidad o necesidad expresada por la usuaria. Adicionalmente, el Kit Mía contiene métodos anticonceptivos orales para que la persona inicie la planificación familiar si así lo decide.
- f. Definir la ruta para la prestación del servicio. La Dirección de Operación y de Procesos de la IPS fue responsable del fortalecimiento de los canales de acceso existentes en la organización, la página web, la atención por WhatsApp o la línea telefónica IVE, a través de la cual se brinda asesoría virtual (teleorientación) a la usuaria.

La ruta establecida para la atención del aborto por telemedicina es la misma que para la atención de cualquier otro de los servicios ofertados para esta modalidad. Inicia con la solicitud por parte de la usuaria, continúa con el agendamiento y finaliza con la prestación del servicio. La solicitud puede ser hecha por la usuaria a través de cualquiera de los canales dispuestos por Profamilia: página web, WhatsApp, línea telefónica IVE o línea telefónica nacional. Esta solicitud es canalizada por el Centro de Experiencias de Profamilia, que agenda la cita, consolida todos los servicios solicitados por telemedicina para el día siguiente y envía al personal encargado de la caja. El cajero se encarga de generar un enlace para el pago electrónico de la consulta (si la usuaria está accediendo a la consulta como particular) o de validar la autorización de la EPS (si la usuaria está accediendo a la consulta mediante su aseguradora). Una vez se verifica el pago, la usuaria es incluida dentro del sistema de Profamilia y se le envían dos documentos: uno con recomendaciones para tomar el servicio de salud por telemedicina y otro en el que se solicita su consentimiento informado para la atención por telemedicina. Este consentimiento debe ser registrado en la historia clínica por el profesional encargado de la atención.

Para la atención, se dispone de un aplicativo específico: SaludTools. El profesional de la salud debe ingresar a la cita diez minutos antes de la hora programada con la usuaria para hacer las pruebas de conectividad (verificar funcionamiento de cámara, micrófono y conexión a internet) y el alistamiento de los insumos para la prestación del servicio. Una vez hechas las verificaciones,

15. Aunque desde 2005 el misoprostol es de venta libre en Colombia, la mifepristona solo puede ser administrada bajo prescripción y vigilancia médica, razón por la cual actualmente no puede ser incluido dentro del Kit Mía.

debe activar el botón de inicio dispuesto en el *software* para que se genere y envíe el enlace de acceso a la usuaria para que se conecte. Este enlace puede llegar por WhatsApp o mensaje de texto y le permite descargar la aplicación y registrarse para obtener un usuario y contraseña para ingresar a la consulta.

El servicio debe ser prestado de acuerdo con las guías, los protocolos y procedimientos establecidos por Profamilia, dependiendo del tipo de consulta y de especialidad. Para el caso: Protocolo de teleconsulta y Protocolo médico de aborto. Como resultado de la prestación del servicio se pueden generar ordenes médicas. Estas solo pueden ser generadas en SaludTools y enviadas durante la consulta por medio del botón de envío del aplicativo.

Para los casos en los que se vea interrumpida la conexión por videoconferencia y que no se pueda restablecer la comunicación, el profesional de la salud encargado de la prestación del servicio puede dar continuidad a la atención por medio telefónico, estableciendo conexión por el aplicativo dispuesto para tal fin y garantizando el registro de la atención.

Desde que inició (15 de mayo de 2020) hasta el 31 de diciembre del mismo año, en Profamilia se brindaron 3.496 atenciones por la modalidad de telemedicina, de las cuales 154 (4,4%) corresponden a servicios de teleaborto. Entre otras cosas, de allí la importancia de identificar desafíos y oportunidades que la organización debe tener en cuenta para mejorar y expandir el acceso al servicio.

2.2.2 Los servicios de teleaborto en MEXFAM

La Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. (MEXFAM) es una organización de la sociedad civil mexicana, con 55 años de experiencia en la defensa y promoción de derechos y servicios relacionados con la salud sexual y salud reproductiva; educación integral para la sexualidad con enfoque de género y construcción de ciudadanía.

Teniendo en cuenta el marco normativo mexicano, la experiencia de MEXFAM en términos de la prestación del servicio de aborto se concentra en la clínica de Ciudad de México, donde este servicio es legal. Sin embargo, fue a raíz de su despenalización en Oaxaca (2019) que MEXFAM implementó el Piloto de Telesalud, en vista de la necesidad de llegar con el servicio a este territorio y como una respuesta ante los retos y situaciones críticas en el sistema de salud pública, agravadas por la pandemia COVID-19 para el acceso al aborto legal y seguro de mujeres que viven en condiciones de pobreza, en un contexto rural e indígena.

Aprovechando la experticia técnica y la formación con la que cuenta el personal de Ciudad de México, este piloto se puso en funcionamiento en septiembre de 2020. El Piloto de Telesalud de MEXFAM consiste en la interconexión a través de la plataforma Zoom entre los dos puntos de atención involucrados en la prestación del servicio: el Centro Emisor (CE) y el Centro Receptor (CR):

- El Centro Emisor es la unidad de atención médica básica que demanda o solicita un servicio de aborto vía telesalud. En este nivel se ubica al Centro de Servicios Médicos de Ixtaltepec, Oaxaca, el cual tiene 25 años de trabajo ininterrumpido en dicha zona y sólido posicionamiento entre las comunidades. El equipo responsable del CE es el personal de salud, con capacitación básica en el manejo eficiente de los sistemas de comunicación a distancia. Esta figura está representada por la orientadora, quien proporciona a la usuaria información clara y completa sobre los diferentes momentos del procedimiento; la

acompaña durante el proceso; facilita la conexión; da el seguimiento a cada caso atendido vía telesalud y, de ser necesario, vincula a la usuaria de nuevo con el médico especialista para tratamiento complementario. El servicio de aborto vía Telesalud MEXFAM es gratuito para mujeres que viven en condiciones de pobreza, en zonas rurales, en el Istmo de Tehuantepec, Oaxaca.

- El Centro Receptor es la unidad de atención médica especializada que brinda el servicio de aborto vía telesalud, representada por el Centro de Servicios Médicos Xola, en Ciudad de México, el cual cuenta con 20 años de trabajo ininterrumpido y desde 2008 es una clínica pionera en MEXFAM para la prestación de los servicios de ILE. El médico especialista en la provisión de servicios de ILE cuenta con capacidades básicas para el manejo eficiente de los sistemas de comunicación para la telesalud, con conocimientos y capacidades especializadas en la provisión del servicio de aborto por esta vía. El médico realiza la consulta de valoración a la usuaria por videollamada, y, de ser candidata para el procedimiento de aborto con medicamentos, le da las indicaciones, le explica los efectos secundarios, los datos de alarma y agenda la cita de seguimiento. El médico envía la fórmula o receta al CE y la orientadora entrega el medicamento¹⁶. El mismo médico es la persona responsable de realizar el expediente clínico de la usuaria atendida por Telesalud MEXFAM en el CR; y de la consulta de seguimiento telefónico o videollamada.

Para que MEXFAM decidiera poner en marcha el piloto, como un medio de respuesta más accesible y económico de una organización no gubernamental en una zona rural de Oaxaca, fue necesario partir de comprender las diferencias entre la telemedicina y la telesalud, así como identificar que en el contexto donde se implementaría el servicio (Clínica en Ixtaltepec, Oaxaca) no era operable el modelo de telemedicina (ya que es una zona con limitados servicios de internet de banda ancha) y tener en cuenta las implicaciones de costo y fondeo que podrían afectar la sostenibilidad de esta nueva estrategia.

Ante la carencia de otros documentos de referencia nacional, para la implementación del Piloto de Telesalud, el equipo de MEXFAM siguió la recomendación de su asesora legal, para retomar en su operación los elementos estipulados en el Modelo del CENETEC. Por esta razón, las siguientes características de la telemedicina para servicios de aborto se cumplen con el servicio Piloto de Telesalud de MEXFAM:

- Garantizar la misma calidad del servicio que uno presencial
- Expedientes clínicos en orden
- Consentimientos informados con firma electrónica.
- Videograbación de la atención como parte del expediente clínico.
- ILE vía medicamentos
- Receta con firma autógrafa del médico con especialidad, adjunta al medicamento (que no está controlado).

16. En México, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) estipula que la mifepristona solo puede ser indicada por médicos ginecobstetras. Para el caso de la Ciudad de México, el lineamiento de los servicios de ILE permite que sea prescrita por médicos cirujanos dentro de las instalaciones donde se presta el servicio (CR). Para el caso de Oaxaca, al no disponer de lineamientos propios, la implementación se basa en el lineamiento de la Ciudad de México. Por ello, en el modelo de Telesalud MEXFAM las usuarias tienen que acudir a la clínica para poder recibir la mifepristona en la clínica, mediante receta médica.

- Garantizar el adecuado aviso de privacidad y obtener el consentimiento.
- Creación de un protocolo para este tipo de servicios.
- Creación de un registro ante las autoridades del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) sobre la creación de una base de datos con el objetivo de registrar los casos atendidos.
- Registro ante las autoridades del INAI para el manejo adecuado de datos personales de las usuarias de los servicios realizados por telemedicina.

Además, al ser un servicio de salud, MEXFAM garantiza que durante la prestación del mismo se cuenta con las siguientes disposiciones oficiales vinculadas a telemedicina:

- Consentimiento informado: definido por la Norma Oficial Mexicana NOM- 004-SSA3-2012, del expediente clínico, como todo documento escrito firmado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, donde acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que la paciente ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados.
- Incluir aviso de privacidad en la firma de los consentimientos informados para asegurar la confidencialidad y buen manejo de los datos incluidos en estos formatos. De acuerdo con el artículo 17 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, obtenidos del titular, de forma clara y fehaciente a través de formatos impresos, digitales, visuales, sonoros o cualquier otra tecnología, salvo que se hubiera facilitado el aviso con anterioridad; el responsable deberá proporcionar al titular, de manera inmediata, toda la información y los mecanismos para que conozca el texto completo del aviso de privacidad.
- Personal médico en los dos extremos de la comunicación. Según el Modelo de Atención Médica a Distancia del CENETEC, "los servicios de salud en el ámbito público por medio de telemedicina o telesalud están diseñados con un modelo específico que permite utilizar cualquier tipo de software o aplicación para videollamada, pero tienen a una persona médica que se encuentra con la paciente y, del otro lado, mantienen la comunicación con el médico especialista, de tal manera que el médico que está con la paciente se vuelve auxiliar y 'ojos' del médico que no está presente por la distancia, pero que está enlazado". Si bien el CENETEC realiza los servicios teniendo un médico en cada punto de prestación de servicio, la definición de telesalud permite brindar los servicios teniendo solamente a un médico en uno de los puntos.

La ruta de acceso está claramente definida y es resolutoria para la atención. Aún en tiempos de pandemia, la promoción del servicio es clave para su demanda. La experiencia del equipo de trabajo comunitario (presencial y a distancia) de MEXFAM da cuenta de que es el primer enlace que vincula a la usuaria con el servicio de telesalud. Todo caso identificado o referido a la promotora en comunidad recibe una primera orientación y se remite al CE para agendar la cita de atención de Telesalud MEXFAM. La orientadora en el CE acompaña a la usuaria durante el servicio; el médico de CR envía fórmula o receta firmada, la orientadora solicita y surte fórmula o receta médica en la farmacia del CE, con el medicamento correspondiente. Se establecen las orientaciones básicas para el seguimiento del caso, en coordinación con el médico especializado del CR, hasta que se le da alta del servicio.

Para el suministro de los medicamentos, en el caso de Oaxaca, que no dispone de lineamientos propios, la implementación se basa en el lineamiento de la Ciudad de México. Por ello, en el modelo de Telesalud MEXFAM las usuarias tienen que acudir a la clínica para poder recibir la mifepristona, mediante fórmula o receta médica. Por otro lado, las videollamadas de la atención vía telesalud son grabadas, con previa autorización de la usuaria, y forman parte del expediente clínico. Los archivos son resguardados como soporte en el área de sistemas de MEXFAM.

2.3 Desafíos y oportunidades para los servicios de teleaborto en Profamilia y MEXFAM

La experiencia de Profamilia y MEXFAM implementando los servicios de teleaborto es reciente y muy diferente. No obstante, fue posible identificar desafíos y oportunidades en común, que merecen ser abordados ya que pueden socavar o impulsar la continuación y expansión de la prestación del servicio por esta modalidad. Estos se presentan a continuación. Además, como cierre de esta sección, se presentan algunas de las lecciones aprendidas por ambas organizaciones en sus procesos.

2.3.1 Desafíos

Los desafíos son los aspectos que se constituyen en retos que hay que superar para posibilitar o mejorar la prestación de los servicios de teleaborto. Estos pueden estar relacionados con asuntos propios de la organización o con situaciones presentadas en el contexto sociopolítico o cultural en el que esta se encuentra. Sean de uno u otro tipo, los desafíos son barreras que deben ser superadas por la organización para mejorar y expandir el servicio de aborto por telemedicina. En la Tabla 3 se presentan los desafíos identificados.

Tabla 2. Desafíos para la prestación de los servicios de aborto en Profamilia y MEXFAM

Nivel	Desafío	Profamilia	MEXFAM
Organizacional	Necesidad de entrenamiento específico en teleaborto	•	•
	Necesidad de contar con personal exclusivo para la atención por esta modalidad	•	•
	Temor a la cámara y falencias en el uso de las TIC	•	•
	Interferencias por la calidad de la conexión que pueden alargar el tiempo de consulta	•	•
	Largos tiempos de espera para tener respuesta y atención	•	N.A
	Dificultades para el registro de las historias clínicas en el <i>software</i> diseñado para la atención (<i>SaludTools</i>)	•	N.A

Nivel	Desafío	Profamilia	MEXFAM
Socio-político	Problemas de calidad de la energía eléctrica y de la conexión a internet	•	•
	Barreras para el acceso a internet y a equipos tecnológicos para las poblaciones más vulnerables.	•	•
	Fuertes restricciones económicas de las poblaciones objetivo	•	•
	Interpretaciones restrictivas sobre la entrega de la mifepristona	•	•
	Falta de lineamientos de las entidades competentes respecto a la prestación del servicio de aborto por telemedicina	•	•
	Grupos y movilización en contra del aborto y las nuevas modalidades para su atención	•	•
	Vacío legal y normativo frente a la atención médica a distancia	N.A	•
	Falta de lineamientos operativos para proveer servicios de aborto legal y seguro en Oaxaca, aún con la despenalización.	N.A	•
Cultural	Estigma frente al aborto	•	•
	Dificultad para hablar sobre salud sexual y salud reproductiva fuera de la privacidad del consultorio	•	•
	Imaginario sobre la idoneidad de la presencialidad en la atención en salud	•	•

Elaboración de Profamilia y MEXFAM con base en grupos focales y entrevistas. Nota: N/A significa No Aplica

2.3.1.1 Desafíos a nivel organizacional



A veces no es tan fácil pararse frente a la cámara sin que una misma se distraiga y estar pendiente de lo que dice. Veo que al médico le han estado trabajando cosas a distancia y esas cosas favorecen que él pueda finalmente estar frente a la cámara y dirigirse a la usuaria lo más ecuánime posible”.

[Equipo CE MEXFAM]



Me pusieron a esperar por la llamada, se demoró bastante [...] Yo digo que de pronto tienen que mejorar en eso. Como en la llamada, si a usted le tienen que llamar mañana, que la llamen mañana,".

[Usuaría Profamilia]

Necesidad de entrenamiento específico en teleaborto. Pese a que tanto en Profamilia como en MEXFAM el personal fue capacitado para brindar atención por la modalidad de telemedicina y cuenta con experiencia en la atención de otros servicios de salud, uno de los principales desafíos identificados tiene que ver con la necesidad de capacitaciones específicas para la atención del aborto por esta modalidad no solo a quienes prestan el servicio sino a todas las personas que hacen parte de la ruta de atención, ya que existen particularidades. Por ejemplo, en el caso de Colombia, la historia clínica es más compleja y tiene un mayor número de anexos.

Necesidad de contar con personal exclusivo para la atención por esta modalidad. Otro desafío identificado en ambos casos es la necesidad de contar con personas dedicadas exclusiva o prioritariamente a la atención del aborto por esta modalidad, lo que significa para las organizaciones hacer un esfuerzo en términos de recursos humanos. Pese a que se encontró iniciativa en las organizaciones para ello, es de anotar que la crisis sanitaria por la pandemia tuvo como consecuencia una disminución en la disponibilidad de personal para contratar, debido a la alta demanda de personal del sector salud.

Temor a la cámara y falencias en el uso de las TIC. Tanto en Profamilia como en MEXFAM, la implementación de la modalidad de atención del aborto por telemedicina evidenció asombro y nerviosismo en el prestador de servicios al saberse grabado y al enfrentarse a la necesidad de desarrollar nuevas capacidades en TIC. Al romper la dinámica tradicional del trabajo presencial a la que están acostumbrados, los equipos enfrentan el reto de conocer y dominar los pasos de conectividad y logística para la consulta a distancia. La prestación del servicio de aborto por la modalidad de telesalud o telemedicina requiere que haya comodidad frente a la cámara, elemento en el que el personal médico tiene poca experiencia. Para el caso específico del servicio que se presta en la Ciudad de México, el médico especialista cuenta con todas las habilidades y experiencia ganadas en cinco años como facilitador de grupos y participante en acciones de salud en medios de difusión masiva: elementos que se constituyen en fortalezas en su caso, pero que es necesario desarrollar en nuevos recursos humanos médicos para la atención en esta modalidad a distancia.

Interferencias por la calidad de la conexión que pueden alargar el tiempo de consulta. Otro desafío compartido por Profamilia y MEXFAM tiene que ver con el tiempo que puede durar la atención del aborto por la modalidad de telemedicina o telesalud, debido a posibles interferencias durante la consulta por la calidad de la conexión. Al ser un factor difícil de controlar por parte de las organizaciones, debe ser tenido en cuenta en el momento del agendamiento para no afectar los tiempos de espera de las siguientes usuarias.

Largos tiempos de espera para obtener respuesta y atención. Un desafío que se identificó como exclusivo para Profamilia tiene que ver con los canales de atención y los tiempos de respuesta a las personas que buscan acceder al servicio de teleaborto o que inician el proceso

de consulta. A pesar de que se cuenta con herramientas multicanal: WhatsApp, línea IVE, una página web y un Centro de Experiencias que canaliza estos medios, la percepción del personal de apoyo y de las usuarias es que el tiempo de espera para obtener respuesta (contacto inicial) es muy alto y que el personal encargado de responder a la demanda es insuficiente. A ello se suma una barrera preexistente para el acceso al aborto en el caso de Colombia, relacionada con el tiempo que tardan las aseguradoras en autorizar el servicio, lo cual incide en que también la espera para la atención (consulta y seguimiento) sea más larga de lo que las usuarias necesitan.

Dificultades para el registro de las historias clínicas en el software diseñado para la atención (*SaludTools*). Otro desafío al que se enfrenta Profamilia es el relacionado con el manejo de las historias clínicas en la plataforma dispuesta para su registro (*SaludTools*) durante la atención por telemedicina. De acuerdo con los prestadores del servicio, es necesario adaptar los formatos que provee el software, de manera que sean semejantes a los que existen con anterioridad en la organización, ya que estos son más completos e incluyen anexos específicos para la atención del aborto que *SaludTools* no está teniendo en cuenta.



2.3.1.2 Desafíos a nivel sociopolítico



Cuando él me llamó, pues en una parte le entendí unas cosas y en otras no, porque como la señal estaba... como aquí estaba lloviendo mucho, muy duro, entonces la señal se iba".

[Usuaría del servicio de Profamilia]



La verdad es que en la zona en sí, con el tema del viento, es común que el enlace del internet se caiga. No del diario, pero al menos una vez al mes se cae el enlace por algo relacionado con el viento".

[TL4C_170820_E2]

Problemas de calidad de la energía eléctrica y de la conexión a internet. Uno de los desafíos más mencionados por las personas que participaron de la investigación es la calidad de la energía eléctrica y de la conexión a internet, indispensables para el funcionamiento de la telemedicina y la telesalud. Tanto en Profamilia como en MEXFAM, el personal entrevistado destacó que una de las funciones de estas modalidades de atención es eliminar barreras de acceso al aborto, especialmente para las poblaciones más vulnerables o aquellas que se encuentran alejadas de los principales centros urbanos. Sin embargo, en los territorios más alejados la calidad de la energía eléctrica y de la conexión a internet es menor como en Ixtaltepec, donde opera el Piloto de Telesalud de MEXFAM, o como en muchos de los municipios de Colombia donde residen las usuarias de los servicios de Profamilia. De hecho, esta es una de las razones por las que MEXFAM no implementó la telemedicina sino la telesalud. En la región de Oaxaca, donde se encuentra la clínica MEXFAM, solo se cuenta con servicios de internet básicos, no existen conexiones de banda ancha por lo que las usuarias acuden a la clínica (CE) a recibir el servicio y el medicamento. Así, durante la implementación del servicio Piloto de Telesalud fue necesario garantizar lo siguiente: una conexión directa del dispositivo utilizado al módem de internet (con una línea adicional); una conexión estable de internet con buena velocidad; un manual de procedimientos del servicio a distancia; y, un espacio de asesoría en grupo de WhatsApp entre los puntos CE y CR en MEXFAM para asesorarse, acompañar el trabajo y facilitar la comunicación intermedia.

Barreras para el acceso a internet y a equipos tecnológicos para las poblaciones más vulnerables.

Otro desafío identificado se relaciona con las barreras para el acceso al internet y a equipos tecnológicos por parte de las potenciales usuarias de los servicios de teleaborto debido a los costos, incluso allí donde sí hay conexiones a internet. Esto se presentó para ambos casos de estudio, sin embargo, es un desafío que se hace más latente en Colombia, ya que en ocasiones es la falta de recursos para poder pagar el internet o el equipo móvil lo que dificulta la prestación de los servicios, más que la inexistencia o la calidad de la energía eléctrica o el internet.

Fuertes restricciones económicas de las poblaciones objetivo. Durante la pandemia, las condiciones económicas se han visto afectadas para todas las personas. Muchas de las

usuarias que acuden a los servicios de MEXFAM y Profamilia tenían el ingreso de su trabajo que complementaban con ingresos paralelos por ventas en el comercio informal. Sin embargo, por efecto de la pandemia han experimentado fuertes cambios y disminución en sus ingresos. De continuar la emergencia sanitaria por COVID-19, las afectaciones económicas que experimentan directamente las mujeres y los ingresos de los hogares podrían constituirse en barreras que limiten el acceso al aborto en función del costo que se le asigne, toda vez que el Servicio de Telesalud MEXFAM deje de ser gratuito o que las aseguradoras de las usuarias no tengan contratados sus servicios con Profamilia, caso en el cual no sería posible que las usuarias asumieran el costo de la atención.

Interpretaciones restrictivas sobre la entrega de la mifepristona. En el nivel socio-político, quizá uno de los desafíos más importantes compartidos por Profamilia y MEXFAM es la interpretación restrictiva sobre la entrega de la mifepristona a las usuarias, el medicamento específico más efectivo para el aborto farmacológico (en combinación con el misoprostol, cuya comercialización también se encuentra avalada). Actualmente, tanto en Colombia como en México, la mifepristona no es dispensada por droguerías o farmacias, ya que solo se comercializa entre instituciones de salud y para acceder a ella es necesario contar con fórmula o receta médica. En ocasiones, esto se ha interpretado como que la presencialidad es obligatoria para que sea el personal de salud el que, además de formular o recetar el medicamento, lo administre. No obstante, al menos para el caso de Colombia, la normativa vigente sobre la atención por telemedicina permite que los medicamentos se prescriban en el marco de la teleconsulta (sincrónica), razón por la cual, el medicamento podría enviarse a la usuaria a la que se le prescribió, sin necesidad de que esta se desplace hasta el centro de salud.

Grupos y movilización en contra del aborto y las nuevas modalidades para su atención. Tanto las personas que participaron de la investigación de Colombia como las de México identificaron un reto para la prestación de servicios de teleaborto en la existencia de grupos en contra de este derecho y que se movilizaron para restringir el acceso en general al mismo y en particular el acceso a través de las nuevas modalidades de atención, como la telemedicina. En el caso de Colombia, ante el anuncio de la prestación del teleaborto, se generaron diversos comunicados de rechazo por parte de grupos, organizaciones, figuras políticas y algunos representantes a la Cámara del Congreso de la República, solicitando que no se realizaran estos procedimientos y que se sancionara a las EPS que estuvieran prestando el servicio. Es de anotar también que la percepción de las personas que participaron en las entrevistas y grupos focales es que estos grupos han ganado fuerza en los últimos años y que tienen capacidad de incidencia a nivel de Congreso, ministerios y otros espacios importantes de toma de decisiones públicas.

Falta de lineamientos de las entidades competentes respecto a la prestación del servicio de aborto por telemedicina. Otro desafío común tiene que ver con el poco liderazgo de las autoridades públicas en salud para emitir lineamientos sobre cómo debe ser la atención del aborto por la modalidad de telemedicina. De hecho, para el caso de Colombia se tuvo conocimiento de que un lineamiento al respecto había sido construido por el MSPS, pero no fue emitido. Al parecer, existe temor frente a la seguridad clínica de la atención del aborto por telemedicina, de manera más precisa, frente a cómo suplir una atención que se considera que debería ser presencial para determinar la edad gestacional, si es un embarazo ectópico, si hay contraindicaciones para el uso de alguno de los medicamentos (misoprostol o mifepristona), entre otros.

Vacío legal y normativo frente a la atención médica a distancia. Además de los desafíos anteriores y a diferencia de Colombia, en donde existe un marco normativo robusto sobre la atención médica a distancia, MEXFAM se enfrenta al vacío legal y normativo al respecto. Esto ha implicado, entre otras cosas, contar con asesoría legal y diseñar un modelo propio para su Piloto de Telesalud.

Falta de lineamientos operativos para proveer servicios de aborto legal y seguro en Oaxaca, aun con la despenalización. A diferencia de Profamilia, donde el aborto está despenalizado parcialmente desde hace más de una década en todo el territorio colombiano, MEXFAM solo puede prestar servicios de teleaborto donde el aborto está legalizado (Ciudad de México y Oaxaca). En Oaxaca fue legalizado muy recientemente (2019), razón por la cual el personal de MEXFAM Ixtaltepec, donde opera el Piloto de Telemedicina, refiere la existencia de brechas que han observado entre la legalización del aborto y su deficiente cumplimiento. En efecto, a un año de ser legal no se ha hecho suficiente difusión de la despenalización del aborto, no se han desarrollado capacidades en el personal de los servicios de salud pública del estado y las instituciones en salud no se han preparado para ofertar el servicio de manera gratuita. Todo lo anterior incide en que las usuarias y las potenciales usuarias de los servicios de teleaborto se enfrenten al desconocimiento y al estigma en mayor medida que las usuarias de Ciudad de México o de Profamilia.



2.3.1.3 Desafíos a nivel cultural



A los médicos nos dijeron que si nosotros no escuchamos, no vemos y no tocamos, no podemos dar un diagnóstico, un tratamiento, un manejo”.

[Grupo focal prestadores]



Yo creía que alguien iba a estar ahí esperándome. Cuando entré no encontré a nadie, un computador (...). Sería bueno que le dijeran a uno antes de entrar para que no lo tomen por sorpresa (...) porque yo esperaba encontrar a una persona.”.

[Usuaría Profamilia]

Estigma. A nivel del sistema sociocultural, un desafío que se identifica con frecuencia al hablar del tema del aborto es el estigma, tanto en México como en Colombia. En el marco de la pandemia de COVID-19 y de la puesta en marcha de la modalidad de atención por telemedicina, algunas de las personas con las que se conversó señalaron el estigma como una de las posibles razones por las cuales la demanda del servicio no ha sido la esperada, teniendo en cuenta que la mayoría de las personas comparten sus viviendas con otras personas frente a las que preferirían ocultar su acercamiento al servicio.

Dificultad para hablar sobre salud sexual y salud reproductiva fuera de la privacidad del consultorio. Otro desafío a nivel cultural tiene que ver con la sensibilidad que existe para hablar de la salud sexual y reproductiva, sobre todo cuando no se hace en la privacidad de un consultorio. Este es un desafío al que se enfrentan tanto Profamilia como MEXFAM; sin embargo, dado que la atención de MEXFAM se hace entre centros de salud ubicados a distancia, las usuarias acuden necesariamente a un consultorio, por lo que este es un desafío más fuerte para Profamilia, cuando la atención del aborto se hace entre una usuaria que está fuera del centro médico y el personal de la salud y no entre dos centros de salud o clínicas ubicadas a distancia.

Imaginario sobre la idoneidad de la presencialidad en la atención en salud, tanto por parte de las personas usuarias como por quienes prestan los servicios de salud. En el imaginario social basado en la experiencia, recibir atención médica conlleva la expectativa de tener la presencia física del médico. Sin embargo, al enfrentarse a un monitor, las usuarias manifiestan sorpresa y cierto desconcierto, los cuales se han superado tanto en Profamilia (en los casos en los que la atención se hace entre centros remitores y de referencia) como en MEXFAM, gracias al acompañamiento de una orientadora. En el imaginario de las personas, la expectativa de acudir a consulta médica implica ver presencialmente al médico, por lo que, al inicio de la consulta experimentan cierta incredulidad de si el servicio que recibirán será resolutivo para su problema o no. Así, un reto que enfrenta este tipo de servicios a distancia es generar la confianza suficiente entre el personal de salud involucrado y las usuarias de los servicios, ya que muchas veces se piensa que es más efectiva una atención presencial, lo cual puede deberse a la poca familiaridad que se

tiene con el servicio a distancia (telemedicina-telesalud). Este desafío es aún mayor cuando se relaciona con el servicio de aborto, frente al cual también existen imaginarios específicos, como, por ejemplo, la idea de que es un procedimiento complicado independientemente de la edad gestacional o la técnica que se emplee para hacerlo.

2.3.2 Oportunidades

Las oportunidades son circunstancias que facilitan a las organizaciones implementar los servicios de teleaborto. Como los desafíos, las oportunidades pueden estar relacionadas con asuntos propios de cada organización o con situaciones externas a ellas. Potenciar las oportunidades con las que se cuenta, puede incidir la mejora de los servicios de aborto por telemedicina y, por lo tanto, en la expansión del derecho al aborto, sobre todo para aquellas mujeres o personas con capacidad de gestar que se enfrentan a barreras de acceso relacionadas con la geografía, los costos de desplazamiento, la falta de centros de atención en sus territorios, la falta de personal capacitado y sensible para la atención de este servicio, entre otros. En la Tabla 4 se presentan las oportunidades identificadas para Profamilia y MEXFAM.

Tabla 3. Oportunidades para la prestación de los servicios de aborto en Profamilia y MEXFAM

Nivel	Oportunidad	Profamilia	MEXFAM
Organizacional	Trayectoria de la organización	•	•
	Carácter privado de la organización	•	•
	Talento humano capacitado en temas de aborto	•	•
	Talento humano experimentado en técnicas de aborto	•	•
	Capacidad instalada	•	•
	Infraestructura y equipos	•	•
	Rutas de acceso y manuales de procedimiento definidos	•	•
	Percepciones favorables de las usuarias y del personal de salud implicado en la atención por la modalidad	•	•
	Cobertura nacional y protocolos, programas y políticas organizacionales sobre la atención del aborto de aplicación nacional	•	N.A

Nivel	Oportunidad	Profamilia	MEXFAM
Socio-político	Derivaciones de los puntos de servicios públicos hacia la organización a raíz de la pandemia	N.A	•
	Flexibilización de algunos de los requisitos para la habilitación de la prestación de algunos servicios bajo la modalidad telemedicina	•	N.A
	Lineamientos emitidos por la autoridad del sector salud en los que señaló al aborto como un servicio fundamental cuya prestación debía ser garantizada en el marco de la pandemia	•	N.A
	Existencia de un movimiento creciente de mujeres identificado con la Marea Verde regional que busca incidir legal y socialmente a favor del aborto	•	•
Cultural	Preferencia a recibir la atención para el aborto de manera no presencial	•	•
	Familiaridad de las personas con las TIC	•	•
	Avances en el reconocimiento social del aborto como un derecho después de más de una década de su despenalización parcial	•	N.A

Elaboración de Profamilia y MEXFAM con base en grupos focales y entrevistas. Nota: N/A significa No Aplica

2.3.2.1 Oportunidades a nivel organizacional



No tuve ningún inconveniente y también entiendo por lo que estamos pasando del coronavirus y todo eso. Creo que es más difícil que te atienda un médico, pero seguía con la idea de que el médico iba a estar ahí, de que me iba atender en persona, y no sucedió; pero de esta manera (telesalud) estuvo muy bien, muy amable, me sentí cómoda. Entonces, estoy satisfecha".

[Mujer usuaria del servicio telesalud]



No es solamente la capacitación sino la experiencia, porque eso se le transmite al usuario; cuando se hace esta atención por telemedicina, usted tiene que ganarse a la persona, porque no es una atención presencial y con sus palabras tiene que lograr mucho".

[Prestador de Profamilia]

Trayectoria de la organización. Tanto Profamilia como MEXFAM tienen una trayectoria de 55 años de trabajo por los derechos sexuales y reproductivos y como prestadoras de servicios de salud sexual y reproductiva. Aunque esta trayectoria varía entre las clínicas de acuerdo a su ubicación (por ejemplo, MEXFAM Ixtaltepec en Oaxaca opera hace 25 años y la clínica más reciente de Profamilia se abrió en 2019), representa la solidez que ambas organizaciones tienen en sus respectivos países, así como una gran oportunidad para difundir su experiencia entre sus diferentes sedes. Esta trayectoria, permite a las organizaciones ser reconocidas en la prestación con calidad de sus servicios, entre ellos, uno tan novedoso como el de teleaborto. Además, tanto en Profamilia como MEXFAM, su trayectoria comunitaria es una gran oportunidad para ofertar los servicios de teleaborto y telesalud y desarrollar nuevos canales de referencia y captación de usuarias nuevas a través de redes interinstitucionales y comunitarias en las zonas de intervención.

Carácter privado de la organización. Además de su trayectoria, Profamilia y MEXFAM tienen en común el hecho de que son organizaciones privadas sin ánimo de lucro. Al momento de implementar servicios relacionados con el aborto, esto puede ser una fortaleza, ya que pueden responder rápidamente y sin sobrecostos políticos a los ataques de personas organizadas en contra del aborto.

Talento humano capacitado en temas de aborto. Una de las oportunidades más destacadas de ambas organizaciones es el talento humano con el que cuentan, el cual ha sido sensibilizado y capacitado en temas de aborto a lo largo de los años. Si bien esto aplica para toda Profamilia (en donde todo el personal y no solo el directamente relacionado con la atención está sensibilizado en temas de aborto), no es así para MEXFAM, ya que solo su centro en Ciudad de México cuenta con la trayectoria. Con todo, la sensibilidad y la capacidad que tiene el personal de este centro ha sido clave para la implementación del Piloto de Telesalud de Ixtaltepec.

Talento humano experimentado en técnicas de aborto. Junto a la capacitación, otro elemento señalado por las personas como oportunidad es la experiencia que tiene el personal directamente implicado en la atención del servicio en las técnicas de aborto, lo cual aplica tanto para Profamilia como para el centro de Ciudad de México de MEXFAM. Algunas de las personas que participaron en los grupos focales de prestadores del servicio de Profamilia señalaron cómo la experiencia les ha facilitado hacer la atención de aborto por telemedicina ya que esta les ha permitido generar confianza en la persona usuaria, independientemente de que no esté de manera presencial. En el caso de MEXFAM, la experiencia práctica del equipo médico en su punto de servicios de la Ciudad de México (CR) ha sido clave para instalar y ofertar rápidamente el servicio de telesalud. Por lo que son percibidos por las usuarias entrevistadas como personal amable, muy paciente, que explica con claridad y resuelve dudas. Lo que le permite a la usuaria sentirse más segura e identificar el servicio de telesalud como una opción viable y eficiente.

Capacidad instalada. Otra oportunidad compartida tiene que ver con la capacidad instalada de las organizaciones para poner en marcha en poco tiempo una modalidad de atención nueva sin necesidad de recurrir a externos. Específicamente, en Profamilia la modalidad de atención se habilitó en todas sus clínicas (bien como centros de referencia o como centros remisores). Para ello, contó con el trabajo de muchas personas que hacen parte de la organización con formaciones académicas diversas. También en MEXFAM, en las entrevistas se observó la constante mención de que la instalación del servicio de telesalud para aborto seguro pudo ser posible gracias a las capacidades instaladas en el equipo de CR y de los equipos de trabajo comunitario en el CE. Si bien ha llevado tiempo desarrollar capacidades en los prestadores de servicios locales en un

nuevo marco legal de acceso al aborto en Oaxaca, prestar el servicio a distancia facilita que las usuarias comiencen a acceder a él y permite desarrollar capacidades en los equipos locales. En ese sentido, de no haberse realizado en esta modalidad y aún con la existencia del nuevo marco legal del aborto en Oaxaca, las usuarias que han sido atendidas por MEXFAM no hubieran podido ejercer su derecho por falta de oferta disponible en el sector público.

Infraestructura y equipos. En el caso de Profamilia, aunque la organización contaba con equipos, fue necesaria la compra de más computadores, para lo cual se contó con el apoyo de un financiador anónimo (Proyecto Opciones Reales). Otra oportunidad con la que cuenta Profamilia es que tiene un área de Tecnología, que fue la que lideró la compra de equipos y gestionó la contratación de un tercero para contar con un software especializado para la atención por telemedicina (SaludTools). En el caso de MEXFAM, no fue necesaria una mayor inversión en la materia, pues contaba con la infraestructura y los equipos necesarios.

Rutas de acceso y manuales de procedimientos definidos. Pese a que ni en Colombia ni en México existen lineamientos específicos para la atención del aborto por telemedicina emitidos por las autoridades de salud, Profamilia y MEXFAM desarrollaron manuales de procedimiento propios y definieron una ruta de acceso para la atención. Esto no solo es una fortaleza de las organizaciones, sino que también puede ser útil para impulsar la emisión de lineamientos por parte de las autoridades en salud.

Percepciones favorables de las usuarias sobre la atención recibida. Aunque es temprano para evaluar la satisfacción de las usuarias con los servicios, las entrevistas que se hicieron con algunas de ellas permitieron identificar que existe percepción favorable frente a los mismos en términos de la atención que se recibe, pese a que algunas (en el caso de Colombia) describieron barreras de acceso al servicio relacionadas con el tiempo que se toman las aseguradoras en autorizar que el servicio sea prestado por Profamilia. En México (Ixtaltepec), donde el servicio que presta MEXFAM es gratuito y es necesaria la intermediación de las aseguradoras para las mujeres en condiciones más vulnerables, el servicio es percibido como satisfactorio por las usuarias y lo recomendarían por sentirse seguras, acompañadas y orientadas durante la atención y el seguimiento.

Percepciones favorables del personal de salud implicado en la atención por la modalidad. La experiencia en el servicio que ha tenido el personal de Profamilia y MEXFAM es favorable. Durante los grupos focales con prestadores del servicio en Profamilia, estos señalaron las ventajas de contar con esta modalidad de atención para eliminar barreras de acceso al aborto a las que suelen enfrentarse las mujeres en Colombia y también dijeron sentirse cómodos durante la consulta. En el caso de MEXFAM, el personal entrevistado considera factible que el resultado del Piloto de Telesalud sea su expansión hacia otras entidades y otras necesidades en salud sexual y reproductiva. Al ser una estrategia novedosa para el equipo, ha sido motivante y retadora, no solo por el tema sino por las capacidades que implican las funciones del servicio de salud a distancia Telesalud MEXFAM utilizando las Tecnologías de Información y Comunicación.

Cobertura nacional y protocolos, programas y políticas organizacionales sobre la atención del aborto de aplicación nacional. Además de las oportunidades mencionadas, Profamilia cuenta con una oportunidad adicional para mejorar y expandir el acceso a los servicios de teleaborto en Colombia: la cobertura que tiene a nivel nacional a través de sus 40 clínicas y sus proyectos sociales y humanitarios. A diferencia de MEXFAM, en donde la legalidad del aborto depende de

la entidad federativa, en Colombia la normatividad que permite el aborto en tres causales aplica para todo el territorio nacional, así que los servicios de teleaborto pueden ser ofertados al mismo nivel. Por esta razón, desde la despenalización parcial del aborto en Colombia (2006), Profamilia ha desarrollado protocolos, programas y políticas de aplicación en todas sus clínicas sobre la atención del aborto. Esto facilitó que se contara con documentos de base para la apertura de los servicios de teleaborto y el ajuste o la elaboración de nuevos protocolos.

2.3.2.2 Oportunidades a nivel sociopolítico



La pandemia nos dio esa oportunidad, o sea, se flexibilizaron un poco las normas, pudimos nosotros casi que del sombrero del mago sacar asesoría virtual, sacar teleaborto y sacar telemedicina, creo que eso es importante y con eso estamos abriendo el abanico”.

[Personal del nivel estratégico]

A diferencia de otras oportunidades en las que se identificó convergencia entre las organizaciones, las oportunidades del nivel sociopolítico fueron diferentes para MEXFAM y Profamilia. Esto se explica porque se encuentran en países con características político-administrativas diferentes (Colombia es un país unitario, mientras que México es federado), y con avances normativos diferentes en materia de aborto y telemedicina/telesalud.

Derivaciones de los puntos de servicios públicos hacia la organización a raíz de la pandemia.

Una oportunidad particular con la que ha contado MEXFAM a raíz de la pandemia es que los puntos de servicios públicos empezaron a derivar sus atenciones a la unidad de servicios médicos de MEXFAM en Ixtaltepec (donde opera el Piloto de Telesalud), lo que representa una oportunidad para la organización en términos de promover el Servicio de Telesalud MEXFAM para el acceso a ILE.

Flexibilización de algunos de los requisitos para la habilitación de la prestación de algunos servicios bajo la modalidad telemedicina.

A nivel del sistema sociopolítico, una de las oportunidades más significativas para Profamilia se dio a raíz de la crisis sanitaria por la pandemia de COVID-19, con la flexibilización de algunos de los requisitos para la habilitación de la prestación de algunos servicios bajo la modalidad telemedicina. El MSPS emitió un lineamiento para la telesalud y la telemedicina, y dispuso una autorización transitoria para la prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina por parte de las secretarías de Salud departamentales o distritales.

Lineamientos emitidos por la autoridad del sector salud en los que señaló al aborto como un servicio fundamental cuya prestación debía ser garantizada en el marco de la pandemia.

También en Colombia, a raíz de la pandemia de COVID-19 y de la aparición o exacerbación de barreras de acceso para los servicios de salud, el MSPS emitió lineamientos específicos en los que señaló al aborto como un servicio fundamental cuya prestación debía ser garantizada, lo cual orientó a los prestadores hacia su atención por canales no presenciales, como telemedicina.

Existencia de un movimiento creciente de mujeres identificado con la Marea Verde regional que busca incidir legal y socialmente a favor del aborto. Tanto en Colombia como en México, en los últimos años se ha fortalecido y visibilizado el trabajo de múltiples organizaciones de mujeres por la despenalización social y legal del aborto. Después de la aparición de la Marea Verde argentina, en México, organizaciones civiles, colectivas, feministas y activistas independientes han conformado un movimiento a favor de la despenalización legal y social del aborto. Este movimiento ha crecido y llegado a todo el país y ha favorecido la creación y fortalecimiento de alianzas y redes para una lucha más organizada y estratégica, y también para acompañar a mujeres que desean interrumpir un embarazo. En Oaxaca, el resultado de esta movilización fue la despenalización del aborto en 2019, pero en todo el país activistas y organizaciones sociales luchan por expandir el derecho. En Colombia, aunque el trabajo por la despenalización total del aborto no es reciente, en 2020 se lanzó el movimiento Causa Justa, un movimiento que busca la eliminación del aborto del código penal, conformado por más de 45 organizaciones sociales de derechos humanos, de mujeres, feministas y alrededor de 60 activistas. La capacidad de incidencia de estos movimientos podría sentar un precedente importante para que se facilite la comprensión de que el aborto es un asunto de salud pública y un derecho, al igual que el acceso a los avances científicos y tecnológicos como los son medicamentos como la mifepristona y todas las modalidades de atención en salud que posibilitan las TIC.

2.3.2.3 Oportunidades a nivel cultural



A veces a uno, con la persona ahí al lado, le da como temor decir las cosas, entonces así [por videollamada] tiene más valor para decirlas. Se le quita a uno como el miedito y dice lo que siente”.

[Usuaría]

Preferencia que algunas usuarias manifestaron de recibir la atención para el aborto de manera virtual. Aunque puede estar relacionado con el estigma frente al aborto, una oportunidad a nivel cultural es la preferencia que algunas usuarias manifestaron de recibir la atención para el aborto de manera virtual. Aunque es pronto para hablar de una preferencia el servicio en estos términos, durante la atención se ha notado comodidad por parte de las usuarias, asunto que algunas también mencionaron en las entrevistas. El Servicio de Telesalud MEXFAM permite garantizar aún más la confidencialidad y seguridad de la usuaria, sobre todo, en entidades en donde los poblados son más pequeños y es más fácil que se conozcan entre sí. La experiencia en telesalud en Ixtaltepec desmitifica su complejidad y se concreta en una experiencia satisfactoria en la vida de las mujeres indígenas que viven en condiciones de pobreza.

Familiaridad de las personas con las TIC. Si bien el acceso a conexión y a equipos tecnológicos es un desafío para que la modalidad de atención por telemedicina cumpla su potencial, la familiaridad con las TIC es una característica de la sociedad actual. A raíz de la pandemia, las interacciones a distancia o haciendo uso de las TIC se ha incrementado, lo que podría tener efectos positivos en la aceptación y uso de estos medios por parte de las personas para recibir atención en salud.

Avances en el reconocimiento del aborto como un derecho después de más de una década de su despenalización En Colombia, los años que han transcurrido desde la despenalización parcial del aborto han cambiado posturas de la población y del personal sanitario, entre el que se encuentra una mayor disposición para la atención de esta necesidad, más aún cuando puede hacerse con efectividad y seguridad comprobada a través de medicamentos en las primeras semanas de gestación. En México, esta apreciación solo aplica para Ciudad de México, y es más bien un reto lograr este reconocimiento en la otra entidad territorial en la que el aborto es legal desde 2019 (Oaxaca).



Capítulo 3.

Conclusiones

La investigación que se presentó anteriormente demuestra que el teleaborto es todavía un campo sin explorar y con muchas oportunidades para ser llevado a cabo en tiempos de pandemia por COVID-19, donde la mayoría de los servicios se están trasladando al terreno virtual y hay mayores avances en el área de la salud con el fin de suplir las necesidades que se presentan por el impedimento de la presencialidad. Con todo, como se expone a lo largo del texto, hay distintos asuntos que deben ser tenidos en cuenta, debido a la transversalidad que estos representan para que sea posible prestar de forma adecuada la atención por telemedicina.

Uno de ellos es el marco legal. Al respecto, en México, a pesar de que el aborto está legalizado en la Ciudad de México desde el 2007, y unos meses antes de iniciada la pandemia por COVID-19, en el estado de Oaxaca, y además cuentan con un Modelo de Atención Médica a Distancia, los lineamientos y rutas para que las mujeres accedan a la Interrupción Legal del Embarazo por medio de telemedicina, todavía no se encuentran especificados de forma clara y, en consecuencia, la calidad en la prestación del servicio se ve comprometida. Por otra parte, Colombia, aunque cuenta con una amplia normativa tanto en derechos sexuales y reproductivos como en telemedicina y lineamientos planteados en el contexto de la pandemia, no dispone de rutas de atención, normativa e instrucciones claras que mencionen la relación directa que debe darse entre el uso de las TIC y la atención de la IVE, derivando esa ausencia en la generación de barreras nuevas para las personas con capacidad de gestar que deseen acceder al servicio. En tanto, puede ocurrir que, por la falta de guías para las EPS, los tiempos de acceso y espera sean más prolongados, el servicio sea suspendido por el desconocimiento para la prestación, no se brinden las garantías adecuadas para el acceso, entre otras. Por lo anterior, urge la expedición de normas que regulen claramente el teleaborto en los países en cuestión.

A nivel organizacional, tanto Profamilia como MEXFAM, al ser dos entidades que cuentan con una larga trayectoria en la promoción de derechos y servicios de salud sexual y reproductiva, poseen los elementos y las garantías para brindar la atención de aborto por telemedicina, sin que implique un riesgo para las personas que acudan a estas. Además, tienen protocolos claros de atención, que proveen a las personas con capacidad de gestar información explícita, asesoría, facilidades de atención y conexión, acceso a los medicamentos y al seguimiento del proceso. Factores que generan tranquilidad, confianza en las personas, y demuestran la solidez de las organizaciones.

Simultáneamente, por el contexto de la pandemia se vieron enfrentadas a situaciones complejas que les permiten mejorar y avanzar en la prestación de sus servicios tales como la necesidad de entrenamiento específico en teleaborto, contar con personas que se dediquen prioritariamente a la atención por teleaborto y el desenvolvimiento del personal en el uso de las TIC, entre otros.

En relación con el nivel sociopolítico, en los dos países se observó de manera recurrente que, al ser la conexión a energía eléctrica y a internet un ítem tan relevante pero tan desigual en los dos territorios, es necesario que los países busquen la forma en que estos sean servicios constantes y de calidad. Así como la flexibilización y acoplamiento de la atención frente al estado actual, dado que no todas las personas que acuden a los servicios cuentan con las mismas herramientas. Paralelamente, las consecuencias económicas derivadas de la pandemia se han convertido en una de las barreras de mayor relevancia, en tanto, las usuarias cada vez cuentan con menos recursos para sus necesidades básicas, lo que afecta el acceso en condiciones adecuadas, incluso cuando el servicio se presta de forma gratuita, pues de este también se derivan otros factores como el traslado, los implementos de cuidado, entre otros. En contraste a lo anterior, también se presentaron ventajas como la derivación de los puntos de servicios públicos hacia MEXFAM a raíz de la pandemia, la flexibilización en Colombia de algunos de los requisitos para la habilitación de la prestación de algunos servicios bajo la modalidad telemedicina y la reafirmación de que la IVE es un derecho fundamental por lo que no puede ser suspendido.

En cuanto al aspecto cultural, en los dos países es posible identificar desafíos relacionados con el estigma o con la censura pública del aborto. Es por ello que en la conversación sobre la Interrupción Legal del Embarazo es necesario que se abogue por la despenalización del aborto, toda vez que esto contribuye a la reducción de la estigmatización del personal médico y de las personas con capacidad de gestar. Se registró también que la prestación del servicio por telemedicina se dificulta debido al imaginario cultural que se tiene sobre la idoneidad de la presencialidad del médico para obtener una adecuada atención y el conflicto que les representa a las personas hablar de la salud sexual y reproductiva en espacios que no sean un consultorio.

Finalmente, destaca que estas organizaciones, aunque con pocas herramientas legales, han realizado diferentes esfuerzos para seguir prestando la atención con todas las garantías que se le pueda brindar a una persona, cuando accede a sus servicios. A su vez, que los desafíos y oportunidades aquí identificados son relevantes para el avance de cada país, pero también para otros países y organizaciones que defiendan y promuevan la protección, el ejercicio libre y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con capacidad de gestar.

Capítulo 4.

Recomendaciones

La experiencia de Profamilia y MEXFAM, así como las posibilidades o las restricciones dadas por el contexto sociopolítico y cultural en el que se encuentran, permite definir algunas recomendaciones que hay que tener en cuenta para diseñar, implementar y expandir el acceso a los servicios de teleaborto. En la Tabla 5 se presentan las principales recomendaciones según el nivel en el que podrían ejecutarse.

Tabla 4. Recomendaciones para el diseño, la implementación y la expansión de los servicios de teleaborto

Nivel	Recomendación
Organizacional	Revisar y adecuar al contexto de cada país el marco legal relacionado con la provisión de servicios de telemedicina y aborto
	Contar con un equipo encargado del diseño y la operativización de los servicios por la modalidad de telemedicina
	Entrenar a todo el personal que hace parte de la ruta de atención, así como contar con equipos especializados encargados de la prestación del servicio por esta modalidad
	Desarrollar capacidades en materia de Salud Digital y otras modalidades de atención a distancia (telesalud, teleorientación, telemedicina, etc.), así como en el uso de las TIC y dispositivos tecnológicos
	Garantizar una conexión directa del dispositivo al módem de internet (línea adicional de uso exclusivo), para garantizar una conexión más estable
	Definir una ruta de acceso y atención muy específica para este tipo de servicios
	Fortalecer el equipo encargado de la respuesta inicial a las usuarias
Sociopolítico	Facilitar el acceso a las TIC y a equipos tecnológicos
	Facilitar el acceso a los dos medicamentos sugeridos como los más efectivos y seguros para el aborto farmacológico (misoprostol y mifepristona)

Nivel	Recomendación
Sociopolítico	Emitir lineamientos específicos para la atención del aborto por telemedicina
	Generar espacios de discusión técnica y diálogo de saberes
	Impulsar a otras entidades prestadoras del servicio de salud a prestar el servicio de teleaborto
	Acelerar procesos de aprendizaje para la rápida implementación de los servicios
	Comunicar asertivamente en qué consiste el servicio de aborto por telemedicina
Cultural	Continuar trabajando por la despenalización social del aborto
	Fortalecer acciones de promoción de los derechos sexuales y reproductivos
	Cambiar el imaginario de que la atención presencial es per se mejor que la que puede brindarse por telemedicina o de manera virtual.

4.1 Recomendaciones a nivel organizacional

A nivel organizacional, una recomendación basada en las experiencias de Profamilia y MEXFAM es **empezar por revisar y adecuar al contexto de cada país el marco legal relacionado con la provisión de servicios de telemedicina y aborto**, ya que esto determina el diseño y el manual de operación del servicio. Una vez hecho esto, es importante **entrenar a todo el personal involucrado** en ello y explicar cómo cada paso en la ruta de atención cumple con varias normas y criterios establecidos en los documentos oficiales, y cuáles son estos.

Con base en la experiencia de la prestación del servicio, también se recomienda **contar con un equipo interdisciplinario que lidere la implementación de la modalidad de atención** de manera que no se pierdan de vista ninguno de los asuntos relacionados con la prestación del servicio de aborto por telemedicina, desde lo administrativo hasta lo clínico, pasando por todas las consideraciones éticas relacionadas con la atención en salud y el manejo de la información y de los datos.

Es fundamental **establecer rutas de acceso y protocolos de atención específicos** para que el servicio se pueda prestar con éxito. La experiencia del personal entrevistado da cuenta de que los servicios requieren que toda ruta de acceso y atención en cada punto de servicios sea lo más específica para su implementación. Todo ello para lograr que el servicio de salud a distancia facilite la atención, la fórmula o receta, el acceso al medicamento y el seguimiento del caso. Para ello, se requiere un protocolo de atención adecuado y asegurar que exista personal para acompañar cada momento en la ruta de atención. Durante las primeras consultas, es conveniente contar con un equipo que garantice y resuelva las posibles situaciones emergentes

y que monitoree la implementación y retroalimente el proceso para su mejora. De acuerdo con los resultados de esta investigación, en Profamilia es necesario **fortalecer al equipo encargado de dar la respuesta inicial** a las usuarias vía Línea IVE, página web, WhatsApp o teléfono, para que el tiempo de espera en ser atendidas no sea tan largo. Esto es particularmente necesario en lo que respecta a la atención de una necesidad tan sensible al tiempo como lo es el aborto. Por ello, algunas de las personas que participaron en los grupos focales sugirieron que toda búsqueda de atención de este servicio sea priorizada sobre las demás.

También es necesario contar con **equipos especializados en la atención del aborto seguro y desarrollar capacidades para la atención a distancia** que les permita contar con más elementos para adecuar sus estrategias y técnicas de trabajo. Asimismo, se recomienda **capacitar a los equipos en el uso de las TIC** que utilizarán, de la cámara de video, de las funciones que tienen las plataformas a utilizar (p.ej., Zoom u otras) y practicar en ellas para minimizar las condiciones estresantes para el equipo durante las primeras consultas.

En cuanto a la infraestructura tecnológica, ante restricciones presupuestales es viable y pertinente poner en funcionamiento el servicio optimizando el uso de dos puntos de servicios (Centro Emisor y Centro Receptor). Para lograrlo, se debe **garantizar una conexión** directa del dispositivo al módem de internet (línea adicional de uso exclusivo) para asegurar una conexión más estable, con buena velocidad, además de una línea telefónica en ambos puntos de servicios. En Profamilia, además de asegurar la conexión, es necesario **mejorar el software que se emplea para hacer la atención del aborto por telemedicina**, de manera que incluya los anexos de la historia clínica necesarios para registrar toda la atención y de modo que los prestadores del servicio se sientan más cómodos.

4.2 Recomendaciones a nivel sociopolítico

Cambiar el imaginario respecto a la atención por telemedicina o de manera virtual depende de la calidad que los prestadores le impriman al servicio. Por ello, mientras las personas se familiarizan con esta modalidad de atención, es necesario el **monitoreo constante y los estándares exigentes respecto a la calidad**. Preguntar directamente a las usuarias de los servicios cómo los están percibiendo y recibiendo, qué mejorarían y qué les gustó es clave para identificar las oportunidades de mejora y fortalecer la calidad de la atención.

Para que el potencial de las TIC sea aprovechado en función de satisfacer necesidades en salud como el aborto es clave implementar otras medidas en el nivel sociopolítico, como democratizar el acceso a las TIC, tanto a través de facilidades para contar con los dispositivos móviles como a través de mejoras en las coberturas de luz e internet. **Estar conectado es hoy más que nunca un derecho que los gobiernos deben garantizar a todas las personas**. Atender y disminuir la brecha de acceso a internet y a las tecnologías de la información podría depender de acciones concretas como declarar el acceso a internet como un servicio público para generar políticas en tanto servicio básico en el hogar, generar subsidios o regulaciones de precios, o aumentar los espacios públicos con acceso a internet libre (cumpliendo con las normas de bioseguridad durante la emergencia sanitaria).

También es clave **facilitar el acceso a los medicamentos sugeridos como los más efectivos y seguros para el aborto farmacológico (misoprostol y mifepristona)** de manera que la atención por telemedicina no comprometa la seguridad clínica de la persona usuaria. Para ello, es necesario que el medicamento pueda ser conseguido fácilmente por las personas en las farmacias, incluso si para ello se exige que cuente con fórmula o receta médica (como en el caso de la mifepristona). Asimismo, que las instituciones de salud garanticen que esta es la combinación de medicamentos que recetan para el aborto farmacológico, tal como lo recomienda la OMS y, para el caso de Colombia, como se presenta en las guías emitidas por el MSPS.

La despenalización total del aborto, el acceso a las tecnologías de la información y a los medicamentos de mayor eficacia y seguridad para el aborto son elementos básicos para la implementación de los servicios de teleaborto. Sin embargo, también es necesario contar con un **lineamiento específico para la prestación del servicio de aborto por telemedicina**, emitido por las autoridades del sector salud.

Teniendo en cuenta que la ausencia de este lineamiento puede deberse a reservas de las personas que hacen parte de las instituciones llamadas a asumir el liderazgo en la materia, una recomendación es **generar espacios de discusión técnica y diálogo de saberes**, en los que se pueda difundir la evidencia que existe respecto a la seguridad clínica de la atención del aborto por telemedicina y en donde las entidades que prestan este servicio puedan dialogar sobre sus experiencias. En México, además de MEXFAM, hay otras organizaciones como Fondo María e IPAS impulsando el teleaborto. En Colombia, además de Profamilia, existe otra organización privada con avances en la prestación del servicio (Oriéntame) con la que se podría construir evidencia para que los tomadores de decisión puedan emitir lineamientos que posibiliten que el servicio se preste en más instituciones prestadoras de servicios de salud.

Este diálogo de saberes o esta conversación basada en la experiencia puede **impulsar a otras entidades prestadoras del servicio de salud a prestar el servicio de teleaborto**. Además del potencial que la telemedicina tiene para la realización del derecho al aborto, en la medida en que la modalidad pueda disminuir costos, acortar tiempos de respuesta en la programación de citas, o directamente en la atención, seguramente va a interesar a las EPS implementarla.

Es posible que muchas de las instituciones encargadas de prestar el servicio de aborto no cuenten con el talento humano necesario o capacitado para hacerlo vía telemedicina. No obstante, las TIC pueden ser también empleadas para desarrollar estas capacidades ya que pueden acercar la experiencia de personal de la salud con experiencia a personal de la salud que apenas inicia, lo que puede **acelerar los procesos de aprendizaje** y, por tanto, la disponibilidad del servicio. Esto es lo que ha pasado en el caso de MEXFAM, en donde el centro más experimentado, ubicado en Ciudad de México, apoya al centro menos experimentado (ubicado en Ixtaltepec) para que este pueda prestar el servicio de aborto a las mujeres que se encuentran allí.

Finalmente, es necesario **comunicar asertivamente en qué consiste el servicio de aborto por telemedicina** para promocionar el servicio y lograr que quienes lo necesitan conozcan dónde y cómo pueden acceder a él, tratando de que la información que circule sobre el mismo sea clara y veraz y no dé lugar a malas interpretaciones.

4.3 Recomendaciones para la transformación cultural

El elemento que puede contribuir a la expansión del servicio es la **despenalización social del aborto en todo el territorio nacional**, que aplica tanto para Colombia (donde la despenalización solo se da para tres causales, pese a ser de aplicación nacional) como para México (donde la despenalización varía mucho entre estados) y la mayoría de países de América Latina y el Caribe. La despenalización social podría incidir en la eliminación de barreras legales y de otras barreras de acceso derivadas, así como facilitar el acceso al aborto farmacológico (aquel que puede acompañarse vía telemedicina) en particular.

Para ello, es necesario **fortalecer las acciones de promoción de los derechos sexuales y reproductivos**, dentro de los que se encuentra el derecho al aborto. Una forma en la que esto podría hacerse es garantizando la educación integral en sexualidad. Pero también es necesario incidir en los programas curriculares de medicina, implementar campañas de comunicación y robustecer espacios de discusión intersectorial para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

También es necesario **cambiar el imaginario de que la atención presencial es per se mejor que la que puede brindarse por telemedicina o de manera virtual**. La pandemia y las restricciones a los desplazamientos que esta ha supuesto, han influido en que se aprecie de manera general el potencial de las TIC para resolver necesidades como las relacionadas con el empleo, la educación y la salud.





EMPODERAMIENTO

Bibliografía

Acosta, L. A. (2005). Guía práctica para la sistematización de proyectos y programas de cooperación técnica. *Oficina Regional de La FAO Para América Latina y El Caribe*, 1-29.

Astete, C., Beca, J. P., & Lecaros, A. (2014). Propuesta de un glosario para la discusión del aborto. *Revista Médica de Chile*, 142, 1449-1451. <https://doi.org/10.1136/me>

Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo, & Clínica Alemana. (n.d.). *Glosario para la discusión sobre aborto*.

Doshi, A., Platt, Y., Dressen, J. R., Mathews, B. K., & Siy, J. C. (2020). Keep calm and log on: Telemedicine for COVID-19 pandemic response. *Journal of Hospital Medicine*, 15(5), 302-304. <https://doi.org/10.12788/jhm.3419>

Ganatra, B., Tuncalp, Ö., Johnston, H. B., Brooke R, J. J., Gülmezoglu, A. M., & Temmerman, M. (2014). From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bull World Health Organ*, 92-115. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.136333>

Grindlay, K., & Grossman, D. (2017). Telemedicine provision of medical abortion in Alaska: Through the provider's lens. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(7), 680-685. <https://doi.org/10.1177/1357633X16659166>

Grossman, D. A., Grindlay, K., Buchacker, T., Potter, J. E., & Schmertmann, C. P. (2013). Changes in service delivery patterns after introduction of telemedicine provision of medical abortion in Iowa. *American Journal of Public Health*, 103(1), 73-78. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301097>

Grossman, D., & Grindlay, K. (2017). Safety of medical abortion provided through telemedicine compared with in person. *Obstetrics and Gynecology*, 130(4), 778-782. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002212>

Grossman, D., Grindlay, K., Buchacker, T., Lane, K., & Blanchard, K. (2011). Effectiveness and acceptability of medical abortion provided through telemedicine. *Obstetrics and Gynecology*, 118(2), 296-303. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318224d110>

Hussein, J. (2020). COVID-19: What implications for sexual and reproductive health and rights globally? In *Sexual and Reproductive Health Matters* (Vol. 28, Issue 1, p. 1746065). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1746065>

Jara, O. (2010). La sistematización de experiencias. Aspectos teóricos y metodológicos. *El Matinal. Revista de Investigación y Pedagogía*, 9(1), 76-99. <https://doi.org/10.1558/jsrnc.v4il.24>

Jiménez Barbosa, W. G., & Acuña Gómez, J. S. (2015). Avances en telesalud y telemedicina: estrategia para acercar los servicios de salud a los usuarios. *Acta Odontológica Colombiana*, 5(1), 101-115. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/52283/52028>

Jull, G., & Moore, A. P. (2020). Telehealth and COVID 19. *Musculoskeletal Science and Practice*, 48(June), 102201. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2020.102201>

OMS. (2010). Telemedicine: Opportunities and developments in Member States. Report on the second global survey on eHealth. In *Global Observatory for eHealth series* (Vol. 2). <https://doi.org/10.4258/hir.2012.18.2.153>

OMS. (2014). *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*.

OMS. (2019). WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights. WHO. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/self-care-interventions/en/>

OMS. (2020). *COVID-19: cronología de la actuación de la OMS*. <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Derogación del aborto terapéutico en Nicaragua. Impacto en salud*.

Sisma Mujer. (2020). *Comportamiento de la violencia contra las mujeres en el marco de la pandemia de COVID-19 en Colombia*.

Todd-Gher, J., & Shah, P. K. (2020). Abortion in the context of COVID-19: a human rights imperative. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1). <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1758394>

UNFPA. (2020a). *COVID-19: Un Enfoque de Género. Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad*. <https://www.unfpa.org/es/resources/covid-19-un-enfoque-de-genero>

UNFPA. (2020b, April 27). *Repercusión de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar y la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil*. <https://www.unfpa.org/es/resources/repercusion-de-la-pandemia-de-covid-19-en-la-planificacion-familiar-y-la-eliminacion-de-la>

Villavicencio Seminario, R. (2009). Aprendiendo a sistematizar. Las experiencias como fuentes de conocimiento. *Programa Desarrollo Rural Sostenible*, 90. <http://bibliotecavirtual.info/wp-content/uploads/2013/08/Aprendiendo-a-sistematizar.pdf>

Wainwright, M., Colvin, C. J., Swartz, A., & Leon, N. (2016). Self-management of medical abortion: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 155–167. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.06.008>

World Health Organization. (2015). *Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient care Training manual*. www.who.int/about/licensing/www.who.int/about/licensing/

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2010). Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. 25-nov-2020, de Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión Sitio web: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>

Cédula de Instrumentos Jurídicos aplicables a la práctica de la Telesalud en México. [Recurso electrónico]. México: Secretaría de Salud, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2019.

CENETEC. (2017). Conceptos de Telemedicina. 30-nov-2020, de CENETEC Sitio web: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/telesalud/conceptos.html>

Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2018). Indicadores de Pobreza en México. Consultado el 25 de noviembre del 2020 en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>

Encuesta Intercensal (2015). Panorama sociodemográfico de Oaxaca 2015. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, c2016.

Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (2020). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI. Tercer trimestre del 2020.

H. Congreso del Estado Libre y Soberano de Oaxaca. (2020). Interrupción Legal del Embarazo. A un año de su despenalización. 25-nov-2020, de H. Congreso del Estado Libre y Soberano de Oaxaca Sitio web:https://docs64.congresooaxaca.gob.mx/centros-estudios/CEMPAG/estudio/Interrupcion_legal_del_embarazo_a_1_de_su_despenalizacion.pdf

Jaramillo, E. Maximiliano. (17 de septiembre del 2020). Los claroscuros del gasto en salud en 2021. Animal Político. Recuperado en: <https://www.animalpolitico.com/res-publica/los-claroscuros-del-gasto-en-salud-en-2021/>

Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares publicada en el Diario Oficial de la Federación.

Norma Oficial Mexicana 004, Del Expediente Clínico publicada en el Diario Oficial de la Federación.

Norma Oficial Mexicana 046, Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, publicada el 24 de marzo de 2016 en el Diario Oficial de la Federación.

Modelo de Atención Médica a Distancia 2017 publicado por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica de la Secretaría de Salud.

Órgano de difusión del Gobierno de la Ciudad de México. (2018). Gaceta Oficial de la Ciudad de México. 30-nov-2020, de Órgano de difusión del Gobierno de la Ciudad de México Sitio web:http://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/fe07c7dcc26cb21d214b463a9497203f.pdf

Secretaría de Salud. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. 30-nov-2020, de Secretaría de Salud Sitio web: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

Secretaría de Salud. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. 30-nov-2020, de Secretaría de Salud Sitio web:<http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/normatividad/normas/DOF-30NOV12-NOM-024-SSA3-2012.pdf>

Cédula de Instrumentos Jurídicos aplicables a la práctica de la Telesalud en México. [Recurso electrónico]. México: Secretaría de Salud, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2019.



DECI SIÓN

Anexos

Anexo 1. Normas más relevantes sobre telemedicina y aborto por telemedicina en Colombia

Instrumento	Objeto
Ley 1341 del 30 de julio de 2009	<p>La presente ley determina el marco general para la formulación de las políticas públicas que regirán el sector de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, su ordenamiento general, el régimen de competencia, la protección al usuario, así como lo concerniente a la cobertura, la calidad del servicio, la promoción de la inversión en el sector y el desarrollo de estas tecnologías.</p>
Ley 1419 del 13 de diciembre de 2010	<p>La presente ley tiene por objeto desarrollar la telesalud en Colombia, como apoyo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, calidad y los principios básicos contemplados en la presente ley.</p>
Ley 1438 del 19 de enero de 2011	<p>Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.</p>
Resolución 2003 de 2014	<p>La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.</p>
Resolución 5857 de 2018	<p>La presente resolución tiene por objeto actualizar integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, como mecanismo de protección colectiva, y establecer las coberturas de los servicios y tecnologías en salud que deberán ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.</p>

Instrumento	Objeto
Resolución 2654 de 2019	La presente resolución tiene por objeto establecer disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina, sus categorías, el uso de los medios tecnológicos, la calidad y seguridad de la atención, así como de la información y los datos para preservar la calidad y seguridad de la atención, tal y como lo determinan las leyes 527 de 1999, 1266 de 2008, 1581 de 2012, 1712 de 2014 y el Decreto 1377 de 2013.
Resolución 3100 de 2019	La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, así como adoptar, en el anexo técnico, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud el cual hace parte integral del presente acto administrativo.
Boletín de prensa n.º 190, 29 de marzo de 2020: Instituciones deben continuar con atención en salud sexual y reproductiva	Se brindan indicaciones para evitar la propagación del coronavirus, se recalca que la violencia sexual no se puede invisibilizar y, con ello, que la atención en salud para víctimas de violencia sexual, incluida la Interrupción Voluntaria del Embarazo, no puede ser suspendida, es de carácter urgente.
Resolución 536 de 31 de marzo de 2020, "Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)	Tiene como propósito organizar la prestación de servicios de salud de los servicios de internación, quirúrgicos, consulta externa, urgencias, protección específica y detección temprana, y de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, brindados en Colombia en el marco de la pandemia y la emergencia sanitaria a causa del SARSCoV-2 (COVID-19), declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social.
Orientaciones técnicas para abordar los efectos de la pandemia por COVID-19 en la fecundidad de 21 de abril de 2021	Busca fortalecer las intervenciones que garantizan los derechos sexuales y reproductivos; en especial, los que se orientan a la autonomía reproductiva de las mujeres, niñas y adolescentes, población vulnerable en el contexto de la emergencia sanitaria.
"Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, los recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Colombia", 16 de junio de 2021	Se presentan las "consideraciones generales para la atención en salud de las gestantes", según las cuales la atención para la IVE no puede ser interrumpida y las EPS e IPS deben hacer las adecuaciones necesarias a sus modelos de atención y prestación de este procedimiento, para prevenir el contagio de COVID-19, pero, sobre todo, para garantizar este servicio médico, informando lo dispuesto en la Sentencia C-355 del 2006, sin obviar la asesoría y provisión y métodos anticonceptivos postevento.

Anexo 2. Marco legal y normativo sobre salud, protección de datos personales y servicios de salud a distancia, en México.

Instrumento	Objeto
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Ley suprema del Estado mexicano que estipula que toda persona tiene derecho a la salud, al acceso a las tecnologías de la información y comunicación, así como a los servicios de radiodifusión y telecomunicaciones, incluido el de banda ancha e internet" y a la protección de sus datos personales.
Ley General de Salud	Reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4.º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud (entre ellos, la utilización de las TIC) y la prescripción de medicamentos.
Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados	Establece las bases, principios y procedimientos para otorgar el derecho a las personas sobre la protección de sus datos personales en posesión de sujetos obligados.
Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.	Define los derechos ARCO, los cuales se refieren a que toda persona tiene derecho al acceso a su información en posesión de terceros, derecho a la rectificación de su información en caso de estar incompleta o inexacta, derecho a solicitar la cancelación o eliminación de sus datos cuando lo desee y derecho a oponerse al uso de su información personal. Y también define aquellos conceptos relacionados con los nuevos entornos que se han generado por las Tecnologías de la Información y Comunicación.
Reglamento Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Define las actividades, los establecimientos que se considerarán para la atención médica.
Reglamento Insumos para la Salud	Define los requisitos que debe tener una fórmula o receta médica y quiénes pueden expedirla.
Norma Oficial Mexicana 004- SSA3-2012 sobre el Expediente Clínico	Establece con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

Instrumento	Objeto
<p>Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p>	<p>Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento para los hospitales, así como para los consultorios de atención médica especializada.</p>
<p>Norma Oficial Mexicana 024- SSA3-2012 sobre el Sistema de Información de Registro Electrónico para la Salud</p>	<p>Regula los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud y establece los mecanismos para que los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud registren, intercambien y consoliden información.</p>
<p>Norma Mexicana NMX-I-27001-NYCE-2015, Tecnología de la información - Técnicas de Seguridad- Sistemas de Gestión de la Seguridad de Información - Requisitos</p>	<p>Proporciona lineamientos para las normas de seguridad de la información y prácticas de gestión de seguridad de la información, incluyendo la selección, implementación y administración de los controles, teniendo en cuenta el(los) entorno(s) de riesgos de seguridad de la información de la organización.</p>
<p>Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida.</p>	<p>Establece que los servicios de salud sexual y reproductiva y, de manera particular, la atención durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, se clasifican como servicios esenciales que deben mantenerse en apego a las medidas de prevención y mitigación de la transmisión de COVID-19.</p>

Acceso al

ABORTO

Seguro **en tiempos de Covid-19**