

Aborto Legal:

regulaciones sanitarias
comparadas

Aborto Legal:

regulaciones sanitarias
comparadas

IPPF/RHO

COMITÉ ASESOR EXTERNO

Ana Labandera /Uruguay	<i>Presidenta de la Asociación Obstétrica del Uruguay</i>
Anibal Faundes /Brasil	<i>Profesor Titular de Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas Unicamp. Coordinador del Grupo de Trabajo sobre Aborto Inseguro de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, FIGO</i>
Cristina Villareal /Colombia	<i>Directora, ORIENTAME</i>
Leonel Briozzo /Uruguay	<i>Director Ejecutivo de Iniciativas Sanitarias</i>
Luis Tabara Orozco /Perú	<i>Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG</i>
Luisa Cabal /USA	<i>Directora Programa Internacional, Center for Reproductive Rights</i>
María Luisa Sánchez /México	<i>Directora, Grupo de Información en Reproducción Elegida/ GIRE</i>
Rodolfo Gomez Ponce De León /USA	<i>Asesor Senior para Sistemas de Salud, IPAS</i>
Silvina Ramos /Argentina	<i>Directora e Investigadora Titular, Centro de Estudios de Estado y Sociedad/CEDES</i>
Tania Di Giacomo Do Lago /Brasil	<i>Coordinadora de Salud de la Mujer, Secretaría de Salud del Estado de San Pablo</i>
Vicente Díaz /México	<i>Director Ejecutivo MEXFAM</i>

COMITÉ ASESOR INTERNO

Carrie Tatum	Coordinadora de Evaluación
Ilka Rondinelli	Asesora Senior Calidad de Atención
Jennifer Friedman	Coordinadora de Programas
Marcela Rueda	Coordinadora de Programas
Rebecca Koladycz	Gerente de Desarrollo Institucional
Victoria Ward	Directora de Programas

Esta publicación está disponible en www.ippfwhr.org

El texto completo de este libro, así como las normas de todos los países que fueron revisadas para su elaboración, se encuentran en el CD que acompaña esta publicación, junto con información adicional relevante sobre el tema.

Producción y realización: **COTIDIANO MUJER**

Diseño y diagramación: **glyphos^{xp}**

D.L.: 342.413/07

ISBN: 978-9974-7717-5-8

© IPPF/RHO

Cualquier parte de esta publicación puede ser copiada, reproducida, distribuida o adaptada sin permiso previo de las y los autores o editoras, siempre y cuando quien se beneficie de este material no lo copie, reproduzca, distribuya o adapte con propósitos de ganancia comercial y que las y los autores reciban crédito como la fuente de tal información en todas las copias, reproducciones, distribuciones y adaptaciones de material. La IPPF/RHO agradecería recibir una copia de cualquier material en el que esta publicación sea utilizada.

Aborto Legal:

regulaciones sanitarias comparadas

Un análisis en América Latina
y algunos países de Europa y África

Equipo de trabajo

Giselle Carino: Responsable Área Aborto Seguro – IPPF/RHO

Ana Cristina González Vélez: Autora – Consultora Regional

Juanita Durán: Asistente de investigación

Giselle Carino es la responsable del área de aborto seguro de la oficina regional de IPPF/RHO, encargada de desarrollar y liderar estrategias para abordar el tema de embarazo no deseado y aborto inseguro en la región de Latinoamérica y el Caribe. Su experiencia con los programas de la IPPF/RHO incluye el apoyo a la implementación de iniciativas recientes sobre violencia basada en género y anticoncepción de emergencia. Antes de unirse a la institución, Giselle se desempeñó en el Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo, realizando trabajo de incidencia política con parlamentarios/as latinoamericanos/as y otros gestores de políticas públicas abogando para el cumplimiento de compromisos con los derechos sexuales y reproductivos asumidos en Cairo y Beijing. Giselle tiene una Licenciatura en Ciencias Políticas de Argentina y una Maestría en Políticas Públicas de la Universidad de Nueva York y es co-coordinadora del Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro.

Ana Cristina González Vélez es médica egresada de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. Tiene una maestría en investigación social en salud del Centro de Estudios de Estado y Sociedad, CEDES, Buenos Aires, Argentina. Se desempeñó como médica y asesora en PROFAMILIA, Bogotá desde 1996 hasta el 2000 y como Directora Nacional de Salud Pública en Colombia entre el 2002 y el 2004. Experta en salud y derechos sexuales y reproductivos, reformas del sector salud e incidencia política. Ha integrado diversas juntas directivas nacionales (Instituto Nacional de Salud, Colciencias, INVIMA) e internacionales (Asociación por los Derechos de las Mujeres, Panel Asesor para las Américas de la OMS) y ha participado activamente en conferencias internacionales de las Naciones Unidas en materia de población, desarrollo y género y en diversas instancias del movimiento de mujeres a nivel internacional. Ha realizado publicaciones en revistas internacionales y libros sobre salud sexual y reproductiva. Ha trabajado como consultora y realizado investigaciones con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, la Fundación Rockefeller, el Centro por los Derechos Reproductivos, y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, entre otras.

Juanita Durán es abogada con énfasis en derecho político de la Universidad EAFIT. Investigadora junior de la Corporación Excelencia en la Justicia en temas de justicia, asesora del Senado en el Congreso de la República de Colombia y actualmente auxiliar judicial en la Corte Constitucional del mismo país.

Agradecimientos

Queremos agradecer a todas las personas que hicieron posible la realización de este trabajo. En primer lugar, al equipo de la IPPF que desde distintas áreas brindó su apoyo, a los comités –tanto asesor como editorial– por su paciencia y generosidad y a un grupo de personas, mujeres y hombres de distintos países alrededor del mundo, que nos brindaron toda la información que solicitamos y gracias a quienes logramos dar consistencia e integridad al análisis: Adriana Ortega Ortiz, Joana Erdman, Silvia Salinas, Moira Rimassa, Susana Chávez, Flora Tristán, Mariana Romero, Lourdes Novelo, María Consuelo Mejía, Yamile Azize, Mary Rivera, Nirvana González, Alicia Miyares, Concha Colomer, Montserrat Limárquez, Teresa Lanza, Ximena Machicao, Lupe Pérez, Alexia Escobar, Marge Berer, Mónica Arango, Luisa Cabal, Lucy Garrido, Cecilia Barros, Rodolfo Gomez Ponce de León.

Asociación Panameña de el Planeamiento de la Familia –APLAFa– Panamá, Fundación Mexicana para la Planeación Familiar – MEXFAM–México, Asociación Puertorriqueña Pro Bienestar de la Familia– PROFAMILIA–Puerto Rico, Instituto Peruano de Paternidad Responsable – INPPARES–Perú, Bem–Estar Familiar no Brasil BEMFAM–Brasil.

Índice

Prólogo	9
Resumen Ejecutivo	11
I. Metodología	15
i. Criterios utilizados para la selección de los países	17
ii. La definición de los criterios para el análisis	18
iii. El proceso de discusión	21
II. Objetivos	23
III. Situación legal de los países	27
i. Países con sistema de causales y semanas de gestación definidos en norma no penal	29
ii. Países con aborto penalizado y excepciones a la pena definidas en el Código Penal	32
IV. Análisis comparado de las regulaciones	35
i. La organización de los servicios	37
ii. Calidad de los servicios: garantía de derechos y estándares de calidad	61
iii. Formación y capacitación a los prestadores de servicios	111
iv. Sistemas de información, vigilancia y control	116
v. Financiamiento de los servicios	127
vi. Aspectos administrativos	129
A manera de conclusión	142
V. Recomendaciones para la formulación de regulaciones que garanticen el acceso a la ILE	145
i. Las barreras	148
ii. Las recomendaciones para la regulación	156
Índice de normas revisadas	195
Índice de documentos	199

Prólogo

Apoyar el derecho de las mujeres a elegir la terminación de su embarazo en forma legal y segura es parte central de la misión de la Federación Internacional de Planificación de la Familia. Este mandato se ha venido materializando en el desarrollo e implementación de estrategias regionales que apuntan a promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social en la gestión de la salud, contribuyendo a mejorar la estructura de oportunidades en el campo de la salud sexual y reproductiva. Estas estrategias han sido implementadas coordinadamente con las Asociaciones Miembro de la IPPF/RHO y un grupo de organizaciones aliadas que se encuentran comprometidas con el ejercicio de los derechos y la promoción del aborto legal y seguro en América Latina y el Caribe.

Desde la perspectiva de la IPPF/RHO, el derecho a alcanzar los más altos estándares de salud es un derecho humano fundamental. En este sentido, procurar el bienestar a través de la promoción y la atención integral de la salud es un deber que incluye al menos tres componentes centrales: reducir la ocurrencia de los embarazos no deseados —y la consiguiente necesidad de tener que recurrir a abortos— a través de la promoción de políticas de educación sexual integral y de acceso a métodos anticonceptivos; la promoción del derecho de las mujeres a tomar decisiones conscientes, libres e informadas sobre sus vidas; y el incremento del acceso a servicios de interrupción legal del embarazo.¹ De esta manera, el acceso oportuno y en condiciones de igualdad a servicios de calidad para el aborto en los casos permitidos por la ley se convierte en uno de los componentes básicos de las políticas integrales de atención a la salud sexual y reproductiva.

En este marco, la IPPF/RHO se propuso llevar a cabo un análisis comparado de las regulaciones sanitarias en materia de aborto no punible en un grupo de países de América Latina y el Caribe con el fin de arrojar luz sobre las tendencias existentes en

1 En este libro se utiliza el término Interrupción Legal del Embarazo (ILE) para hacer referencia a los casos en los cuales el aborto se encuentra permitido. En algunas ocasiones se habla de aborto o Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) porque las regulaciones o documentos analizados emplean esa terminología.

este campo. Como resultado de este análisis se ha elaborado una propuesta modelo de regulación sanitaria que incluye los elementos considerados esenciales para garantizar el acceso de las mujeres a los servicios de aborto legal en forma oportuna y segura. Esta comparación incluye también algunas regulaciones sanitarias de países de otras regiones del mundo que permiten profundizar sobre algunos tópicos en los que existen mayores avances o que aportan nuevos elementos a la discusión.

El análisis comparativo sirve para sustentar decisiones en materia sanitaria que ayuden a avanzar en el campo de la salud sexual y reproductiva, pero también contribuye a encontrar caminos comunes en desafíos que suelen presentar fuertes controversias y pocos consensos. En muchos casos, el análisis también permite identificar medidas que pueden por sí mismas constituirse en barreras de acceso para las mujeres en vez de favorecer las condiciones para el ejercicio de sus derechos.

El presente trabajo constituye un primer intento por establecer un modelo normativo tomando como base la comparación de regulaciones existentes. Un próximo paso sin duda debe ser el desarrollo de estrategias que permitan incorporar la visión de las usuarias y los equipos de salud –cuya perspectiva y experiencia permiten determinar la efectividad real de las normativas– en lo que respecta a los servicios de aborto legal.

Este esfuerzo inicial por presentar un modelo de regulación parte de la convicción de que la sola despenalización del aborto, o incluso su legalización, no son suficientes para garantizar el acceso a servicios de aborto seguros, en forma oportuna y con calidad. Las regulaciones sanitarias deben constituirse en un paso obligado para hacer que la ley se cumpla, promoviendo un cambio en la relación sanitaria para que los sistemas de salud incluyan a las mujeres que transitan un embarazo no deseado desde una concepción integral de la salud y el bienestar, generando instrumentos que profundicen el compromiso y otorguen certidumbre a los profesionales de la salud en el cumplimiento de sus funciones, y garantizando que las mujeres tengan los mecanismos de exigibilidad de sus derechos para acceder al aborto legal.

Carmen Barroso

Directora Regional

Federación Internacional de Planificación de la Familia
Región del Hemisferio Occidental

Resumen Ejecutivo

El documento «Aborto legal: Regulaciones sanitarias comparadas» es el resultado de un análisis comparativo de las regulaciones sanitarias sobre acceso a servicios de interrupción legal del embarazo (ILE) en 13 países: México, Colombia, Brasil, Perú, Panamá, Bolivia, Puerto Rico, Guyana, Canadá, España, Sudáfrica, Italia y Noruega.

Está organizado en cinco capítulos y un Prólogo. En el Prólogo se incluye una serie de elementos del contexto acerca del compromiso de la IPPF/RHO con el tema del aborto legal y seguro, así como con la importancia de un trabajo de este tipo en el marco de otras acciones que se encuentra adelantando la entidad.

El primer capítulo –[la Metodología](#)– incluye las explicaciones sobre los criterios para la elección de los países, para la búsqueda y análisis de la información y algunos detalles acerca del proceso de producción del documento.

El segundo capítulo incluye [los Objetivos](#) que apuntan en su conjunto a la idea de que la regulación debe ser entendida como un instrumento para reducir o eliminar las barreras de acceso a los servicios y como una manera de brindar claridad y certidumbre a los prestadores de servicios acerca del cómo, en lo que a implementación de servicios de ILE se refiere. Los objetivos son:

- Realizar una comparación² de las normas adoptadas por distintos países, en relación con la ILE.

² Por tratarse de una herramienta de consulta para tomadores de decisión y grupos de presión, la comparación es un capítulo exhaustivo que pretende convertirse en norte para la adopción de medidas, de tal manera que los países puedan elegir aquéllas que mejor se ajusten a sus condiciones, siempre que éstas favorezcan el ejercicio de los derechos de las mujeres.

- Tener una herramienta de consulta con información sobre los principales contenidos y medidas que se han venido tomando en los países, a fin de orientar decisiones en materia de normas que favorezcan el acceso a servicios de ILE.
- Generar una propuesta de modelo para la elaboración de marcos normativos que favorezcan el acceso oportuno a servicios de aborto legal y seguro.

El tercer capítulo contiene la descripción de la [situación legal del aborto](#) para cada uno de los países seleccionados y una clasificación de los países de acuerdo al tipo de normas que determinan la legalidad parcial o total del aborto. A los *Países con sistema de causales y semanas de gestación definido en norma no penal* pertenecen Sudáfrica, Italia, Noruega, Guyana y Puerto Rico. A los *Países con aborto penalizado y excepciones a la pena definidas en el Código Penal* pertenecen Panamá, España, Bolivia, Brasil, Perú, México, Colombia y Canadá³.

El cuarto capítulo, que es el más extenso, es la [Comparación de las Regulaciones](#), realizada en base a un conjunto de dimensiones que fueron definidas a partir de los elementos que idealmente deberían incluir tales regulaciones a fin de contribuir efectivamente a eliminar las barreras y garantizar el acceso oportuno a servicios de aborto legal, y finalmente de aquéllas que se encontraron en los países estudiados⁴.

-
- ³ Una información más amplia sobre la situación normativa por país, se ha incluido en el CD que forma parte de esta publicación. Si bien actualmente en Canadá el aborto se encuentra despenalizado en razón de la sentencia de la Corte Suprema, en principio respondía al sistema del Código Penal. Se trata de una clasificación por defecto.
- ⁴ Las dimensiones incluidas en el análisis son: **La organización de los servicios** (Definición de principios; Redes de servicios en todos los niveles; Definición y funcionamiento de sistemas de referencia y contrarreferencia; Niveles de complejidad de los servicios. Incluye la determinación del nivel de atención de acuerdo con la edad gestacional; Tipo de modelo en el cual se prestan los servicios, Modelo/acciones de orientación y acompañamiento. Incluye las distintas opciones frente al embarazo no deseado; Servicios para jóvenes; Profesional autorizado para llevar a cabo el procedimiento; Definición de responsables para la prestación de los servicios; Asesoría y cuidado postaborto; Modelos de atención para aborto en casos específicos (por ejemplo en violación); Plazos establecidos para la prestación del servicio). **Calidad de los servicios: garantía de derechos y estándares de calidad** (Consentimiento informado: reglas generales del consentimiento, consentimiento en menores de edad, consentimiento de mujeres que no pueden prestar directamente su voluntad; Objeción de conciencia; La confidencialidad de los servicios: secreto profesional; La privacidad de los servicios; Consideración de aspectos culturales de la usuaria; Acciones sistemáticas de promoción de los servicios de ILE a nivel colectivo; Contenidos de la información individual a las mujeres; Protocolos técnicos de atención. En particular se observan medidas relacionadas con: los exámenes de laboratorio y ecografía previos a la prestación del servicio, la prueba de embarazo, manejo del dolor, descripción de técnicas de aborto –quirúrgicas y con medicamentos–, profilaxis con antibióticos, manejo de las complicaciones, definición de estándares de bioseguridad; Mecanismos de acreditación de los profesionales; Requisitos de infraestructura para la prestación del servicio; Límites de edad gestacional). **Formación y capacitación a los prestadores de servicios** (Formación en los aspectos médicos y psicosociales del aborto –perspectiva de género, derechos y empoderamiento– para todo el personal de salud –médicos/as, parteras, enfermeras y orientadoras–; Capacitación periódica dentro de los servicios de salud; Apoyo emocional a la mujer y respeto por sus decisiones; Acciones para eliminar prácticas consuetudinarias: la solicitud del consentimiento del esposo, la sanción social y/o moral frente al aborto, etcétera; El rol de las facultades de ciencias de la salud; Integración de un equipo multi-

El quinto y último capítulo es una propuesta de [recomendaciones para la definición de regulaciones sanitarias en materia de ILE](#). Esta propuesta se orienta básicamente a la definición de una serie de dimensiones que deberían ser parte de toda regulación sobre ILE, con el fin de que cumpla efectivamente el propósito de reducir las barreras de acceso a los servicios y sobre todo para garantizar el ejercicio de los DSR en este ámbito. Incluye por lo tanto, un análisis de las fuentes potenciales de barreras para acceder a los servicios: Barreras relacionadas con la organización de los servicios; Barreras relacionadas con la calidad de los servicios y el ejercicio de derechos; Barreras relacionadas con los sistemas de información, vigilancia y control; Barreras relacionadas con el financiamiento; Barreras relacionadas con aspectos administrativos.

Asimismo incluye el modelo propiamente dicho en el que se elaboran recomendaciones orientadas a reducir las barreras para cada una de las dimensiones propuestas: Medidas para reducir las barreras provenientes de la organización de los servicios; Medidas para eliminar las barreras vinculadas con la calidad de los servicios: derechos y estándares de calidad; Medidas para eliminar las barreras asociadas a la formación y la capacitación de los profesionales de la salud; Medidas relacionadas con los sistemas de información, vigilancia y control; Medidas orientadas a reducir las barreras determinadas por los costos: financiamiento; Medidas relacionadas con aspectos legales y administrativos.

Este esfuerzo parte de la convicción de que la sola despenalización del aborto (o incluso su legalización) no basta para garantizar el acceso a servicios seguros en forma oportuna. Las regulaciones sanitarias deben constituirse en un paso obligado si se quiere incrementar la conciencia de los derechos de las mujeres en esta materia y especialmente si se quiere contar con instrumentos que hagan exigibles estos derechos –claramente conectados con el derecho a la vida– así como la calidad de los servicios. Esta propuesta de modelo no es otra cosa que una herramienta para la incidencia política en aquellos contextos en los que no existen regulaciones sobre aborto o en aquéllos en los cuales, existiendo, las regulaciones no están orientadas en su totalidad a proteger el ejercicio de los DSR de las mujeres en esta materia.

disciplinario para el manejo de los embarazos no deseados/planeados). **Sistemas de información, vigilancia y control** (Sistema de registro de información, incluido el reporte de complicaciones e infecciones –sistema de vigilancia epidemiológica–; Sistema de vigilancia y control de las instituciones responsables por la prestación de los servicios; Mecanismos de apelación o revisión cuando se niega un servicio; Prohibición de la discriminación laboral o social contra los/as proveedores que prestan servicios de ILE; Sanciones por la negación del servicio; Manejo de las historias clínicas). **Aspectos relacionados con los costos del servicio** (Costos del servicio, Instrumentos para la identificación de las condiciones socioeconómicas de la población). **Aspectos legales y administrativos** (Requisitos para acceder al procedimiento; Definiciones explícitas de las causales; Disponibilidad de los medicamentos para ILE –Misoprostol y Mifepristona–; Causales de negación del servicio).

Estas recomendaciones deben ser parte de políticas integrales de atención de la SSR y particularmente de la prevención y el manejo del embarazo no deseado o no planeado. En cuanto a la prevención se enfatizan dos grandes niveles de acción: la educación sexual y la promoción y acceso a los métodos anticonceptivos, incluida la doble protección. En cuanto al manejo del embarazo no deseado es imperativo tener en cuenta las siguientes opciones: la interrupción de la gestación en los casos permitidos por la ley (aborto con medicamentos y aborto quirúrgico), la promoción de estrategias de reducción del riesgo de abortos inseguros, la atención ambulatoria del aborto incompleto, la asesoría para adopción y finalmente, para aquellas mujeres que decidan continuar el embarazo, manejo integral del embarazo, el parto y el puerperio con el debido apoyo/protección social de la maternidad.

I. Metodología

I. Metodología

i. Criterios utilizados para la selección de los países

Después del análisis de una serie de elementos fueron elegidos para el relevamiento de la información y el análisis comparado, los siguientes países: **México, Colombia, Brasil, Perú, Panamá, Bolivia, Puerto Rico, Guyana, Canadá, España, Suráfrica, Italia y Noruega**. En ningún momento se pensó en este número como representativo de la región de ALC ni tampoco de otras regiones, pero se considera que a efectos de la escasa existencia de regulación en ALC⁵, esta cantidad permite un análisis bastante completo de la situación y especialmente de las medidas que se vienen tomando en materia de acceso a servicios de Interrupción Legal del Embarazo. Esta selección se hizo en base a varios criterios:

- ❑ la existencia de regulaciones para el acceso a servicios de interrupción legal⁶;
- ❑ una «presencia subregional» de las Américas en función de la regulación disponible;
- ❑ algunos países donde la IPPF está impulsando el proyecto de aborto legal y seguro;
- ❑ países cuya regulación es pionera (básicamente es el caso de países europeos);
- ❑ países cuya regulación brinda información que sirve para el análisis de algunas situaciones en que se ha avanzado más (casos de Sudáfrica⁷ y Noruega) y también donde la regulación existe desde hace más tiempo (casos Italia y España).

⁵ Para llegar a esta conclusión se hizo una preselección mayor de países y una búsqueda por Internet que permitió identificar los países con mejor o más abundante regulación. La búsqueda por Internet se hizo consultando las páginas de los ministerios de salud de los países, páginas de agencias e instituciones internacionales, búsquedas temáticas, etcétera.

⁶ Es importante anotar que no fueron incluidas las regulaciones sobre atención del aborto incompleto o hemorragias del primer trimestre porque si bien en muchos casos son las que respaldan la atención de un aborto en curso –frecuentemente realizado en condiciones inseguras– no se refieren a la práctica de ILE y es en estas últimas donde se centra el presente trabajo que –como hemos dicho– se orienta al fortalecimiento del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

⁷ En el caso de **Sudáfrica** es importante destacar que la regulación sobre ILE se enmarca en el proceso más amplio de establecimiento de la democracia.

ii. La definición de los criterios para el análisis

El análisis de las regulaciones se llevó a cabo tomando como base una propuesta de los elementos que se esperaba encontrar en las normativas específicas sobre acceso a servicios de ILE en los países seleccionados. Además, esta propuesta se hizo teniendo en cuenta las dimensiones y los criterios recomendados por distintas instancias internacionales⁸ para la definición de lineamientos sanitarios sobre aborto. Fue la base tanto de la búsqueda de la información como del análisis y de la propuesta de contenidos en el último capítulo de este documento. Adicionalmente, estas dimensiones y criterios fueron afinados como parte del proceso de la búsqueda de información, lo que significa que algunos que estaban en la propuesta inicial no fueron incluidos en el análisis, porque no se encontró información sobre los mismos en las normas de los países, pero sí se tuvieron en cuenta para el modelo.

Los elementos de esta propuesta hacen referencia a todas las dimensiones que se consideran importantes para contribuir a la garantía de los derechos cuando se trata de acceder a los servicios de ILE. Es decir que la inclusión de cada una de éstas en la normativa del sector salud se considera una contribución para la reducción y/o eliminación de barreras de acceso. Es importante anotar que para cada una de las dimensiones de este análisis se buscó información concreta sobre la situación de la población adolescente para establecer su situación particular y realizar recomendaciones que favorezcan especialmente el ejercicio de sus DSR.

Finalmente es importante aclarar que este análisis tiene dos limitaciones en términos de la información: por un lado, no se incluyeron las normas de atención post-aborto, dado que el interés fundamental era el acceso a servicios de ILE. Por el otro, la revisión de la información se concentró en las normas específicas sobre ILE, por lo que es posible que en algunas ocasiones no aparezcan medidas sobre algunos de los temas que se han incluido en el análisis, porque estén regulados en normas generales o específicas cuyo contenido no es sobre aborto. Por esta razón, cuando se afirma que las regulaciones analizadas no incluyen elementos sobre algún tema en particular, es necesario recordar esta restricción que es inherente al alcance de este trabajo.

A continuación se presentan las dimensiones y los distintos criterios que fueron analizados en la comparación:

⁸ Tales como la Organización Mundial de la Salud, la FIGO, la FLASOG, la IPPF, IPAS, OPS. Se tuvieron en cuenta adicionalmente algunas cortes constitucionales, como la de Colombia.

La organización de los servicios

- La definición de principios.
- Redes de servicios en todos los niveles: local, departamental y nacional.
- Definición y funcionamiento de sistemas de referencia y contrarreferencia.
- Niveles de complejidad de los servicios, incluida la atención ambulatoria y la atención del aborto del II trimestre. Incluye la determinación del nivel de atención de acuerdo con la edad gestacional.
- Tipo de modelo en el cual se prestan los servicios.
- Modelo/acciones de orientación y acompañamiento que favorecen las decisiones autónomas de las mujeres y no buscan disuadirlas. Incluye las distintas opciones frente al embarazo no deseado: continuación del embarazo, ILE, adopción.
- Servicios para jóvenes. Incluye, si los hubiere, mecanismos de pago de los servicios.
- Modelos de atención para ILE en casos específicos (por ejemplo en violación).
- Profesional autorizado para llevar a cabo el procedimiento.
- Definición de responsables para la prestación de los servicios.
- Asesoría y cuidado post-aborto: acceso a Métodos Anticonceptivos (MAC), otras consultas de SSR.
- Plazos establecidos para la prestación del servicio.

Calidad de los servicios: garantía de derechos y estándares de calidad

- Consentimiento informado:
 - i.* Reglas generales del consentimiento.
 - ii.* Consentimiento en menores de edad.
 - iii.* Consentimiento de mujeres que no pueden prestarlo directamente.
- Objeción de conciencia.
- La confidencialidad de los servicios: secreto profesional.
- La privacidad de los servicios.
- Consideración de aspectos culturales de la usuaria, por ejemplo, disponibilidad de profesionales que manejan distintas lenguas.
- Acciones sistemáticas de promoción de los servicios de ILE a nivel colectivo (incluye medidas para difundir los derechos relacionados con el aborto legal).
- Contenidos de la información individual a las mujeres.
- Protocolos técnicos de atención (normas de obligatorio cumplimiento o guías). En particular se observan medidas relacionadas con:
 - Los exámenes de laboratorio y ecografía previos a la prestación del servicio (VIH/SIDA, sífilis, otros exámenes de sangre, etcétera).
 - La prueba de embarazo.
 - Manejo del dolor.

- ▣ Descripción de técnicas de aborto (quirúrgicas y con medicamentos).
- ▣ Profilaxis con antibióticos.
- ▣ Manejo de las complicaciones.
- ▣ Definición de estándares de bioseguridad.

▣ Requisitos de infraestructura para la prestación del servicio (incluye los aspectos relacionados con habilitación y acreditación de las instituciones).

▣ Mecanismos de acreditación de los profesionales.

▣ Límites de edad gestacional.

Formación y capacitación a los profesionales de la salud

▣ Formación y capacitación en los aspectos médicos y psicosociales de la ILE (perspectiva de género, derechos y empoderamiento) para todo el personal de salud (médicos/as, parteras, enfermeras y orientadoras).

▣ Formación periódica dentro de los servicios de salud.

▣ Apoyo emocional a la mujer y respeto por sus decisiones.

▣ Acciones para eliminar prácticas consuetudinarias negativas (la solicitud del consentimiento del esposo, la sanción social y/o moral frente al aborto, etcétera).

▣ El rol de las facultades de ciencias de la salud.

▣ Integración de un equipo multidisciplinario para el manejo de los embarazos no deseados o no planeados.

Sistemas de información, vigilancia y control

▣ Sistema de registro de información, incluido el reporte de complicaciones e infecciones (sistema de vigilancia epidemiológica).

▣ Sistema de vigilancia y control de las instituciones responsables por la prestación de los servicios.

▣ Mecanismos de apelación o revisión cuando se niega un servicio.

▣ Prohibición de la discriminación laboral o social contra los/as proveedores que prestan servicios de ILE.

▣ Sanciones por la negación del servicio.

▣ Manejo de las historias clínicas.

Financiamiento de los servicios

▣ Costos del servicio: pago de cuotas (incluida la escala diferencial de pagos).

▣ Instrumentos para la identificación de las condiciones socioeconómicas de la población.

Aspectos administrativos

▣ Requisitos para acceder al procedimiento: denuncia penal, examen médico-legal, número de profesionales que intervienen en la determinación de la realización del procedimiento.

▣ Definiciones explícitas de las causales.

▣ Disponibilidad de los medicamentos para ILE (Misoprostol y Mifepristona).

▣ Causales de negación del servicio.

Con base en este esquema, se hizo una búsqueda de información por Internet para cada uno de los países⁹, orientada a identificar las normas que contenían provisiones sobre estos temas. Una vez identificado el marco normativo de cada país, se analizaron los contenidos particulares y se hizo una descripción comparada. Esta información además fue cotejada a través de contactos clave en cada uno de los países que entregaron para este trabajo la información disponible sobre las normativas de ILE.

iii. El proceso de discusión

Todo el proceso que condujo a la elaboración del análisis comparado (definición de los países, elaboración de la matriz para el análisis de la información sobre las normas de aborto legal, comparación de los países y modelo propuesto) fue discutido por un grupo de cuatro organizaciones de la región, cuyas integrantes son reconocidas líderes y activistas en los temas legal, de investigación y/o de la provisión de los servicios en materia de aborto¹⁰. Adicionalmente se hicieron discusiones permanentes con el área de aborto seguro de la IPPF/RHO. Estas discusiones sirvieron para enriquecer y precisar el trabajo no sólo con distintas visiones sino también por la información privilegiada que cada una de estas organizaciones tiene sobre el tema. Por último, se conformó un comité editorial integrado por un grupo de profesionales del área médica y ética, reconocidos en la región, a fin de que el documento pudiera ser revisado también desde estas perspectivas¹¹.

9 Como se explicó antes, la búsqueda incluyó ministerios de salud, parlamentos, organizaciones de mujeres, sociedades de ginecología y obstetricia y páginas especializadas en el tema de aborto en cada país.

10 Luisa Cabal, CRR, USA; Silvina Ramos, CEDES, Argentina; María Luisa Sánchez, GIRE, México; Cristina Villarreal, ORIENTAME, Colombia.

11 Leonel Brioso, Iniciativas Sanitarias Uruguay; Vicente Díaz, MEXFAM; Aníbal Faúndes, FIGO; Tania di Giacomo do Lago, Coordinadora de Salud de la Mujer, Secretaría de Salud del Estado de San Pablo; Rodolfo Gómez Ponce de León, IPAS; Ana Labandera, Presidenta de la Asociación Obstétrica del Uruguay; Luis Tavera Orozco, FLASOG.

II. Objetivos

II. Objetivos

Con la metodología indicada y decididos los países y criterios de selección a utilizar, se definieron los principales objetivos del proyecto

- Realizar una comparación¹² de las normas adoptadas por distintos países en relación con la ILE.
- Tener una herramienta de consulta con información sobre los principales contenidos y medidas que se han venido tomando en los países, a fin de orientar decisiones en materia de normas que favorezcan el acceso a servicios de ILE.
- Generar una propuesta de modelo para la elaboración de marcos normativos que favorezcan el acceso oportuno a servicios seguros de ILE.

La regulación debe ser entendida como un instrumento para reducir o eliminar las barreras de acceso a los servicios y como una manera de brindar claridad y certidumbre a los prestadores de servicios acerca del cómo, en lo que a implementación de servicios de ILE se refiere.

Este modelo podrá ser utilizado por distintos/as actores de la sociedad –tanto fuera como dentro de las estructuras del estado– que propendan por la garantía de las condiciones que son necesarias para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) y el mejoramiento de la salud en materia de ILE.

De la misma manera, el análisis comparado es una herramienta muy valiosa para la toma de decisiones, en tanto permite a las autoridades nacionales en los distintos países co-

¹² Por tratarse de una herramienta de consulta para tomadores de decisión y grupos de presión, la comparación es un capítulo exhaustivo que pretende convertirse en norte para la toma de decisiones, de tal manera que los países puedan elegir las medidas que mejor se ajusten a sus condiciones, siempre que éstas favorezcan el ejercicio de los derechos de las mujeres.

nocer los desarrollos que se han llevado a cabo en la materia, tanto en países ALC, como en otras regiones. La visión sobre estas decisiones es importante para comprender las tendencias en materia de regulación para servicios de aborto, al tiempo que permite analizar cuáles de estas tendencias favorecen claramente el marco de derechos y cuáles –por el contrario– pueden incluso generar barreras para el acceso o socavar los derechos. Con esta visión, las autoridades tendrán la posibilidad de elegir aquellas medidas que sirvan al ejercicio de los DSR, en el entendido de que éstos son una parte fundamental del derecho a la salud y por lo tanto de los derechos humanos en un sentido más amplio.

Las muertes maternas asociadas con la realización de abortos en condiciones de riesgo reflejan claramente inequidad y violación de los derechos de las mujeres. Con respecto a la inequidad, es común que las complicaciones asociadas a este tipo de prácticas recaigan sobre las mujeres más pobres, las menos educadas, las que viven en zonas más alejadas o las que pertenecen a otras culturas. Con respecto a la violación de los derechos –y en este caso particular del derecho a la vida– la mayoría de las muertes que ocurren como consecuencia de un aborto practicado en condiciones de riesgo son evitables. Estas dos realidades deberán servir como razones de peso para alentar a los gobiernos a tomar medidas sanitarias que protejan estos derechos.

III. Situación legal de los países

III. Situación legal de los países

La situación del aborto legal en los países investigados se define revisando los Códigos Penales, en aquellos casos en los que la regla general es la penalización y se autoriza sólo en situaciones especiales, o se encuentra en normas no penales, en las que usualmente se define un sistema de acceso dependiendo de las semanas de gestación. Aunque hay excepciones, en principio se podría hablar de dos grupos: (i) *Países con sistema de causales y semanas de gestación definidos en norma no penal* y (ii) *Países con aborto penalizado salvo casos excepcionales definidos en el Código Penal*.

Países con sistema de causales y semanas de gestación definidos en norma no penal:	Países con aborto penalizado y excepciones a la pena definidas en el Código Penal:
Guyana Italia Noruega Puerto Rico Sudáfrica	Bolivia Brasil Canadá ¹ Colombia España México Panamá Perú

¹ Si bien actualmente en Canadá el aborto se encuentra despenalizado en razón de la sentencia de la Corte Suprema, en principio respondía al sistema del Código Penal. Se trata de una clasificación por defecto.

i. Países con sistema de causales y semanas de gestación definidos en norma no penal

A este grupo pertenecen Guyana, Italia, Noruega, Puerto Rico y Sudáfrica. En estos casos, aunque haya causales que limiten el acceso a la ILE, la transgresión de estas definiciones normativas no da lugar a penas privativas de la libertad.

En **Guyana**, antes de las ocho semanas no se establecen causales. Entre las ocho y las doce semanas, se puede interrumpir el embarazo si: (i) la continuación del mismo puede poner en riesgo la vida de la mujer o lesionar su salud física o mental (en este caso se tendrá en cuenta el entorno económico y social actual o futuro de la mujer); (ii) si existe un riesgo sustancial de que el niño cuando nazca, sufra anormalidades físicas o mentales como para estar seriamente incapacitado; (iii) si la mujer es demente y no está capacitada para cuidar el bebé; (iv) si la mujer razonablemente cree que su embarazo fue consecuencia de violación o incesto y presenta declaración en este sentido; (v) si la mujer sabe que es VIH positivo; (vi) si hay evidencia clara de que el embarazo ocurrió a pesar del buen uso, del hombre o la mujer, de un método anticonceptivo reconocido (*Art. 6*)¹³. Después de las dieciséis semanas, sólo si existe riesgo para la vida de la mujer o se puede lesionar la salud física o mental de la mujer o de su hijo no nacido (*Art. 7. Medical Termination of Pregnancy Act, 1995*).

En **Italia**, antes de los noventa días se puede interrumpir el embarazo cuando representa serio peligro para la salud física o psíquica de la madre, por sus condiciones sociales, económicas o familiares, por las circunstancias en las que se produjo la concepción¹⁴, o debido a anomalía o malformación del feto (*Art. 4*). Después de los noventa días se puede practicar cuando: el embarazo o el parto pongan en riesgo la vida de la madre o cuando existan malformaciones del feto que reporten peligro para la madre (*Art. 6. Norma para la Tutela Social de la Maternidad y sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo, 1978*).

En **Noruega**, al igual que en Sudáfrica, antes de las doce semanas se puede interrumpir el embarazo sin restricciones. Después de las doce semanas: (i) cuando el embarazo, el

-
- 13** El texto original en inglés dice: «(i) the continuance of the pregnancy would involve risk to the life of the pregnant woman or grave injury to her physical or mental health...In determining whether the continuance of a pregnancy would involve risk of grave injury to the health of a pregnant woman as mentioned in subsection (1)(b)(i), a medical practitioner or authorised medical practitioner shall take into account the pregnant woman's entire social and economic environment, whether actual or foreseeable»; (ii) there is substantial risk that if the child were born, it would suffer such physical or mental abnormalities as to be seriously handicapped; or (iii) on account of being a person of unsound mind, the pregnant woman is not capable of taking care of an infant; (iv) where the pregnant woman reasonably believes that her pregnancy was caused by an act of rape or incest and submits a statement to that effect; (v) where the pregnant woman is known to be HIV positive; or (vi) where there is clear evidence that the pregnancy resulted in spite of the use in good faith of a recognized contraceptive method by the pregnant woman or her partner».
- 14** Del contexto de la norma se entiende que se refiere a delitos sexuales. Textualmente señala: «Per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento (...)».

nacimiento o la crianza resulte en un sufrimiento irrazonable¹⁵ para la salud física o mental de la mujer; (ii) cuando el embarazo, el nacimiento o la crianza pueda poner a la mujer en una situación de vida difícil; (iii) cuando exista riesgo de que el niño sufra una seria enfermedad genética o enfermedad o daño durante el embarazo; (iv) cuando el embarazo sea el resultado de las conductas punibles descritas en el código¹⁶; (v) cuando la mujer sufre de una enfermedad mental severa o tiene un retardo en grado considerable. Después de la semana dieciocho sólo se puede terminar si hay razones importantes para hacerlo¹⁷. Sin embargo, si se considera que el feto es viable, la terminación del embarazo no debe ser aprobada (*Art. 2, Act N° 50 concerning Termination of Pregnancy, 1975, with amendments, 1978*).

En [Puerto Rico](#) el aborto se encuentra despenalizado en los mismos términos que en Estados Unidos a partir de la decisión *Roe vs Wade*. Este aval fue otorgado mediante la decisión *Acevedo Montalvo vs Hernández Colón*, 377 Federal Supp. 1332, 1974, proferida por el Tribunal Federal de los Estados Unidos en Puerto Rico. Según las normas, la interrupción no puede ser negada en ningún caso antes de que el feto sea viable. Después de que el feto es viable puede ser negada salvo que exista riesgo para la vida o la salud de la mujer, incluyendo en la salud los factores físicos, emocionales, psicológicos, familiares, así como la edad de la mujer.

En [Sudáfrica](#) el aborto está permitido sin restricciones por solicitud de la mujer antes de las doce semanas. Entre las semanas trece y veinte de gestación está permitido si: (i) la continuación del embarazo constituye riesgo o daño para la salud de la mujer; (ii) existe riesgo sustancial de que el feto sufra una anomalía psíquica o física severa; (iii) el embarazo es resultado de violación o incesto o; (iv) la continuación del embarazo puede afectar económica o socialmente en forma significativa a la mujer. Después de la semana veinte, el embarazo sólo se puede interrumpir si: (i) la vida de la mujer corre peligro; (ii) puede resultar en una malformación del feto o (iii) el feto se encuentra en riesgo o en peligro (*Art. 2. Choice on Termination Act and Amendment, 1996 and 2004*).

15 La palabra en el texto original es «unreasonable». Del contexto se entiende que es un nivel de sufrimiento que la mujer no está razonablemente obligada a padecer. En otros textos, este tipo de situaciones se describen como «undue burden»: Carga indebida o desproporcionada.

16 [Violación, incesto y relaciones sexuales con menores de 16 años.](#)

17 En el original: «A pregnancy may be not terminated after the 18th week of pregnancy has elapsed unless there are particulary important grounds for doing so».

ii. Países con aborto penalizado y excepciones a la pena definidas en el Código Penal

En este grupo se incluyeron México y Colombia, aunque su situación legal tiene algunas particularidades.

En **Bolivia** se permite la interrupción del embarazo cuando éste es consecuencia de un delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto, y cuando se practica con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre, si este peligro no podía ser evitado por otros medios (*Art. 266, Código Penal, 1972*).

En **Brasil** es permitido el aborto si no hay otro medio para salvar la vida de la mujer o si es producto de estupro u otra forma de violencia sexual (*Art. 128, Código Penal*). También existe una causal fijada en la jurisprudencia en aquellos casos de malformación del feto incompatible con la vida extrauterina, reiterada en *la Norma Técnica de Atención Humanizada de Aborto*. Esto significa que de hecho se ha venido autorizando la ILE por parte de los jueces, y cuando la mujer lo solicita, en los casos de malformaciones fetales incompatibles con la vida humana tales como la anencefalia, el síndrome de Patau, la agenesia renal. Para ello, la mujer debe solicitar la autorización al juez o a un promotor y debe tener un concepto médico.

En **Canadá**, la despenalización del aborto también sucedió mediante una sentencia de la Corte Suprema, en la que consideró que la norma del Código Penal que penalizaba el aborto resultaba contraria a la Carta de Derechos de **Canadá**, en particular el artículo que regulaba el derecho a la vida, la seguridad personal y la libertad (*Morgentaler vs The Queen, 1988*).

En **Colombia**, la despenalización del aborto en algunos casos se alcanzó mediante una sentencia de la Corte Constitucional en la que declaró contraria a la Constitución la punibilidad del aborto en ciertas circunstancias. Estas causales se retoman luego en la norma técnica y son: a) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; b) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; c) Cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto (*3. Definiciones, Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo ILE*).

En **España** se autoriza la ILE cuando existe grave peligro para la salud o vida de la mujer o se presume que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas hasta las veintidós semanas o cuando el embarazo es producto de violación, sólo hasta doce semanas (*Art. 417 bis, Código Penal*).

En **México**, el [Código Penal para el Distrito Federal \(DF\)](#) tenía previstas las siguientes causales para la interrupción legal del embarazo: cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial no consentida; cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud; cuando exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo y cuando sea resultado de una conducta culpable de la mujer (*Art. 148, Código Penal para el DF*). Sin embargo, recientemente se modificó el Código antes mencionado, para permitir que antes de las doce primeras semanas de embarazo, éste se pudiera interrumpir libremente (*Art. 144, Código Penal. DF*).

En **Panamá** se puede interrumpir el embarazo cuando la concepción es consecuencia de violación carnal y por graves causas de salud que pongan en peligro la vida de la madre o del producto de la concepción (*Art. 144, Código Penal*).

En **Perú** sólo se permite cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente (*Art. 119, Código Penal, 1924*).

IV. Análisis comparado de las regulaciones

IV. Análisis comparado de las regulaciones

A continuación se presenta el análisis comparado sobre las regulaciones sanitarias que están disponibles en los países que fueron incluidos en el trabajo. Este análisis, como se explicó antes, se basa en el esquema descrito en el capítulo sobre metodología.

i. La organización de los servicios

i. Los principios

Dos de las regulaciones estudiadas, la de Colombia y la de Brasil, definen principios para la prestación de los servicios de ILE. La importancia de establecer principios en la regulación consiste en que éstos operan como parámetros que guían la prestación del servicio y la aplicación de la norma. En la práctica, son criterios que obligatoriamente se deben tener en cuenta en caso de duda acerca del significado de una disposición o en la manera en que se debe actuar ante un vacío normativo.

En **Brasil**, la atención humanizada de las mujeres en los servicios de ILE supone el respeto de los principios de la bioética, que son:

- a. Autonomía: derecho de la mujer a decidir sobre las cuestiones relacionadas con su cuerpo y su vida.
- b. Beneficencia: deber ético de maximizar el beneficio y minimizar el daño (hacer el bien).
- c. No maleficencia: la acción debe causar siempre el menor perjuicio al paciente, reduciendo los efectos adversos o indeseables de sus acciones (no perjudicar).
- d. Justicia: el profesional de la salud debe actuar con imparcialidad evitando que aspectos sociales, culturales, religiosos, morales u otros, interfieran en la relación con la mujer.

En todo caso de aborto, según la norma, la atención de la salud de la mujer debe ser garantizada prioritariamente, brindando servicios de los profesionales, pero sobre todo respetando a la mujer en su libertad, dignidad, autonomía y autoridad ética y moral para decidir, dejando de lado los prejuicios y preconceptos que puedan deshumanizar la atención (5. *Ética profesional*, [Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto](#), 2005).

En **Colombia** a su vez, la [Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo ILE](#) señala que los servicios se prestarán atendiendo a los principios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad (6. *Características del Servicio*).

ii. Redes de servicios en todos los niveles: local, departamental y nacional

En cuanto a la prestación de los servicios en los niveles territoriales,¹⁸ la mayoría de las regulaciones no definen el alcance de tal prestación. Algunos pocos advierten su carácter nacional o especifican la disponibilidad en los demás niveles. Por ejemplo en **Italia**, la [Norma para la Tutela Social de la Maternidad y sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo \(1978\)](#) explícitamente señala que el Estado, las regiones y los entes locales en el ámbito de sus funciones y competencias, tienen a su cargo la promoción y desarrollo de los servicios socio sanitarios de aborto (Art. 1).

España, por ejemplo, teniendo en cuenta la organización territorial que adoptó, aclara en el [Real Decreto sobre Centros acreditados y Dictámenes Preceptivos para la Práctica de Abortos Legales \(1986\)](#) que la autoridad sanitaria de cada comunidad autónoma velará por la disponibilidad de los servicios necesarios incluyendo las técnicas diagnósticas urgentes para posibilitar la práctica del aborto en los plazos legalmente establecidos (Art. 5).

En **Colombia** a su vez, en el [Decreto reglamentario 4444 de 2006](#), se ordena la disponibilidad de los servicios de ILE en todo el territorio nacional (Art. 1). La más reciente disposición normativa determina que las Entidades Promotoras de Salud (aseguradoras) y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud (responsables de los servicios en la red pública en lo local) deberán remitir a la Dirección General de Calidad de los Servicios del Ministerio, las instituciones que, dentro de la red habilitada para prestar servicios de gineco-obstetricia de baja, mediana y alta complejidad, cuentan con profesionales dispuestos

¹⁸ La referencia a niveles territoriales alude a las circunscripciones político administrativas que generalmente guardan relación con la distribución geográfica. En algunos países se denominan entidades territoriales, en otros, departamentos, municipios, condados, estados, etcétera.

a proveer los servicios de ILE. Esta información deberá mantenerse actualizada y disponible para las usuarias que requieran estos servicios y deberá reportarse anualmente a la Dirección General de Calidad de los Servicios de este Ministerio (*Circular 0031 de 2007*).

En **Noruega** se ordena a las municipalidades del condado que organicen los servicios hospitalarios para que cada mujer en su lugar de vivienda pueda obtener la terminación del embarazo en cualquier momento, teniendo en cuenta las limitaciones que impone la presencia del personal objetor (*Art. 14, Act N° 50 concerning Termination of Pregnancy, 1975, with amendments, 1978*). La regulación reitera dicha obligación (*Art. 19*) y además asigna la competencia al oficial médico del condado, consultando a la municipalidad del condado¹⁹ para decidir los hospitales (unidades / instituciones) que allí deberían atender áreas geográficas específicas (*Art. 19, Regulation for the Implementation of the Act concerning Termination of Pregnancy, 1975*). Estas definiciones explícitas (Colombia y Noruega) son muy importantes porque se constituyen en herramientas para que las mujeres puedan exigir la prestación de los servicios en las instituciones determinadas.

En cambio, países como Perú, Puerto Rico, Panamá, México, Brasil y Bolivia no contemplan este tipo de disposiciones.

iii. Definición y funcionamiento de sistemas de referencia y contrarreferencia

En cuanto a los sistemas de referencia y contrarreferencia, en aquellos casos en que se mencionan, es para indicar que los prestadores de los servicios de aborto de menor complejidad deben siempre tener un sistema de referencia para derivar pacientes con complicaciones. Algunos pocos consagran explícitamente la contrarreferencia para la asesoría en métodos de planificación familiar a los niveles de menor complejidad, pese a ser éste un aspecto crítico de la atención integral en SSR. **Noruega** prescribe una referencia particular para derivar a otro condado en situaciones excepcionales y para recibir información acerca de la asistencia que la sociedad le puede prestar cuando lo solicita. Esta última es más bien una remisión por fuera del sistema de salud por lo que no encuadra necesariamente en el concepto de referencia, tal como se verá más adelante.

En **México** se contempla la referencia en los siguientes términos: «Los médicos adscritos a unidades del primer nivel de atención, que no estén en condiciones de realizar el procedimiento, referirán de manera adecuada, responsable y oportuna, a un hospital en donde se practiquen procedimientos de interrupción legal del embarazo, a la gestante

¹⁹ Del contexto de la norma se entiende que el oficial médico del condado es una autoridad administrativa en el sector salud, con competencia territorial limitada a una región. De la misma manera, la municipalidad del condado parece aludir a una instancia gubernamental con competencia territorial limitada.

en la que exista probabilidad de realizar procedimientos de esta naturaleza» ([Art. 9° de los Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal](#)).

La regulación de **España**, contenida en el *Real Decreto sobre Centros acreditados y Dictámenes Preceptivos para la Práctica de Abortos Legales* (1986), señala que los establecimientos sanitarios donde se pueden practicar los abortos hasta doce semanas tienen que tener un centro hospitalario de referencia para derivación de los casos que lo requieran ([Art. 1](#)).

En **Puerto Rico** se permite la práctica de ILE en Centros de Planificación Familiar y Aborto con algunas limitaciones de los servicios en dichas instituciones, entre las cuales se señala: «La facilidad tendrá establecido, por escrito, un contrato o acuerdo formal con una institución hospitalaria en un área de una (1) milla a la redonda y con unos servicios de ambulancia requeridos para el uso del paciente que pueda sufrir complicaciones, al igual que con otros servicios de apoyo utilizados» ([Art. H, Reglamento General para el funcionamiento de las Facilidades de Salud en Puerto Rico, 1999](#)).

La Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto (2005) en **Brasil** contempla un sistema amplio de referencia que incluye sectores por fuera de la salud, prescribiendo que el equipo tiene el deber de identificar y satisfacer las necesidades y riesgos de la salud en cada caso, resolviéndolos conforme a la capacidad técnica del establecimiento o direccionando a los servicios de referencia, grupos de mujeres y ONG feministas (3. *Acogimiento y orientación*).

El sistema de referencia y contrarreferencia en **Colombia** se menciona en varios apartados de las normas que conforman la regulación, pero básicamente tiene una estructura en la que los administradores del sistema y los profesionales de la salud están obligados a garantizar el funcionamiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia para asegurar la remisión de gestantes a los niveles de mediana y alta complejidad cuando se presenten complicaciones, la edad gestacional o el estado de salud de la mujer lo ameriten y la contrarreferencia a los niveles de baja complejidad para los servicios de promoción de la salud sexual y reproductiva y planificación familiar ([Art. 2 del Decreto Reglamentario 4444, 2006](#)) y define con claridad los niveles (comunitario, bajo, medio, alto) y los servicios que se prestan en cada uno y las referencias entre ellos ([Anexo 1](#)).

De manera similar a este último caso, en **Guyana** el [Medical Termination of Pregnancy Act – Legal Supplement B \(1995\)](#) ordena al médico general o el médico general autorizado, después de practicar un procedimiento de terminación de embarazo, que ofrezcan orientación o remitan a la mujer a una institución o prestador aprobado para que se la brinde ([Art. 2](#)).

En **Sudáfrica**, la atención para la terminación del embarazo –como en Colombia– comienza en el menor nivel de complejidad. Sin embargo, la atención que allí se brinda tiene únicamente el objeto de examinar y preparar a la mujer para el procedimiento. Si tiene menos de doce semanas, la referencia es a una institución de segundo nivel y si tiene más de doce, es a una de tercer o segundo nivel con servicio ginecológico de apoyo ([Referral Guidelines for Clients Requesting a Termination of Pregnancy](#)). Las normas señalan que en todo caso se debe referir a cuidados hospitalarios si:

- tiene más de doce semanas de embarazo;
- se sospechan complicaciones;
- si tiene una condición médica aguda o crónica, como enfermedad del corazón, asma, diabetes, anemia, desórdenes de coagulación en la sangre, abuso de drogas o alcohol, sospecha de embarazo ectópico ([Protocol for Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape](#)).

Por otra parte, en este país se prevé una referencia que relaciona el nivel de complejidad con el nivel territorial, al indicar que si los servicios no se encuentran disponibles en instituciones de cuidados primarios, las usuarias que solicitaron terminación del embarazo deben ser referidas a la institución regional o distrital apropiada designada para estos efectos ([artículo 1.5](#)). Finalmente, a la referencia se aplican los siguientes principios:

- Una carta de referencia del trabajador de la salud (health worker) debe acompañar a la usuaria. Toda la información relevante debe estar incluida en la misma.
- Una reserva telefónica debe ser efectuada en todos los casos.
- Un registro con el número de usuarias debe ser guardado para monitorear la demanda de servicios ([Policy on the Management of Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape](#)). Todas las normas señaladas se encuentran contenidas en la [Circular H97/2000](#).

En **Noruega**, la referencia se presenta en dos casos particulares: el primero es cuando la mujer después de recibir la información sobre el procedimiento y acerca de la ayuda que la sociedad le puede prestar²⁰, solicita otra orientación adicional ([Art. 3](#)). El segundo caso se da cuando –atendiendo a la consideración de la mujer– el procedimiento debe practicarse fuera del condado donde reside. En esa situación, el oficial médico del condado debe referirla a otro hospital unidad/institución para que la operación pueda practicarse ([Art. 14, Regulation for the Implementation of the Act concerning Termination of Pregnancy, 1975](#)).

20 Del contexto de la norma se entiende que se trata de información acerca de la asistencia social a su disposición en caso de que desee continuar con el embarazo.

Panamá, Perú e Italia no prevén este tipo de sistemas de manera explícita en la regulación sobre aborto.

iv. Niveles de complejidad de los servicios

Sólo en **Colombia** se indica la relación entre el nivel de complejidad y las semanas de gestación. Allí, [el anexo 1 de la Norma Técnica](#) señala con claridad el nivel de complejidad que se requiere para la interrupción del embarazo de acuerdo a las semanas de gestación. En el nivel de complejidad bajo se puede realizar la ILE por aspiración al vacío hasta doce semanas completas de embarazo (hasta la quince, en caso de contar con proveedores bien entrenados) y el aborto con medicamentos hasta las nueve semanas completas de embarazo. En el nivel medio, se pueden prestar servicios de ILE para todas las circunstancias y etapas del embarazo en las que esté permitido por normatividad vigente. En consecuencia, en el nivel de complejidad alto se pueden prestar todos los servicios anteriores.

En **Sudáfrica** existe una clara disgregación en cuanto a los servicios que deben ser prestados en cada nivel de complejidad. Así, las usuarias que soliciten el servicio de terminación del embarazo deberán ingresar al Sistema Provincial de Salud en los cuidados del nivel primario (*Art. 1.2, Policy on the Management of Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape*). Sin embargo, para el procedimiento deben ser referidas al segundo nivel (antes de las doce semanas), al tercer nivel (después de las doce semanas) o al segundo nivel (si cuenta con apoyo ginecológico) (*Referral Guidelines for Clients requesting a Termination of Pregnancy*). Con todo, la norma plantea la necesidad de descentralizar la provisión de servicios de terminación del embarazo a los centros comunitarios de salud y a las clínicas de cuidados primarios tan pronto como sea posible (*Art. 1.1, Circular H97/2000. Policy on the Management of Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape*).

En **España y Guyana**, si bien no se refiere a los niveles de complejidad, sí se establecen requisitos de habilitación diferentes dependiendo del número de semanas de la gestación que se pretende interrumpir. (Ver *Requisitos de infraestructura para la prestación del servicio*.)

v. Tipo de modelo en el cual se prestan los servicios

En cuanto al tipo de modelo, se identificaron dos casos en los que claramente se propone un modelo de atención integral a las mujeres: Colombia y Brasil.

En **Colombia**, el conjunto de normas que regulan la ILE conforman un modelo que, además del procedimiento, incluye todos los servicios relacionados y complementarios al

mismo. Así lo señala la *Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo ILE*: «La atención integral para la IVE incluye el manejo de las complicaciones de aborto y el acceso a otros servicios, en el marco de la salud sexual y reproductiva integral, tales como, la orientación pre y post-aborto, la consejería en planificación familiar, el acceso a métodos efectivos de anticoncepción, prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, derechos sexuales y reproductivos y en general, todas las intervenciones orientadas al autocuidado de la salud»(Art. 6, *Características del Servicio*).

En **Brasil**, el modelo de atención integral incluye servicios similares al modelo de la norma colombiana, pero le imprime además una perspectiva de apoyo a las mujeres a través del modelo de «acogida», privilegiando claramente un enfoque de derechos. La *Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto* (2005) señala como propósito la inclusión de un modelo humanizado de atención de las mujeres que se practican abortos. Ésta se entiende como una guía de cuidados, pero además busca ofrecer a las mujeres, a los servicios de salud y a la sociedad, un nuevo paradigma que convierta la atención de las mujeres que se practican un aborto, en una situación segura, sostenible y efectiva. Para que el modelo pueda ser implementado, la norma contempla la inclusión de los siguientes elementos esenciales:

- Una relación cercana entre la comunidad y los profesionales de la salud para la prevención de embarazos no deseados y abortos inseguros, para la movilización de recursos y para garantizar servicios que satisfagan las expectativas de la comunidad.
- Acogimiento y orientación para responder a las necesidades de salud emocional y física de las mujeres y de otras preocupaciones que puedan surgir.
- Atención clínica adecuada para el aborto y sus complicaciones, con base en criterios éticos, legales y bioéticos.
- Oferta de servicios de planificación familiar a las mujeres en el post-aborto e inclusive orientación para aquéllas que deseen un nuevo embarazo.
- Integración con otros servicios de promoción de la salud de la mujer y de inclusión social de las mujeres²¹ (1. *Marco conceptual de atención de aborto*).

vi. Modelolacciones de orientación y acompañamiento

En todas las regulaciones en las que se identificaron medidas para favorecer la decisión autónoma de la mujer, se parte de la advertencia de que los profesionales no deben tratar de influenciar su decisión. Algunas regulaciones como las de Perú, Colombia y Brasil,

²¹ El texto original es: Integração com outros serviços de promoção à saúde da mulher e de inclusão social às mulheres.

detallan no sólo la forma, sino algunos de los contenidos que debe tener la orientación. En **Perú** y **Brasil**, incluso se sugieren preguntas y temas para abordar con la mujer. En **Brasil**, la orientación a las mujeres es un componente importante de la regulación, por lo que se explican en detalle muchos aspectos. En estos mismos países la regulación establece que los profesionales que proporcionan la información deben asegurarse de que es recibida correctamente, de que es comprendida. En **Colombia**, la regulación es particular en la advertencia explícita de que la asesoría es voluntaria.

Ahora bien, la norma técnica de **Noruega** es enfática en señalar que la mujer debe tomar la decisión final en relación con la interrupción del embarazo. En principio, la orientación consiste en ofrecer consejo para que ella misma pueda tomar la decisión. En aquellos casos en los cuales el embarazo pudiera generar serias dificultades a la mujer, ésta deberá recibir una oferta de información y además, una orientación en relación con la asistencia que puede ofrecerle la sociedad (*Art.2, Act N° 50 concerning Termination of Pregnancy, 1975, with amendments, 1978*).

En **Sudáfrica**, la ley de terminación del embarazo indica que el Estado promoverá la consejería no directiva ni obligatoria antes y después del procedimiento (*Art 4, [Choice on Termination Act and amendment](#), 1996 and 2004*). En la regulación se precisan las reglas conforme a las cuales debe ser prestada la consejería. Por una parte, el *Protocol for Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape (Circular H97/2000)*, señala que la consejería debe cubrir todos los aspectos relacionados con la terminación del embarazo, incluidas las opciones abiertas para la usuaria (*Artículo 2. Client Assessment and Preparation*). A su vez, en la normativa *Guidelines for Pre Termination of Pregnancy Counselling Department of Health: Western Cape (Circular H97/2000)*, se define el objetivo de la consejería al afirmar que ésta debe proveer suficiente información para que la mujer pueda tomar una decisión informada. Más adelante indica los aspectos mínimos que debe incluir:

- asegurarle a la mujer que es confidencial;
- escuchar las razones por las que solicita la ILE;
- discutir alternativas disponibles (por ejemplo, adoptar o conservar el bebé);
- animar a la usuaria a expresar su opinión, sentimientos y preocupaciones;
- darle detalles de la ILE;
- los métodos de anticoncepción disponibles para usar después del procedimiento
- respetar y apoyar la decisión de la mujer sin juzgar (*Art. 2*).

En **Perú**, el *Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (2006)* cuyo objeto no es, como se ha dicho, el aborto legal, dentro de los derechos de las personas usuarias en la toma de decisiones, incluye el derecho a «no ser sometido a presión alguna para elegir un método anticonceptivo o a no hacerlo, especialmente en situaciones

de estrés, tales como las vinculadas al parto o aborto». La [Norma Técnica del Instituto Materno Perinatal \(INMP\)](#), establece un modelo de cinco pasos para la consejería en los casos de aborto: 1) abordaje²², cuyo objeto principal es establecer un vínculo cordial con la paciente, advirtiendo el carácter confidencial de la consulta, e identificar sus creencias e información acerca del aborto; 2) intervenciones de apoyo²³, en las que el profesional debe abstenerse de emitir opiniones que puedan afectar la decisión de la mujer y que tiene por objeto proporcionar a ésta toda la información relacionada con el procedimiento; 3) análisis de la recepción de la usuaria/paciente²⁴, en la que se busca identificar su reacción frente a la información proporcionada; 4) consentimiento informado y 5) fijar una nueva entrevista²⁵, para que la usuaria sienta respaldo para su decisión.

-
- 22** Los pasos del abordaje son: Manejar el modelo de los cinco pasos de consejería en salud sexual y reproductiva; Brindar información inicial sobre la confidencialidad de la entrevista; Establecer un vínculo de cordialidad, propiciando un espacio apto para el desarrollo de la consulta; Observar las reacciones de la paciente y las propias. Se pueden plantear dos situaciones a explorar: Percepción de contradicciones. Pregunta clave: ¿Cómo se siente con la noticia?; Resolución de abortar. Pregunta clave: ¿Ya decidió si va a interrumpir el embarazo? Evaluar cómo se ubica la paciente frente a la consulta: indagar creencias respecto al aborto, evaluación de la información con la que cuenta, diagnóstico situacional que implica indagar acerca de su situación laboral, familiar, de pareja y vivienda; Indagar qué participación tiene la pareja en la decisión, (ausente, obliga, apoya); Indagar sobre las redes de apoyo con las que cuenta: familiares, amistades, etcétera; Investigar práctica anticonceptiva pasada y la que desarrollaba cuando quedó embarazada. Iniciar brindando información general sobre la necesidad de elegir una opción anticonceptiva para prevenir un nuevo embarazo.
- 23** 2.a. Intervenciones de acuerdo a los marcos bioéticos: Respetar los planteamientos, reflexiones o decisiones de la gestante; Tener presente que toda opinión del equipo de salud influye en la gestante, tanto a favor como en contra de lo recomendado; Abstenerse de emitir un juicio de valor acerca de la situación o de la decisión que tome la mujer; Reflexionar sobre la importancia de preservar su salud y su vida, sobre la vida en desarrollo: explicitarlo. No ignorar este hecho; Considerar una consulta inmediata con otros profesionales como psicólogo/as, asistente/a social, abogado/a, etcétera.
- 2.b. Intervenciones diagnósticas: Proporcionarle información veraz, entendible y necesaria para comprender: Procedimientos/métodos que puede elegir para la interrupción del embarazo considerando su edad gestacional; Posibles efectos, complicaciones y riesgos asociados a cada procedimiento/método; Informar sobre signos de alarma: sangrado excesivo, dolor intenso que no cede a los analgésicos, fiebre, flujo vaginal maloliente. De estar presente alguno de estos signos, la gestante debe retornar al hospital; Tiempo de duración del procedimiento; Cómo se va a manejar el dolor; Exámenes físicos necesarios; Resultados de exámenes clínicos y de laboratorio si los hubiera; Evaluar conjuntamente las dudas, necesidades e inquietudes que tenga sobre el procedimiento y el estado de su salud reproductiva, tales como cuándo puede iniciar sus actividades habituales y relaciones sexuales, sobre prevención de ITS/VIH/SIDA; Ser solidario/a con las decisiones a las que llegue la mujer; Informar a la gestante que la interrupción de su embarazo es legal, y por lo tanto tiene derecho a obtener atención en los servicios de salud. Se debe desalentar el uso de prácticas de mayor riesgo.
- 24** El objetivo es que la usuaria/paciente cuente con información segura y comprensible sobre la realidad de su embarazo y las posibilidades, riesgos y beneficios de continuarlo, a fin de poder tomar una decisión informada. Es importante analizar cuánto tiempo se puede esperar para tomar la decisión en función de su estado de salud, tanto física como mental.
- 25** Fijar una nueva entrevista y quedar vinculados a la paciente/usuaria a iniciativa del miembro del equipo de salud es un elemento clave en toda la estrategia de prevención. Cuando sea posible, se deberá dejar un contacto personal establecido con algún integrante del equipo de salud del INMP. Será deseable dar un número telefónico de emer-

Otra norma regula en **Perú** la orientación para la toma de decisiones. Se trata del [Protocolo de Manejo de Casos para la Interrupción Legal del Embarazo, Hospital Belén de Trujillo](#), que también es una norma que sólo vincula al personal de la institución. En ésta se ordena la disposición de consejería antes, durante y después del procedimiento. Es considerada por la norma como parte esencial de la calidad del servicio. Se establece que el personal encargado de proveerla serán obstetrices, quienes deben respetar la confidencialidad y privacidad. En cuanto al contenido, se indica que se dará apoyo psicológico, social y legal por parte de los/as profesionales respectivos/as, pero no se especifica minuciosamente el contenido. Con todo, la norma advierte que se deben plantear a la mujer otras opciones a la interrupción del embarazo, siempre y cuando no pongan en riesgo su vida o le puedan causar un daño grave y permanente en su salud. Finalmente, se considera que «la información y consejería debe terminar con la decisión informada por parte de la gestante, la que se debe documentar en un consentimiento informado antes de efectuar el procedimiento»(*Información y consejería*).

En **Colombia**, la Norma Técnica advierte que la asesoría a la mujer debe ser voluntaria y confidencial y debe brindarla una persona capacitada. La asesoría para las mujeres con VIH/SIDA incluye la información acerca de los riesgos del embarazo para su salud, los riesgos de transmisión a su hijo y los tratamientos preventivos, para que pueda tomar una decisión fundamentada. Cuando el profesional sospeche la existencia de presión o coerción, debe hablar con ella a solas y derivarla para asesoramiento adicional. Lo mismo debe hacerse en caso de violencia sexual para que reciba asesoramiento adecuado. Ésta es una de las pocas normas que incluye indicaciones sobre información en situaciones particulares.

Se enfatiza en la necesidad de que el profesional se asegure de que la mujer comprende la información y la recuerda para que pueda tomar la decisión correctamente. Además, la información se corresponde –según la norma– con un derecho de las mujeres y un deber de los profesionales: «Se deben apoyar tanto la capacidad de la mujer para ejercer sus derechos reproductivos y demás derechos, como el cumplimiento de las obligaciones éticas por parte de los profesionales de la salud». Estos criterios son reforzados por los estándares internacionales de derechos humanos contenidos –entre otros– en el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en la Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer. Es importante resaltar que la regulación colombiana distingue entre la necesidad de ofrecer orientación (para el acompañamiento emocional en la toma de decisiones) e información, esta última más en relación con los procedimientos, recursos, etcétera.

gencia para cualquier consulta. La usuaria debe sentir que en todo momento cuenta con la institución a través de un personal del INMP.

Finalmente, en los casos en los que la mujer decide interrumpir el embarazo, el profesional²⁶ de la salud debe explicarle los requisitos legales para llevarlo a cabo y permitir que la mujer se tome el tiempo que requiera para adoptar una decisión definitiva, aunque eso implique que ella regrese más adelante, pero advirtiéndole siempre que una ILE temprana es más segura y efectiva. Si en cambio la mujer decide continuar el embarazo o considera la adopción, debe recibir información adecuada y ser derivada, si es apropiado (*Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo ILE*).

En **Brasil**, uno de los componentes fundamentales de la norma técnica –dentro del modelo de «acogida»– es la provisión de información a la mujer de manera adecuada y humanizada. La norma ofrece elementos de contexto advirtiéndole que las mujeres que acuden a los servicios de salud para practicarse un aborto pueden sufrir múltiples sentimientos como ansiedad, angustia, miedo de ser castigadas. Luego, el acogimiento y la orientación son elementos importantes de la atención humanizada de las mujeres en situación de aborto. El acogimiento incluye un tratamiento digno y respetuoso, la escucha, el reconocimiento y aceptación de las diferencias, el respeto por el derecho a decidir de las mujeres y hombres, así como el acceso y la efectividad de la asistencia.

Según el modelo, la orientación presupone el repaso de la información necesaria para conducir a la mujer –como sujeto de una acción de salud– en la toma de decisiones y autocuidado en consonancia con las Directrices del Sistema Único de Salud. Ésta deberá promover la autodeterminación según el principio de autonomía. Considera que la capacidad de escucha, sin prejujuicio e imposición de valores, la capacidad de lidiar con conflictos, la valoración de las quejas y la identificación de las necesidades son principios básicos del acogimiento que pueden incentivar a las mujeres a hablar de sus sentimientos y necesidades. El profesional debe crear las condiciones para que exista un diálogo con la mujer. La promoción del acogimiento debe ser transversal y estar en todas las etapas de contacto con la mujer porque el mismo, en la norma técnica del **Brasil**, más que una obligación de información, es una práctica educativa para generar un nuevo modelo de atención, para lo cual deben capacitarse los profesionales.

Se recomienda por ejemplo la presencia de asistentes sociales o psicólogas para lo concerniente a las escuchas. En este punto, de manera indicativa, se propone incluir en el libreto de conversación, cuestiones como la maternidad y el deseo de ser o no ser madre, la sexualidad y la relación con la pareja. En la perspectiva de la prevención de la repetición del aborto es importante el espacio de reflexión de la experiencia subjetiva, la verbalización de los sentimientos, la comprensión de sus significados en la vida de cada mujer y las razones que llevaron a un embarazo no deseado. En el caso de aborto por

²⁶ Siempre que se hable del profesional, se entiende que son mujeres y hombres.

violación, el profesional debe actuar como un facilitador en el proceso de toma de decisión de la mujer, respetándola (3. *Acoger y orientar*).

El respeto por las decisiones de la mujer se extiende al procedimiento mismo. Así, en los casos de aborto electivo permitido por ley, la mujer debe tener la opción de elegir el procedimiento, después del adecuado esclarecimiento de las ventajas y desventajas de cada uno, sus tasas de complicación y efectos adversos (4. *Aspectos médicos*).

vii. Servicios para jóvenes²⁷

En general, la búsqueda mostró que muy pocos países reconocen normativamente en sus regulaciones la necesidad de tener servicios especiales para los adolescentes en cuanto a ILE se refiere.

En **Colombia**, la regulación incluye disposiciones en este sentido para los servicios y la provisión de información.

En **Guyana** se contempla asesoramiento especial para las mujeres que se practican un ILE.

Perú tiene regulación pero no concretamente para los temas de aborto sino de derechos sexuales y reproductivos.

En cuanto a la provisión de información, la *Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo* en **Colombia**, señala que quienes tienen a su cargo la provisión de los servicios deben «(...) procurar desarrollar habilidades para el abordaje integral de la sexualidad adolescente y el respeto de sus derechos». Esto incluye una especial habilidad para recabar datos de la historia clínica, ya que para los adolescentes puede resultar difícil revelar la información. En este sentido se sugiere por ejemplo, ser amigable, hacer preguntas simples en lenguaje entendible, repetir preguntas, sugerir varias respuestas. Otro punto importante es la indicación explícita a la adolescente acerca de la confidencialidad de la información y la consulta (6.3. *Asesoramiento, información y consentimiento informado*) como un elemento de confianza.

En cuanto a los servicios, la misma norma habla de la posibilidad de que sean necesarios servicios de salud «amigables para adolescentes». Se plantea como una reorganización de los servicios disponibles procurando por ejemplo, disponibilidad de horarios y lugares que puedan usar los adolescentes y costos que sean accesibles. Se indica también la importancia de que se conozcan este tipo de servicios

En **Guyana**, el *Medical Termination of Pregnancy Act – Legal Supplement B* (1995) ordena que cuando la terminación del embarazo incluya a una mujer menor de dieciocho

²⁷ Cuando hablamos de jóvenes se incluyen adolescentes y se abarca hasta los 24 años.

años, un médico general o un médico general autorizado y cualquier consejero deben dar atención particular²⁸ a:

- a. Dirigir a la mujer –y cuando sea apropiado a su pareja– a una guía moral.
- b. Educarla, y cuando sea apropiado a su pareja, sobre todas las responsabilidades de ser padres.
- c. Hacerla consciente, y cuando sea apropiado a su pareja, sobre métodos modernos de planificación familiar (Art. 2.5).

El [Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Perú](#), en la descripción de la salud sexual por etapas de la vida, incluye un capítulo específico de los adolescentes. La descripción de los aspectos que se deben considerar en esa etapa incluye: «Atención integral del aborto y sus complicaciones (información, educación, orientación y servicios)» (Página 6).

Sin embargo, dentro de las intervenciones para mejorar la salud reproductiva en adolescentes está el tratamiento ambulatorio de aborto incompleto y las complicaciones de aborto. Se especifica que estos servicios, para que sean amigables, deben:

- Contar con lugares y horarios convenientes.
- Tener esperas cortas.
- Tener privacidad.
- Asegurar confidencialidad.
- Atender en forma irrestricta a los/las adolescentes.
- Contar con estabilidad del personal que atiende.
- Contar con el apoyo de la comunidad (Página 2, 2004).

Finalmente, se incluyen servicios de orientación especiales para adolescentes que refuerzan sobre todo el tema de privacidad pero no se considera explícitamente el tema de aborto (P. 31. B. Consejería para adolescentes).

viii. Modelos de atención para aborto en casos específicos

Todos los países que tienen modelos de atención para aborto en casos específicos prevén modelos para el aborto en caso de violación²⁹.

²⁸ Es necesario mirar esta medida con cuidado porque su aplicación puede ser restrictiva de los derechos de las mujeres.

²⁹ Todos los aspectos relacionados con la denuncia para los casos de violación se abordan en Aspectos legales y administrativos, (i) requisitos para acceder al procedimiento.

En **Brasil** incluso existe una [Norma técnica para la Prevención y Tratamiento de los Agravios resultantes de la Violencia Sexual contra las Mujeres y las Adolescentes \(2005\)](#), uno de cuyos componentes es el aborto en esos casos (*capítulos 9 y 10*). Es decir que la atención del aborto se enmarca en la atención integral de la atención en violencia. En general la norma establece las diferentes acciones que se deben adoptar en estos casos en términos de información, asesoría y acompañamiento. En el capítulo que se refiere al aborto se regulan aspectos específicos relacionados con el procedimiento. Entre ellos se recomienda determinar la edad gestacional mediante exámenes médicos para definir el método y la investigación acerca de la posibilidad de preexistencias que puedan afectar el aborto.

La norma describe el procedimiento para el uso de Misoprostol, aspiración al vacío y curetaje uterino. Antes de las doce semanas se recomienda la aspiración al vacío y después de las doce semanas, el método farmacológico. Después de las veinte semanas la norma señala que no se recomienda la interrupción del embarazo, por lo que se debe informar a la mujer acerca de la imposibilidad de atender la solicitud y ofrecerle acompañamiento prenatal y asesoría en adopción si así lo desea. También se recomienda conservar una parte del contenido del útero para posteriores exámenes de ADN mediante una solicitud al poder judicial. Señala que es importante concretar una cita de seguimiento para completar la búsqueda de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH y hepatitis.

En **Colombia**, la regulación para el caso de violencia sexual está contenida en la norma que regula todos los aspectos relacionados con el aborto, la *Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*. En ésta se señala que el manejo general de las sobrevivientes a una violación, incluye el cuidado físico y psicológico, la anticoncepción de emergencia, el tratamiento para las lesiones o las ITS, la recolección de evidencia forense, el asesoramiento y el cuidado de seguimiento, conforme a lo establecido en la Guía para la atención de la mujer y el menor maltratado, establecido por *Resolución 412* de 2000 y las normas que la sustituyan, modifiquen o adicionen (6.3. *Asesoramiento, información y consentimiento informado*).

En **México**, el [Código de Procedimiento Penal para el DF](#), indica que en el periodo posterior al aborto en los casos de violencia sexual se ofrecerán la orientación y apoyos necesarios para propiciar su rehabilitación personal y familiar para evitar abortos subsecuentes (*Art. 131 bis*). Sin embargo, existe una norma específica para la atención del aborto en estos casos que es el [Acuerdo del Procurador General de justicia del Distrito Federal](#), por el que se establece el *Instructivo sobre el Procedimiento de la Interrupción Legal del Embarazo y Anticoncepción de Emergencia en los Casos de Violación (2006)* que regula aspectos relacionados sobre todo con el procedimiento administrativo y con el apoyo a la usuaria.

Según la norma, inicialmente cuando una mujer denuncie una violación deberá ser inmediatamente informada acerca de la posibilidad de interrumpir el embarazo. Una vez que formule la denuncia, el Ministerio Público debe dar la intervención que legalmente corresponda a la perita médica, quien debe ofrecer a la víctima información inicial sobre anticoncepción de emergencia e interrupción legal del embarazo. Del resultado de su intervención, la perito debe rendir un informe escrito al Ministerio Público. (*Art. 3 del Acuerdo*). En caso de que la víctima, en efecto manifieste que desea interrumpir el embarazo, se debe integrar a la Averiguación Previa la solicitud, contenida en una constancia expedida por el Ministerio Público, junto con los dictámenes periciales en medicina y psicología. Una vez se integre la documentación, el Ministerio Público deberá observar si se cumplen los requisitos del artículo 131 bis del *Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal*. Si encuentra que lo están, deberá autorizar en un término de veinticuatro horas la interrupción legal del embarazo. En todo caso, cuando el aborto se solicita hasta la semana doce, de acuerdo con las nuevas disposiciones legales del DF, no sería necesario agotar este procedimiento, puesto que el aborto se debe realizar por la mera solicitud de la mujer³⁰.

Además de informar a la Secretaría de Salud, el Ministerio Público debe remitir a la mujer al Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales, para que allí se le proporcione la información veraz, imparcial, objetiva y suficiente sobre los efectos de su solicitud y de los apoyos y alternativas existentes, para que ella tome una decisión libre, informada y responsable (*Art. 4 del Acuerdo*).

Uno de los aspectos que regula esta norma se relaciona con la verificación de que el embarazo sea producto de la violación. Esta verificación se hace a partir de estudios que confirman la existencia del embarazo y se obtiene la edad gestacional. Una vez hecha la confirmación, la perita médica forense determina si la edad gestacional coincide o no con la fecha de los hechos denunciados (*Art. 5 del Acuerdo*). Esta medida es complicada en relación con el respeto de las decisiones de las mujeres y su palabra, no siendo favorable al ejercicio pleno de sus derechos. Adicionalmente, la Secretaría de Salud es quien fija el lugar, día y hora para llevar a cabo la interrupción legal del embarazo y a ésta también acude una perito en genética forense, enviado por el Ministerio Público, quien tiene a su cargo dar fe de la identidad de la víctima, quedando prohibido fotografiar a la misma. La perito también debe recabar el material biológico obtenido en la interrupción del embarazo y remitirlo a los laboratorios correspondientes, para el estudio histopatológico

30 Sin embargo, con la finalidad de castigar o sancionar un delito cometido en agravio de la mujer se debe cumplir con el requisito de denuncia.

o genético que resulte necesario para la integración de la averiguación previa correspondiente (*Art. 8 del Acuerdo*).

ix. Profesional autorizado para llevar a cabo el procedimiento

Casi todos los países hacen referencia al profesional a cargo del procedimiento, aunque lo hacen con diferente nivel de detalle. Un primer grupo de países, conformado por **Bolivia, Perú y Brasil**, simplemente menciona que debe ser un médico³¹ quien adelante el procedimiento y no se define su especialidad. En todos estos países el profesional a cargo del procedimiento se encuentra definido en el Código Penal.

Noruega hace un tratamiento similar ya que ordena que la terminación del embarazo sea practicada por un médico general (medical practitioner), sin especificaciones adicionales. En este caso la regla no está contenida en el Código Penal (*Art. 3, Act N° 50 concerning Termination of Pregnancy, 1975, with amendments, 1978*).

En **Panamá** también se menciona en el Código Penal que el procedimiento debe ser practicado por un médico (*Art. 144*), pero en la [*Resolución 1 de abril de 1989 de la Comisión Multidisciplinaria Nacional de Aborto Terapéutico*](#) agrega que el procedimiento será responsabilidad de los médicos especialistas idóneos para ejercer la profesión en el territorio nacional, pero esta previsión es sólo para los casos de aborto terapéutico (*Art. 7*).

Un segundo grupo de países, exige que la terminación del embarazo la practique un médico especialista en ginecología y obstetricia. Tal es el caso de **Italia** en su *Norma para la Tutela Social de la Maternidad y sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo* (1978).

México también admite que lo realice un cirujano general además del personal gineco-obstetra, debidamente entrenado o adiestrado en unidad médica con capacidad de atención para ILE (*Art. 4 y 4 bis, Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud Relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal, 2007*).

En **Guyana**, el profesional a cargo del procedimiento depende de las semanas de gestación: si la ILE se practica antes de las ocho semanas, mediante un método apropiado diferente al quirúrgico, puede ser administrado o supervisado por un médico general (*Art. 5.1*), que es cualquier persona registrada y debidamente calificada como médico general bajo la norma vigente (*Art. 2*). Si tiene entre ocho y doce semanas de gestación debe ser administrada por un médico general autorizado, que es un médico registrado y

³¹ En todos los casos, debe leerse médicos y médicas, cirujanos y cirujanas, ginecólogos y ginecólogas, etcétera; o sea hombres y mujeres en cada profesión indicada, aun si las normas no lo tuvieron en cuenta.

debidamente calificado como especialista en ginecología y obstetricia con experiencia o un médico general entrenado para practicar terminaciones de embarazos y un asistente actuando bajo su dirección. Si la mujer tiene entre doce y dieciséis semanas de gestación, la interrupción debe practicarse por un médico general autorizado en una institución aprobada. Sin embargo, cuando se trate de salvar la vida de la mujer o prevenir lesiones permanentes en su salud física o mental, puede ser practicado por cualquier médico general (Art. 10, *Medical Termination of Pregnancy Act*, 1995).

El caso de **Colombia** tiene la particularidad de diferenciar el profesional dependiendo del procedimiento: para aspiración al vacío y Dilatación y Curetaje (D y C) debe ser un ginecólogo o un médico general entrenado (7.3.IVE *Quirúrgica, Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*). En términos generales en la norma se habla indistintamente de que los procedimientos los pueden hacer ginecólogos o médicos generales entrenados.

Como regulaciones particulares, se encuentra la de la directiva del *Instituto Materno Perinatal* (2007) en **Perú**, que no distingue con claridad la función de cada profesional, pero incluye en el acápite de recursos humanos, Profesionales Médicos Especialistas (gineco-obstetras, anesthesiólogos) y Licenciado en obstetricia u otro profesional de salud capacitado/a en orientación/consejería para aborto terapéutico (*VI Disposiciones específicas, recursos humanos*). Por su parte, el *Protocolo de Manejo de Casos para la Interrupción Legal del Embarazo, del Hospital Belén de Trujillo*, más que señalar el profesional a cargo del procedimiento, describe los recursos humanos con los que cuenta para atender ILE e incluye: Médicos/as gineco-obstetras capacitados/as en procedimientos quirúrgicos y médicos/as para la interrupción legal del embarazo, Médicos/as anesthesiólogos/as, Médicos/as intensivistas, Personal calificado de banco de sangre, Personal de enfermería, Trabajadora social, Psicólogo/a (*Recursos humanos*).

Finalmente **Sudáfrica**, es el único país que admite normativamente la práctica de abortos por parteras³². Según el *Choice on Termination Act and Amendment* (1996 y 2004), la ILE debe ser practicada por médicos generales salvo antes de las doce semanas, situación en la que puede ser practicada por una partera o enfermera registrada (Art. 2).

En **España**, el profesional a cargo del procedimiento según el Código Penal debe ser un/a médico/a. El *Real Decreto* no especifica nada más, pero incluye en los requisitos de acreditación de los establecimientos, que deben contar con un médico/a especialista en ginecología y obstetricia y personal de enfermería, auxiliar sanitario y asistente social.

32 «Registered Midwife: means a person registered as such under the Nursing Act, 1978 (Act N° 50 of 1978), and who has in addition undergone prescribed training in terms of this Act».

x. Definición de responsables para la prestación de los servicios

Este criterio se refiere a los responsables de garantizar la prestación del servicio. La información en muchos casos se encuentra contenida también en otros criterios. En Brasil y en México se encontró que sólo se involucra en la garantía de la prestación de los servicios a las instituciones públicas de salud. En Noruega, México e Italia es responsabilidad de una autoridad administrativa. En Colombia, de manera particular, se involucra a todo el sistema.

En **Brasil**, la *Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto* (2005) radica la garantía de los servicios de aborto en el Estado como una abstracción, involucrando a los hospitales públicos, al señalar que es deber del Estado mantener en los hospitales públicos profesionales que realicen abortos (5. *Ética Profesional*).

También en **México** se involucra particularmente a las instituciones públicas de salud, las cuales, según la *Ley de Salud para el Distrito Federal*, reformada en 2004, deberán prestar los servicios de manera gratuita y con calidad cuando la mujer lo solicite, y atender sus solicitudes aun cuando cuenten con otro servicio público o privado de salud (Art. 16 bis).

En **España e Italia**, la garantía de los servicios de ILE corresponde a autoridades administrativas territoriales. En **España**, corresponde a la autoridad sanitaria de cada comunidad autónoma velar por la disponibilidad de los servicios necesarios para ILE, incluyendo las técnicas diagnósticas urgentes para posibilitar la práctica de la ILE en los plazos legalmente establecidos (Art. 5). En **Italia** corresponde al Estado, las regiones y los entes locales en el ámbito de sus funciones y competencias, promover y desarrollar los servicios socio sanitarios para la ILE (Art. 1, *Norma para la Tutela Social de la Maternidad y sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo*, 1978).

En el mismo sentido, **Noruega**, mediante el *Act N° 50 concerning Termination of Pregnancy* (1975), *with Amendments* (1978) señala que las municipalidades del condado deben organizar los servicios hospitalarios para que cada mujer en su área pueda obtener la terminación del embarazo en cualquier momento, teniendo en cuenta la posible presencia de personal objetor (Art. 14). La regulación reitera lo anterior (Art. 19) y faculta al oficial médico, consultando a la municipalidad del condado, para decidir los hospitales (unidades/instituciones) que deberían atender áreas geográficas específicas en el condado (Art. 19, *Regulation for the Implementation of the Act concerning Termination of Pregnancy*, 1975).

En **Guyana** no se asigna con claridad una autoridad responsable de la garantía de los servicios de ILE, pero se ordena al Ministerio notificar en la Gaceta Oficial y en un perío-

dico de circulación nacional el nombre y la dirección de todas las instituciones aprobadas para prestar los servicios, así como de la persona que sea dueña o maneje la institución (*Art. 4. Medical Termination of Pregnancy Act – Legal Supplement B, 1995*).

En **Colombia**, la garantía de los servicios de ILE involucra a todos los actores del sistema (públicos y privados) y depende de la relación que la mujer tenga con el sistema de salud en términos de aseguramiento. La garantía de los servicios para las mujeres que se encuentran afiliadas al sistema de salud corresponde a sus aseguradores, entidades promotoras de salud tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. En esos casos los servicios se ofrecen a través de instituciones prestadoras de servicios, públicas o privadas, con las cuales los aseguradores deben contratar. Por otra parte, se establece la garantía de los servicios para las mujeres que pertenecen a la población pobre no afiliada que recibirá el servicio de prestadores de servicios de salud públicos o privados con los cuales las entidades territoriales tengan convenios (*Art. 1*). En todo caso, las entidades territoriales están obligadas a garantizar en la red pública de su jurisdicción acceso real y atención oportuna para los servicios de ILE en todos los niveles de complejidad (*Art. 2*). Finalmente, de manera general, los administradores de sistemas de salud están obligados a garantizar un número adecuado de proveedores de servicios de ILE de acuerdo con las disposiciones del decreto, el *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad* y demás normas técnicas que se expidan (*Art. 2, Decreto Reglamentario 4444 de 2006*). De manera reciente se estableció además la obligación de los administradores –entidades promotoras de salud, direcciones departamentales y distritales de salud– de remitir al Ministerio de Protección Social, Dirección General de Calidad de los Servicios, las instituciones que, dentro de la red habilitada para prestar servicios de gineco–obstetricia de baja, mediana y alta complejidad, cuentan con profesionales dispuestos a proveer los servicios de ILE, dentro de los dos meses siguientes a la publicación de la circular que establece la obligación. Adicionalmente, se establece la obligación de mantener actualizada y disponible la información para todas las usuarias que requieran estos servicios y deberá reportarse anualmente a la misma Dirección (*Art. 1, Circular externa 2137 de mayo 22 de 2007*), acerca de la Información sobre la provisión de servicios seguros de interrupción voluntaria del embarazo, no constitutiva del delito de aborto.

xi. Asesoría y cuidado post–aborto: complicaciones, acceso a MAC, otras consultas de SSR

Casi todos los países en los que se realizó la búsqueda presentaron información para este criterio. Las diferencias tienen que ver con el contenido y la especificidad. Entre los temas recurrentes está el acceso a métodos de anticoncepción que en países como Brasil, Colombia y Perú es altamente detallado, mientras que en Italia, Guyana, Noruega y

Panamá, simplemente se menciona. En Sudáfrica, si bien el acceso a métodos no es detallado, tiene la particularidad de que la información a este respecto es obligatoria antes de dar de alta a la mujer. La información acerca de los síntomas de complicaciones y los síntomas normales del post-aborto, se incluye en Brasil, Perú y Colombia con detalle y en Noruega simplemente se mencionan. En Brasil, Sudáfrica Colombia y Perú, la cita de control para revisar la evolución del procedimiento forma parte del manejo post-aborto. Como contenidos excepcionales, en Italia, cuando el aborto se causa por malformaciones del feto, se debe proporcionar a la mujer información para que prevenga embarazos de este tipo.

Brasil tiene un componente relacionado con la información sobre los signos de recuperación en el post-aborto y los síntomas que requieren atención de emergencia: cólico prolongado, sangrado prolongado, sangrado más abundante que una menstruación normal, fiebre, escalofríos y malestar general, dolor intenso o prolongado, desmayos.

Se especifica el contenido de las orientaciones generales que debe recibir la mujer: rutina de higiene personal, reinicio de la actividad sexual, retorno de la menstruación, retorno de la fertilidad y los métodos de planificación y acceso a los mismos, cita dentro de los próximos quince días para revisión, qué hacer o adónde ir en caso de emergencia, complicaciones (*V Informar y Orientar, Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto, 2005*).

El manejo post-aborto incluye orientación en cuanto a la anticoncepción post-aborto, informando inclusive acerca de la anticoncepción de emergencia. Lo primero que debe hacerse, según la norma, es advertir el corto tiempo en que recuperará la fertilidad, por lo que la planificación debe ser pronta también; se les debe comunicar que las mujeres que no planifican son las que se encuentran en un riesgo más alto de repetir un aborto. Se debe informar sobre todos los métodos y su efectividad para evitar embarazos. Se debe promover la doble protección. Preferiblemente se deben ofrecer los métodos donde se practica el procedimiento.

La norma técnica de **Colombia** también contiene un modelo altamente detallado. La regulación prevé un componente de monitoreo de la recuperación después de un aborto. En los abortos quirúrgicos se establece que en la recuperación, los profesionales deben brindarle a la mujer confort, apoyo y monitorear su recuperación. Se deben atender las manifestaciones de dolor ya que pueden indicar perforación uterina. En los casos de aborto quirúrgico también se señala la necesidad de un control con el profesional entre siete y quince días después del procedimiento para una evaluación general de su salud.

En las interrupciones tardías se considera importante confirmar con examen bimanual del tamaño uterino a través de la pared abdominal. También en estos casos, cuando hay

sedación importante o anestesia general, se indica que la mujer podrá requerir una recuperación más prolongada. En todos los casos de interrupciones de más de doce semanas, debido al mayor riesgo de hemorragia y de abortos incompletos, las mujeres deberán permanecer en observación hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados.

La norma señala varias situaciones para el manejo inmediatamente posterior al procedimiento. Si no hay complicaciones, pueden dejar el centro de atención tan pronto como se sientan capaces y sus signos vitales sean normales. En aquellos casos en los que esté indicada la permanencia de la mujer entre cuatro y seis horas bajo observación clínica después de tomar la Prostaglandina, los profesionales a cargo deberán confirmar la expulsión y estar atentos a complicaciones.

Para los casos en los que el aborto no pueda confirmarse inmediatamente después del procedimiento con medicamentos, la norma indica la programación de una cita de control a los diez a quince días posteriores, para confirmar que el aborto ha sido completo, que no hay infecciones y que no ha ocurrido ninguna otra complicación. En todo caso, se debe proporcionar información clara, simple, oral y por escrito acerca de cómo cuidarse incluyendo los síntomas normales (sangrado similar al menstrual o durante varias semanas, sangrado similar o mayor al de una menstruación abundante, náuseas, vómitos, dolores cólicos) y los síntomas que requieren atención clínica (sangrado excesivo, fiebre que dura más de un día y dolor abdominal). Parte del manejo post-aborto incluye la revisión del producto de la concepción para verificar que se corresponda con lo esperado y descartar embarazo ectópico y molar o un aborto incompleto (*Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo ILE*).

Uno de los aspectos más importantes de la regulación en **Colombia**, en el manejo post-aborto, es el acceso a métodos anticonceptivos. Se ordena que en todo caso antes de que la mujer deje el centro de salud, los profesionales deben asegurarse de que reciba información y asesoramiento en anticoncepción post-aborto, incluyendo anticoncepción de emergencia. La norma señala algunas recomendaciones en relación con los métodos: «Después de un aborto, pueden tenerse en cuenta todos los métodos anticonceptivos, incluyendo dispositivos intrauterinos y anticonceptivos hormonales, siempre que se preste atención al perfil de salud de cada mujer y las limitaciones asociadas con ciertos métodos, algunos de los cuales pueden iniciarse el mismo día. No obstante hay que tener en cuenta que los riesgos pueden ser menores que el beneficio de iniciar anticoncepción segura de manera inmediata.»

Cuando la mujer elige la esterilización, la norma señala que el profesional debe asegurarse de que no se trata de una decisión influenciada por la crisis, que producirá arrepentimiento en el futuro. La norma recomienda que los centros donde se practique ILE tengan capacidad de proveer los métodos de planificación, y en todo caso, si no pueden

ofrecer el método elegido por la mujer, le ofrezcan información sobre dónde y cómo acceder a él y un método temporal. Además de la anticoncepción se debe ofrecer información sobre la prevención de VIH y de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), promoviendo la doble protección. En principio, como una de las características del servicio incluye la orientación post-aborto, la asesoría en planificación familiar, el acceso a métodos efectivos de anticoncepción, prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y –en general– todas las intervenciones orientadas al autocuidado de la salud (6. *Características del servicio*).

En **Sudáfrica**, la ley de terminación del embarazo señala que el Estado debe promover la orientación no directiva ni obligatoria antes y después del procedimiento (*Art 4, Choice on Termination Act and Amendment, 1996 and 2004*). En la regulación se detalla el manejo post-aborto indicando aspectos médicos del procedimiento: chequear signos vitales, sangrado y contracción del útero; revisar el producto removido del útero para asegurarse de que está completo; monitorear la recuperación brindando descanso confortable y observación durante una o dos horas; revisar que el cólico y el sangrado del útero hayan disminuido y que éste se haya contraído adecuadamente; si es RH negativo administrar anti D si es necesario.

Se debe dar de alta si la mujer se encuentra estable clínicamente, después de brindarle lo siguiente:

- consejería postoperatoria e información sobre signos de recuperación normal y anticoncepción;
- medicación prescrita, rutina personal de higiene, reinicio de la actividad sexual y la menstruación, signos y síntomas que requieren atención de emergencia;
- provisión de anticoncepción;
- ordenar atención con trabajador social si es requerida o solicitada;
- ordenar seguimiento en las 2 ó 3 semanas siguientes cuando sea conveniente para la usuaria.

De esta norma se destaca el énfasis que hace en la provisión de anticoncepción. En este sentido indica que se debe disponer una cita de seguimiento para asegurarse de la continuidad del uso de anticoncepción y además para consejería posterior al procedimiento si fuera necesario (2. *Client Assessment and Preparation*). Asimismo, se debe suministrar anticoncepción de emergencia en el lugar, antes de dar de alta (4. *Applied Pharmacology–Manual Vacuum Aspiration. Circular H97/2000. Protocol for Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape*).

En **Italia** también se ordena que el médico que lleve a cabo la ILE proporcione a la mujer información sobre control de natalidad. Además, cuando hay presencia de malformacio-

nes o anormalidades del feto se debe brindar a la mujer información para prevención (Art. 14, *Norma para la Tutela Social de la Maternidad y sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo*, 1978).

En **Guyana**, también de manera sucinta, se delega en el Ministerio la elaboración de regulación para la consejería post-aborto para cada mujer que busque un tratamiento para la terminación médica del embarazo, y –cuando sea apropiado– su pareja (Art. 4, *Medical Termination of Pregnancy Act*, 1995). Con todo, en la regulación específica se establece que después de llevar a cabo el procedimiento de terminación del embarazo un médico general o un médico general autorizado debe:

- a. Realizar una consejería a la paciente y cuando sea apropiado a la pareja sobre el comportamiento sexual responsable y referirla a cualquier individuo o institución aprobada por el Ministerio para que la provea;
- b. Dar tal consejo a la paciente y cuando sea apropiado a la pareja para que logren asimilar las consecuencias psicológicas y sociales de la terminación del embarazo.

La norma advierte que al determinar si es o no apropiada la participación de la pareja, el médico general o el consejero deberá atenerse a los deseos de la mujer que busca la terminación del embarazo (Art. 2).

En **México**, la *Ley de Salud para el Distrito Federal*, reformada en 2004, señala que los servicios de consejería a cargo del gobierno ofrecerán a las mujeres apoyo médico después del procedimiento de aborto particularmente en el tema de planificación familiar y anticoncepción.

La regulación en **Noruega** ordena que cuando la mujer lo solicite se asegure que sea aconsejada acerca de las medidas anticonceptivas (Art. 14, *Act N° 50 concerning Termination of Pregnancy, 1975 with Amendments*, 1978). La *Regulation for the Implementation of the Act concerning Termination of Pregnancy* (1975) además señala que el superintendente médico de la unidad hospitalaria deberá tomar las medidas necesarias para asegurarse de que la mujer reciba el tratamiento postoperatorio necesario y orientación individual en anticoncepción (Art. 19).

En **Panamá**, en la norma de [Oferta de Servicios de Salud del Sistema de Protección Social \(2005\)](#), en el capítulo de *Atención de la Mujer Embarazada*, se encuentra la identificación y capacitación en los primeros días del posparto o el post-aborto en tratamiento, control y seguimiento biopsicosocial. Sin embargo, no se señala el contenido del tratamiento, control ni seguimiento.

La *Norma Técnica del Instituto Materno Perinatal* del **Perú**, también prevé consejería después del procedimiento y la divide en varios pasos: 1) apoyo emocional, en el cual el

profesional debe establecer un vínculo con la usuaria, libre de prejuicios y juzgamientos para identificar sus sentimientos frente al procedimiento; 2) ofrecer anticoncepción, informar a la mujer sobre la misma de manera amplia, explorar sus posibilidades y respetar sus elecciones; 3) cuidados post-aborto, en los que se debe informar acerca del autocuidado, de los síntomas normales y de los síntomas de alarma; 4) seguimiento, que básicamente se concreta en una cita de seguimiento. A su vez, el *Protocolo del Hospital de Belén de Trujillo*, en el manejo post-aborto incluye el monitoreo de signos que puedan señalar una complicación del mismo, como la presencia de dolor o bien la posibilidad de un aborto incompleto para asegurarse de terminar el procedimiento adecuadamente. Además de este monitoreo se ordena ofrecer apoyo a la mujer y reforzar la información iniciada en la preparación antes del procedimiento, incluyendo MAC, prevención de ITS/VIH y la información de los signos de alarma: sangrado excesivo, dolor intenso que no cede a los analgésicos, fiebre, flujo.

xii. Plazos establecidos para la prestación del servicio

Los tiempos de espera –según lo encontrado en la regulación– corresponden a períodos de entre veinticuatro horas y diez días, contados a partir de la solicitud de interrupción del embarazo de la mujer y cuyo límite es la prestación del servicio. En general, el período está dispuesto para resolver trámites administrativos. Como una excepción a la regla, se resalta el caso de **Italia**, donde el tiempo de espera de siete días desde la solicitud de la mujer, es un período de reflexión, antes de que la autorización se haga efectiva. Salvo el caso de Colombia y Sudáfrica, los otros países establecen sus plazos de manera perentoria.

En **Sudáfrica** no se indica un plazo específico, pero se señala que las usuarias que presenten la solicitud antes del primer trimestre deben ser programadas para el procedimiento en una institución pertinente antes del final de la semana doce de gestación. El profesional que refiere a la mujer debe indicar a la persona encargada de dar las citas, las fechas en las cuales la usuaria debe ser atendida. Si se trata de una terminación de embarazo en el segundo trimestre la cita debe darse tan urgente como sea posible (*Artículo 1.7, Circular H97/2000. Policy on the Management of Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape*).

En **Colombia**, la [Resolución 4905 de 2006](#) mediante la cual se adopta la norma técnica para ILE, establece un período de cinco días para que se practique el procedimiento, pero este plazo es «en lo posible», lo que indica que no es perentorio (*Art. 5*).

En **Panamá**, tampoco se establece un término pero se ordena que los trámites administrativos y técnicos relacionados con la solicitud de aborto terapéutico deberán facilitarse en las instituciones del Estado para que se atienda al mayor número de mujeres en eta-

pas tempranas de la gestación (Art. 5). La Comisión deberá reunirse a la mayor brevedad posible cada vez que se solicite una interrupción y periódicamente para expedir regulación (Art. 11, Resolución 1 de abril de 1989 de la Comisión Multidisciplinaria Nacional de Aborto Terapéutico).

En **México**, los tiempos de espera se regulan en varias normas. El Código de Procedimiento Penal regula el tiempo de espera máximo para la solicitud al Ministerio de Salud en los casos de violencia sexual e inseminación artificial no consentida, que debe resolverse en veinticuatro horas. La *Ley de Salud para el Distrito Federal* define un plazo dirigido a las instituciones públicas de salud, las cuales deberán prestar los servicios dentro de los cinco días siguientes a la solicitud de la mujer (Art. 16 bis). Sin embargo, existe otra norma encargada de regular plazos: los *Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal* (2006), pero éstos regulan el plazo que debe transcurrir entre la primera consulta en la unidad y la práctica del procedimiento. Se ordena entonces a las autoridades de la unidad hospitalaria la agilización de los trámites administrativos «(...) necesarios para que el procedimiento de interrupción legal del embarazo se lleve a cabo lo más tempranamente posible, resolviéndole el caso a la embarazada en un máximo de diez días naturales a partir de la primera consulta en la unidad, con el propósito de disminuir riesgos y daños a la salud materna que se incrementan conforme avanza la edad gestacional». Si es antes de las doce semanas, el plazo es de cuarenta y ocho horas. (Art. 15, *Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal*. Reformada en este punto en el 2007.)

Finalmente en **Perú**, la *Directiva Instituto Materno Perinatal* (2007) señala que no pueden transcurrir más de diez días calendario desde que se efectúa la solicitud hasta que se inicia el procedimiento de aborto terapéutico. De manera similar el *Protocolo Belén de Trujillo* señala que desde que se efectúa la solicitud hasta que se inicia el procedimiento de interrupción legal del embarazo no debe pasar más de una semana, debiendo actuar con más celeridad si el caso lo amerita (*Procedimientos administrativos*).

ii. Calidad de los servicios: garantía de derechos y estándares de calidad

i. *Consentimiento informado*

En el tema de consentimiento, en primer lugar se observaron las reglas generales para todas las mujeres. Adicionalmente, se observaron las reglas particulares para menores de

14 años. Sin embargo, la lectura de la regulación mostró que el problema del «sujeto» a quien se otorga el consentimiento es más general –no se circunscribe solamente a menores– y se refiere al consentimiento de quienes, según las normas de cada país, no pueden darlo directamente. Esto se traduce en dos temas importantes que pueden formularse en las siguientes preguntas:

1. ¿Qué mujeres pueden dar directamente el consentimiento para una ILE?
2. ¿Qué mujeres no pueden darlo directamente, cuáles son las razones y cómo se entiende entonces otorgado el consentimiento para una ILE?

Como la edad en la que una mujer se considera adulta es un criterio variable, en algunos países ninguna menor de dieciocho años puede prestar su consentimiento y en otros, en efecto, el problema son las menores de catorce. También se encontró que las normas para las mujeres discapacitadas constituyen una variable importante de las reglas específicas del consentimiento.

En los análisis sobre consentimiento se incluyeron las reglas generales sobre éste y las reglas específicas en el caso de menores y de mujeres que no pueden prestarlo directamente, tales como aquéllas que padecen algún tipo de discapacidad. Cada uno de los puntos fue analizado separadamente para identificar modelos específicos en el manejo de las situaciones.

a. Reglas generales del consentimiento

Las características comunes de la regulación sobre este aspecto muestran que éste casi siempre tiene por objeto explícitamente la adopción de una decisión libre y autónoma. Por una parte, tiene que ver con la manifestación del consentimiento de la mujer que en muchos casos se busca que sea por escrito y hay regulaciones que incluso ofrecen formatos para consignarlo. Pero también tiene que ver con el tipo de información que hay que brindarle a la mujer para que se entienda que éste es, en efecto, informado.

En **México** por ejemplo, en los *Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud Relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal* (2007) se llama consentimiento informado a la «Aceptación voluntaria de la mujer, registrada por escrito, que solicite o requiera la interrupción legal del embarazo, una vez que los servicios de salud, como obligación ineludible, le hayan proporcionado información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes; para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable» (Art. 3). Más adelante en la misma norma se ordena proporcionar «(...) información objetiva, suficiente, oportuna y comprensible a la mujer embarazada que requiera la interrupción

legal del embarazo, sobre los procedimientos que se utilizan, sus riesgos y consecuencias, con el propósito de que tome de manera libre y responsable la decisión de interrumpir su embarazo, mediante consentimiento informado. Éste se basa en el principio de que la persona tiene derecho a decidir libremente, protegiendo esa libertad de elección y respeto a su autonomía. Esta decisión implica la aceptación voluntaria de la persona, asumiendo junto con su médico la responsabilidad sobre dicha aceptación. En caso de no aceptar, la usuaria asume la responsabilidad, lo cual deberá ser respetado por el equipo de salud (Art. 16).

En el **Perú**, aunque no hay regulación sanitaria para la ILE, hay dos normas que son relevantes en el tema. *El Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva* (2006), que si bien no es específicamente para aborto, sino general para los temas relacionados con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, define el consentimiento informado en los siguientes términos: «Es la aceptación racional de una intervención médica o quirúrgica que toma el usuario mediante la elección de alternativas posibles que satisfagan su necesidad de salud. Esta aceptación debe ser libre, voluntaria y consciente, y el usuario la debe tomar después de un proceso de información, sin persuasión, manipulación o coacción. Se expresa en el documento que firma el usuario o paciente después».

Por otra parte la *Directiva del Instituto Materno Perinatal* que aplica a los funcionarios de la institución, recoge los derechos de la *Ley General de Salud* y los aplica para los casos de aborto terapéutico. Entre ellos está el derecho: «A que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste». La norma también establece varias reglas para la expresión del consentimiento informado. Como punto de partida señala que en caso del aborto terapéutico, es la gestante quien tiene la titularidad para decidir la interrupción del embarazo, ya que la vida y/o la salud que podrían afectarse de continuar con el proceso de gestación, son precisamente las de ella. En los casos en los que la mujer no puede brindarlo, remite a la persona legalmente llamada a hacerlo, exceptuando las intervenciones de emergencia, en cuyo caso, el médico tomará la decisión más conveniente para la vida y la salud de la gestante. Se resalta la importancia de explorar las dudas y conflictos posibles con la gestante y ayudarla a clarificarlos. El resultado de este proceso debe reflejarse en un documento en el que gestante llenará un formulario preestablecido. Se sugiere que un testigo sea su pareja³³. Finalmente la

33 El texto dice: Artículo 4. Consentimiento informado: «Luego de cumplidas las etapas anteriores se llenará con la gestante el formulario preestablecido para el consentimiento informado, con lo cual quedará expedito el camino para la intervención. Sugerir que un testigo sea su pareja. Se debe tener presente que la gestante puede cambiar su decisión, oponiéndose al procedimiento. En este sentido, el consentimiento no tendrá validez y se deberá asu-

norma advierte que: «Se debe tener presente que la gestante puede cambiar su decisión, oponiéndose al procedimiento. En este sentido, el consentimiento no tendrá validez y se deberá asumir la decisión de la gestante, en cuyo caso los/as profesionales de salud deberán brindar la atención a su salud en lo que quede del proceso de gestación» (*VI Disposiciones Específicas, Consejería inicial o antes del Procedimiento, punto 5*). Además, hay un formulario anexo para consentimiento informado. También en **Perú**, a diferencia de lo que sucede con la Directiva del Instituto Materno Peri Natal, *el Protocolo del Hospital de Belén de Trujillo* simplemente exige la verificación del consentimiento informado de la mujer cuando el procedimiento es aprobado.

Por su parte la *Norma para la Tutela Social de la Maternidad y sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo* (1978) de **Italia** sólo indica que la solicitud de los servicios de aborto debe ser efectuada en persona por la mujer (*Art. 1*).

De manera similar en **Noruega**, la terminación del embarazo debe ser solicitada por la mujer misma (*Art. 4*), según el *Act N° 50 concerning Termination of Pregnancy* (1975), *with Amendments* (1978). La regulación además prevé que las opiniones de personas distintas a la mujer sólo pueden obtenerse cuando ella lo requiere (*Art. 5, Regulation for the Implementation of the Act concerning Termination of Pregnancy, 1975*).

En **Guyana**, el *Medical Termination of Pregnancy Act* (1995) prescribe que, salvo en los casos en que la mujer sea demente³⁴, el médico general o el médico general autorizado³⁵, según el caso, deberá solicitar el consentimiento para la práctica del procedimiento, oralmente o por escrito. De manera similar, en **Noruega** la norma ordena que en la terminación del embarazo de una mujer de cualquier estatus marital, si bien el médico general o el médico general autorizado pueden animar a la paciente a que informe a su pareja, no es necesario que obtenga el consentimiento de ésta o que lo notifique (*Art. 8. 4*).

En **España**, en cambio, la norma que regula el aborto no contiene disposiciones explícitas sobre consentimiento, salvo la excepción, en los casos de emergencia, en los que ordena prescindir del mismo (*Art. 4. Real Decreto sobre Centros acreditados y Dictámenes Preceptivos para la Práctica de Abortos Legales, 1986*). Sin embargo, existe una [Ley General de Consentimiento Informado \(2002\)](#) en la que se define el mismo como «(...) la

mir la decisión de la gestante, en cuyo caso los/as profesionales de salud deberán brindar la atención a su salud en lo que quede del proceso de gestación. Siempre es importante explorar las dudas y conflictos posibles con la gestante y ayudarla a clarificarlos».

³⁴ Unsound mind.

³⁵ Un médico general es cualquier persona registrada y debidamente calificada como tal, bajo la norma vigente (*Art. 2*); un médico general autorizado es un médico general registrado y debidamente calificado, especialista en ginecología y obstetricia con experiencia o un médico general entrenado para practicar terminaciones de embarazos (*Art. 2*).

conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud» (Art. 3). La misma norma incluye el derecho a la información asistencial que consagra además del derecho a recibir información completa, el derecho a no recibirla:

- «1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.
2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle (Art. 4).»

La ley general de consentimiento informado es específica en cuanto al contenido mínimo de la información que debe suministrarse al paciente: «1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la siguiente información básica:

- a. Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina cuando se realiza en condiciones de seguridad.
- b. Los riesgos relacionados con las circunstancias personales del paciente.
- c. Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d. Las contraindicaciones (Art. 10).»

En **Colombia**, el consentimiento informado es regulado en la *Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*, que lo define como «(...) la manifestación libre y voluntaria de la gestante en la que solicita y consiente someterse a una interrupción voluntaria del embarazo no constitutiva del delito de aborto, para el cual debe haber recibido información clara, real y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida».

En cuanto a la oportunidad y la formalidad se establece que «(...) deberá suscribirse con antelación al procedimiento de ILE y anexarse a la historia clínica». En la norma se

incluye un modelo no obligatorio de consentimiento informado. La norma agrega que: «La interrupción voluntaria del embarazo requerirá el consentimiento informado de las gestantes adultas, incluidas las mayores de catorce años. Esta decisión debe reflejar la voluntad de la mujer de acceder a la prestación de dichos servicios, libre de coerción o discriminación, sin que se requiera obtener permiso, autorización o notificación de un tercero» (6.3.3 *Consentimiento informado*).

En **Brasil**, la *Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto* (2005), retomando el Código Civil, señala que el consentimiento de la mujer es necesario para el procedimiento salvo que se encuentre en riesgo su vida y ella esté en incapacidad de expresar su voluntad (4. *Del consentimiento*). En cuanto a la información que debe proporcionarse para el consentimiento ordena al profesional asegurarse de que cada duda y preocupación de la mujer sea resuelta, como garantía para una decisión informada (5. *Ética profesional*).

En el *Choice on Termination Act and Amendment* (1996 and 2004) en **Sudáfrica**, simplemente se señala que la terminación del embarazo tiene que ser practicada con el consentimiento informado de la mujer (Art. 5.1), y agrega que ningún consentimiento adicional al de la mujer podrá ser solicitado para la interrupción del embarazo (Art. 5.2).

También de manera escueta se exige el consentimiento escrito de la mujer, pero esta exigencia se limita sólo a los casos de aborto terapéutico (Art. 3, *Resolución 1 de abril de 1989 de la Comisión Multidisciplinaria Nacional de Aborto Terapéutico*).

Finalmente Bolivia y Puerto Rico no se refieren al tema del consentimiento informado.

Como se ve, la mayoría de los países que tienen regulación para la ILE abordan el tema del consentimiento informado. El nivel de detalle del contenido y las reglas de manifestación del mismo son variables.

Países como **México**, expresamente indican el contenido mínimo de la información que debe proporcionarse a la mujer para que el consentimiento que preste se entienda informado. Lo mismo ordenan las regulaciones de **España y Colombia**. En todos estos casos, el contenido de la información coincide en que debe referirse al menos a los procedimientos, los riesgos y las consecuencias de los mismos. Otro aspecto importante –y que se verificó en todos los países– es que la única voluntad a la que se le asigna valor definitivo es a la de la mujer. Esta situación desde la perspectiva de derechos implica la exclusión de la decisión de todas las demás opiniones y voluntades, con carácter exigible.

En cuanto al modo adecuado de expresar el consentimiento, **Perú** (en el *Protocolo de Instituto Materno Perinatal*), **Colombia** y **España** exigen que el consentimiento conste por escrito e incluso ofrecen modelos de consentimiento informado.

b. Consentimiento de mujeres menores de edad

En este criterio se encontró que los países tenían edades variables a partir de las cuales se entiende que las mujeres son plenamente capaces en relación con la adopción de la decisión de interrumpir un embarazo. Por esta razón en el siguiente aparte se revisarán las reglas para el consentimiento informado de quienes se consideran menores, según el caso. Los puntos en los que se diferencian las regulaciones en este tema y que son problemáticos son: (i) el valor que se le asigna a la voluntad de la mujer menor en la toma de la decisión y (ii) la existencia de mecanismos para resolver la eventual discrepancia entre la voluntad de la menor y la de sus representantes legales o quienes ejerzan la patria potestad. Estos puntos son resueltos de manera diversa por las regulaciones³⁶.

En **Perú**, como se mencionó antes, no existe norma nacional que regule los aspectos técnicos de la Interrupción Legal del Embarazo. Sin embargo, la *Directiva del Instituto Materno Perinatal* (2007)³⁷ sí prevé que para los servicios de aborto que se presten en esa institución, cuando se trate de mujeres adolescentes menores de dieciséis años se requiere la autorización de los padres o de su representante legal. En cambio: «corresponde a las adolescentes gestantes que tengan entre dieciséis y dieciocho años solicitar y autorizar la intervención. Si se tratase de adolescentes menores de dieciséis años que ya son madres, igualmente corresponde a ellas la decisión » (*Disposiciones generales, C. Consentimiento de la mujer embarazada o de su representante*). En esta regulación la solución se presenta en el extremo de no asignar valor a la voluntad de la menor gestante que desea interrumpir el embarazo, ya que para la interrupción se requiere autorización de representante y no existe mecanismo para resolver una eventual discrepancia.

En **Panamá**, la Resolución 1 de abril de 1989 de la *Comisión Multidisciplinaria Nacional de Aborto Terapéutico*, que regula el acceso en los casos de aborto terapéutico, anula la voluntad de las mujeres menores al señalar que éstas deberán contar con el consentimiento de su representante legal (*Art. 3, parágrafo*).

De manera similar en **España** la Ley General de Consentimiento Informado contempla para los casos de consentimiento por representación, que el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, lo cual puede ocurrir a cualquier edad. En este caso, el consentimiento lo dará el represen-

³⁶ Es importante anotar que las exigencias en cuanto al consentimiento de la mujer menor no aplican para las mujeres que deciden continuar un embarazo, aunque el propio embarazo les acarree riesgos para su salud. En este caso no se exige el consentimiento de un familiar sino que basta el de la menor.

³⁷ Recordar que esta disposición ha sido suspendida.

tante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Por otra parte, para menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no se presta el consentimiento por representación aunque, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente. La anterior regulación deja sin solución explícita el consentimiento de los menores de 16 años que al parecer sí se presta por representación. En este caso –además– no se trata de criterios completamente objetivos, como la edad, sino de criterios mixtos que incluyen otros componentes, como la capacidad intelectual y emocional del menor para comprender la intervención y el riesgo que representa la actuación según el facultativo. Con este sistema, las reglas del consentimiento sólo se pueden definir en el caso concreto.

Brasil, Sudáfrica y Guyana, en cambio, se ubican en el extremo opuesto asignando todo el valor a la voluntad de la menor gestante, aunque permitiendo la participación de sus representantes. En **Brasil**, la *Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto* (2005), en principio, señala que entre los 16 y los 18 años las adolescentes deben ser *asistidas* por sus padres o su representante legal que se manifiestan *con* ellas. Antes de los 16 años deben ser *representadas* por los padres o el representante que se manifiestan *por* ella. Sin embargo, advierte la norma que en cualquier caso siempre que la adolescente tenga condiciones para expresar su voluntad, deberá consentir y deberá ser respetada su voluntad, aunque no se practique el procedimiento y sus representantes así lo quieran. **Sudáfrica** por su parte, establece que si la mujer es menor de 18 años, el médico general, la partera o la enfermera registrada aconsejará a la menor que consulte con tutor, parientes o amigos; sin embargo, el servicio no podrá ser negado si decide no consultar (*Art. 5.3. Choice on Termination Act and Amendment, 1996 and 2004*).

La norma de **Guyana** ordena que en la terminación del embarazo de una niña de cualquier edad, si bien el médico general o el médico general autorizado pueden animarla a que informe a sus padres, no es necesario que obtenga el consentimiento de los padres o el guarda ni que los notifique (*Art. 8. 3. Medical Termination of Pregnancy Act. 1995*).

Italia exige autorización de los representantes –potestad o tutela– de las menores de 18 años, pero prevé un mecanismo especial para resolver los casos en los que existan discrepancias. El mecanismo se puede aplicar si la solicitud se realiza dentro de los primeros 90 días de gestación o en embarazos de más de 90 días cuando hay riesgo para la vida de la gestante, cuando no es posible solicitar el consentimiento del representante o si se opone o manifiesta conflicto de intereses. El médico remite el caso a un juez tutelar del lugar, dentro de los siete días posteriores a la solicitud, expresando su parecer. El juez, después de oír a la mujer y tener en cuenta su voluntad, dentro de los 5 días siguientes, puede tomar la decisión de permitir a la mujer terminar el embarazo por acto que no

tiene ningún recurso³⁸. Con todo, si la interrupción del embarazo es urgente, el profesional puede ordenar la interrupción sin consentimiento del representante y sin consultar el juez (*Art. 12. Norma para la Tutela Social de la Maternidad y sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo, 1978*).

En **Noruega**, la *Ley de Terminación del Embarazo* prescribe que si la mujer que solicita la interrupción es menor de 16 años, la persona que ejerza la autoridad paternal debe tener oportunidad de expresar su punto de vista, salvo si hay razones particulares para lo contrario. Así, tiene en cuenta la opinión del representante pero no le da valor absoluto. (*Art. 4*). Cuando existe discrepancia, porque quien ejerce la autoridad paternal haya expresado su opinión de que no debe ser terminado el embarazo, éste sólo puede ser interrumpido con el consentimiento del oficial médico del condado (*Art. 9*).

En **México**, el Acuerdo del Procurador General de Justicia del Distrito Federal, por el que se establece el *Instructivo sobre el Procedimiento de la ILE y Anticoncepción de Emergencia* (ACE) en los casos de violación, regula los casos en los que exista conflicto entre la decisión de la menor y quienes ejerzan la patria potestad, para lo que establece que «(...) el representante social se asegurará de que personal del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales brinde la primera información veraz, objetiva e imparcial sobre los riesgos y consecuencias de la interrupción o no del embarazo. Conforme a lo dispuesto por el artículo 49 de la Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal, el representante social atenderá el interés superior de la menor y la decisión que ésta tome, para tomar una determinación en consulta con el Subprocurador de Averiguaciones Previas correspondiente». El mecanismo consiste pues en la toma de decisión por un tercero, pero enfatizando la importancia de la voluntad de la menor y la protección de su interés superior. Para tal efecto, define el contenido del interés superior del menor en concordancia con los instrumentos internacionales suscritos en el país, indicando que «(...) comprende lo que más convenga a su desarrollo integral, priorizando sus derechos sobre cualquiera otro, proveyendo los medios a su alcance para ese fin como sujeta de derechos y obligaciones dentro de sus particularidades específicas, y sin que ello signifique el sacrificio de unos derechos que le pertenecen por el cumplimiento de otros, sino el cumplimiento integral de los mismos, como elemento imprescindible de ese interés superior» (*Art. 7*).

En **Colombia**, de acuerdo con las normas del Miniserio, tratándose de menores de catorce años, la ILE requerirá la autorización de los padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata. Aunque no se define un mecanismo específico para resolver las discrepancias, sí se indica que «En todo caso se procurará

³⁸ Esto significa que la decisión no está sujeta a ninguna discusión posterior.

conciliar el derecho de la paciente a la autodeterminación con la protección de la salud, sin menoscabar el consentimiento de la menor de catorce años.» (6.3.3 *Consentimiento informado, Norma Técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*). Esta norma debe ser leída en concordancia con la *Sentencia C-355*³⁹ y el *Código de la Infancia y la Adolescencia* (2006). De este último, en particular dos artículos: el Artículo 9 establece la «Prevalencia de los derechos. En todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con los niños, las niñas y los adolescentes, prevalecerán los derechos de éstos, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona». Por su parte, el Artículo 8 define el contenido del interés superior del menor: «Interés superior de los niños, las niñas y las adolescentes. Se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus derechos humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes». Estas normas ofrecen los elementos que se deben tener en cuenta para la conciliación de que habla la Norma Técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el artículo citado arriba.

De nuevo **Puerto Rico** y **Bolivia** no definen reglas para el consentimiento de menores.

c. Consentimiento de mujeres que no pueden prestarlo directamente

En la regulación del consentimiento de mujeres que no pueden prestarlo directamente por padecer algún tipo de discapacidad mental, se encontró que la regla general es la exigencia del consentimiento por el representante. Sin embargo, en casi todos los casos se ordena tener en cuenta la voluntad de la mujer, salvo en Panamá. La mayoría

39 Si bien la Corte Constitucional en la sentencia en la que despenalizó el aborto en los casos extremos, C-355 de 2006, no definió reglas concretas para que las mujeres menores de 14 años decidieran acerca de la terminación del embarazo, sí ofreció algunos elementos útiles para orientar el tema. En primer lugar, excluyó del ordenamiento jurídico una norma que consideraba que en todos los casos los abortos practicados a mujeres menores de 14 años debían considerarse delito. El fundamento de dicha decisión fue que la desestimación absoluta de la voluntad de la mujer de 14 años para decidir terminar un embarazo, que era la consecuencia de considerar delito la práctica del procedimiento para las mujeres menores de 14 años en todos los casos, anulaba «(...) totalmente el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía y la dignidad de las menores». Por otra parte, en la misma providencia se reconoció que las «menores eran titulares del derecho a tomar decisiones sobre procedimientos invasivos y se estableció la prohibición al legislador de definir en el futuro políticas en relación con el aborto que menoscabaran la voluntad de las mujeres menores (...)». La jurisprudencia constitucional ha reconocido en los menores la titularidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad y la posibilidad de consentir tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo, aun cuando tengan un carácter altamente invasivo. En esta medida, «descarta que criterios de carácter meramente objetivo, como la edad, sean los únicos determinantes para establecer el alcance del consentimiento libremente formulado por los menores para autorizar tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo. En materia de aborto, el legislador –si lo estima conveniente– podrá establecer reglas específicas en el futuro sobre representación, tutela o curatela sin menoscabar el consentimiento de la menor de catorce años».

de los países no establecen mecanismos para resolver las diferencias entre la mujer y el representante. En España e Italia la norma señala además qué se debe hacer en caso de que carezca de representante. Como características particulares, se encontró que en Sudáfrica la opinión que prevalece es la del médico y en Italia es un Juez quien toma la decisión.

Entre los países en los cuales no se prevé mecanismo específico pero se asigna valor a la voluntad de la mujer se encuentra **España**. En la *Ley General de Consentimiento* (2002), el Artículo 3 señala las personas que deben otorgar el consentimiento por representación. Entre éstas se encuentra que «(...) el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación». En aquellos casos en los cuales carezca de representante legal, la norma indica que el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

Si bien no se establece un mecanismo para aquellos casos en los que el representante o el familiar cercano se rehúsen a la práctica de la ILE, se indica que el consentimiento por representación, debe ser adecuado a las circunstancias y a las necesidades que haya que atender, «(...) siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal». Además se señala que éste participará en la decisión en la medida de lo posible (*Art. 9*).

Finalmente, en la Disposición adicional cuarta, se establece la competencia en cabeza del Estado y las Comunidades Autónomas, para que en el ámbito de sus respectivas competencias, dicten disposiciones precisas «(...) para garantizar a los pacientes o usuarios con necesidades especiales, asociadas a la discapacidad, los derechos en materia de autonomía, información y documentación clínica regulados en esta Ley».

De manera similar a España, la *Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto* (2005) de **Brasil** prevé las mismas reglas cuando la mujer es adolescente y cuando es discapacitada, mediante un sistema en el que se requiere consentimiento del representante, pero señala que en cualquier caso, siempre que la mujer tenga condiciones para expresar su voluntad, deberá consentir y deberá ser respetada su voluntad, aunque ella sea que no se practique el procedimiento y sus representantes así lo quieran. En esta norma, la discapacidad alude a la mujer que –por cualquier motivo– no tiene condiciones de discernimiento o de expresar su voluntad.

En **Noruega**, las reglas para el consentimiento de las menores y las que tienen alguna discapacidad son idénticas. Así, señala que si la mujer es retrasada, la persona que ejerza la guarda debe tener oportunidad de expresar su punto de vista, salvo si hay razones particulares para lo contrario. Si el retraso es severo o padece enfermedad mental, quien ejerce la guarda puede solicitarla directamente. El consentimiento de la mujer puede

ser obtenido si se puede asumir que entiende el significado de la operación. Si la mujer carece de guarda, por solicitud del médico, la Corte puede nombrar un guarda auxiliar (*Art. 4*). En los casos en que el guarda niega su consentimiento, éste puede ser terminado con el consentimiento del oficial médico del condado (*Art. 9, Act N° 50 concerning Termination of Pregnancy, 1975, with amendments, 1978*).

En **Colombia**, la norma también establece las mismas reglas para el consentimiento de menores y de mujeres que no pueden prestarlo directamente, las mujeres en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, quienes requerirán el consentimiento de los padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata. Sin embargo, no se anula completamente la voluntad de la mujer ya que se indica que: «En todo caso se procurará conciliar el derecho de la paciente a la autodeterminación con la protección de la salud (...)». (*6.3.3 Consentimiento Informado. Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*.)

Sudáfrica tampoco establece un mecanismo para resolver las discrepancias entre la voluntad de la mujer y la del representante, pero claramente considera que la voluntad de éste no es definitiva. De manera particular, la voluntad –o mejor, la opinión– que prevalece es la del médico, pero exigiendo la consulta del representante sin que la misma sea obligatoria. Se señala que cuando la mujer tenga una discapacidad mental severa que la haga incapaz de comprender y apreciar las consecuencias de la terminación del embarazo o si se encuentra en estado de continua inconsciencia y no hay posibilidades de que la recupere a tiempo para decidir sobre la terminación antes de las doce semanas o entre la semana trece y la veinte: (i) se practicará con el consentimiento de su representante natural o legal; (ii) si estas personas no pueden ser encontradas, con el consentimiento de su «curator personae», con la condición de que el embarazo no puede ser terminado salvo si dos médicos generales o un médico general y una partera o enfermera registrada, que hayan completado el entrenamiento, consienten en ello (*Art. 5.4*).

Con todo, el embarazo puede ser terminado cuando dos médicos generales o un médico general y una partera o enfermera registrada, que hayan completado el entrenamiento, consientan en ello, consultando antes al guarda natural o legal, el cónyuge o el «curator personae», pero sin que sea posible negarlo si éstos se rehúsan al procedimiento, en los siguientes casos:

1. Hasta la semana veinte, si los médicos señalados son de la opinión de que la continuación del embarazo supone riesgo o daño para la salud física o mental de la mujer o existe un riesgo sustancial de que el feto sufra una severa anormalidad física o mental.
2. Después de la semana veinte de gestación, si son de la opinión de que pone en peligro la vida de la mujer, puede resultar en una severa malformación del feto o dañarlo

o ponerlo en peligro (*Art. 5.5. Choice on Termination Act and Amendment, 1996 and 2004*).

En **Italia**, la *Norma para la Tutela Social de la Maternidad y sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo* (1978), por el contrario, delega la decisión a una autoridad judicial, en tanto que el tutor o el marido simplemente opinan. Según la norma, si la mujer es interdicta mental el consentimiento lo pueden dar el tutor o el marido que no está separado legalmente. Si es el marido o ella misma quien eleva la solicitud, debe oírse la opinión del tutor. En todo caso la mujer debe confirmar qué desea hacer con el embarazo. El médico del consultorio, de la institución o el médico de confianza, transmitirá al juez tutelar, dentro de los siete días siguientes a la solicitud, un reporte que contenga los detalles de la solicitud y de su fuente, de la enfermedad de la mujer y el punto de vista de tutor si lo hubiera expresado. Después de cinco días el juez puede, escuchadas las partes, si lo considera oportuno, tomar una decisión que no está sujeta a recursos. La decisión del juez es un título para que la mujer solicite la práctica del procedimiento.

En **Panamá**, donde sólo es vinculante en los casos de aborto terapéutico, la Resolución 1 de abril de 1989 de la *Comisión Multidisciplinaria Nacional de Aborto Terapéutico*, exige para las mujeres inhabilitadas por razones legales prestar el consentimiento por su representante legal (*Art. 3, párrafo*).

En el **Perú**, la *Directiva del Instituto Materno Perinatal* exige que las mujeres con discapacidad⁴⁰ presten su consentimiento a través de su representante legal. Sin embargo, en caso de que nieguen su consentimiento, el médico tratante o el establecimiento de salud, tiene la obligación de comunicarlo a la autoridad judicial competente para que puedan interponerse las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud de ésta.

40 Se habla de absoluta y relativamente incapaces en los siguientes términos: absolutamente incapaces: los menores de 16 años, salvo para aquellos actos determinados por la ley; los que por cualquier causa se encuentren privados de discernimiento; y los sordomudos, los ciegosordos y los ciegomudos que no pueden expresar su voluntad de manera indubitable. Relativamente incapaces: los mayores de 16 y menores de 18 años, los retardados mentales, los que adolecen de deterioro mental que les impide expresar su libre voluntad; los pródigos; los que incurren en mala gestión; los ebrios habituales; los toxicómanos; los que sufren pena que lleva anexa la interdicción civil. Esta interpretación resulta de una remisión a las normas que regulan la incapacidad general, contenida en la regulación para terminación del embarazo, la cual resulta desde todo punto de vista injustificada. Las normas generales de incapacidad, absoluta y relativa, se refieren a la posibilidad de los sujetos de realizar negocios jurídicos autónomamente. La implicación de remisiones de este tipo es que se establecen limitaciones a las mujeres en relación con la terminación de su embarazo aun cuando tienen capacidad de discernimiento y decisión en asuntos relativos a la reproducción. Por ejemplo, una mujer interdicta por dilapidadora o disipadora, no tiene capacidad de celebrar negocios jurídicos autónomamente porque carece de un criterio racional para el manejo de los recursos económicos. Sin embargo, esa mujer comprende perfectamente las consecuencias de una terminación del embarazo y puede decidir efectivamente, y de manera informada, acerca de la misma. Es importante tener en cuenta que en todos los casos, las limitaciones a la capacidad de decisión, como las que vienen atadas a las incapacidades absolutas y relativas, sólo son justificadas cuando protegen a la persona. Si no existe una razón para imponer tal protección, la capacidad de decidir debe ser plena.

Adicionalmente, en el caso de las mujeres con alguna incapacidad mental, se requiere incluir en la junta médica un médico o médica psiquiatra. Si el establecimiento de salud no cuenta con un profesional de esta especialidad, la o el psicólogo hará sus veces. En cuanto al consentimiento, la norma afirma que será el familiar más cercano, o el tutor legal quien firmará la solicitud de intervención.

ii. Objeción de conciencia

Entre las reglas para la objeción de conciencia se encontró que no hay ningún país que permita la objeción institucional y en la mayoría se prohíbe a los/as médicos/as el ejercicio de la objeción cuando se encuentra en riesgo la vida o la salud de la mujer y se establece la obligación de derivar a la mujer a un profesional que esté en capacidad de prestarlos de manera segura y oportuna. En general hay tres aspectos que se regulan: (1) las características de la objeción; (2) el procedimiento que debe surtir para ser objetor/a; (3) las garantías para las mujeres en caso de que se encuentren ante un médico objetor. No todos los países regulan todos los aspectos.

Italia es el único país que regula los tres. **Brasil y Colombia** se concentran en la caracterización y la definición de las garantías para las mujeres, mientras que **Guyana y Noruega**, además de caracterizar la objeción, se concentran en el procedimiento que debe agotar un/a médico/a para convertirse en objetor/a. En **Perú y México** sólo se regulan las garantías para la mujer y en **España** sólo se caracteriza parcialmente. La regulación de **Sudáfrica** se concentra particularmente en aspectos relacionados con las restricciones a los derechos laborales permitidas frente al personal objetor, tal como se verá más adelante.

En **Perú**, la *Directiva del Instituto Materno Perinatal* (2007), siguiendo el artículo XII de la *Ley General de Salud*, señala que «(...) las razones de conciencia o de creencia no pueden ser invocadas cuando de tal exención se deriven riesgos a la salud de las mujeres». Y se agrega que: «Los directivos del establecimiento que corresponda o en su defecto el Ministerio de Salud, están obligados a disponer o a exigir que se dispongan los reemplazos o sustituciones necesarios en el plazo máximo de 48 horas».

En **España** no existe regulación del tema de objeción de conciencia. Sin embargo, existen diversos textos normativos que permiten definir algunas reglas. Por un lado, ésta se encuentra prevista en el *Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial* de **España** para los casos de ILE; sin embargo dicha disposición carece de estatus de norma jurídica. De manera general, también está previsto en el *Código Deontológico de la Organización Colegial de Enfermería*, el cual adolece del mismo problema que el anterior. Sin embargo, el Tribunal Constitucional ha reconocido que a pesar de la ausencia de regulación: «(...) cabe señalar, por lo que se refiere a la objeción de conciencia, que

existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación (...).» (Sentencia de abril 11 de 1985, mediante la cual se revisó la Ley que reformaba el Código Penal para permitir la ILE en algunos casos. Posteriormente, esta decisión ha sido reiterada en otras sentencias.). En cuanto a las reglas se podrían señalar al menos dos:

- ❑ Sólo puede ser ejercido por médicos/as y enfermeras⁴¹.
- ❑ El traslado del personal objetor a servicios no relacionados con ILE, no es discriminatorio siempre y cuando no menoscabe su salario, categoría o residencia (Tribunal Constitucional, sentencia de enero 20 de 1987).

En **México**, la Ley de Salud para el Distrito Federal, reformada en el 2004, permite la objeción de conciencia fundada en creencias religiosas o convicciones personales, pero simultáneamente establece la obligación para los objetores de «(...) referir a la mujer con un médico no objetor». Con todo, la prohíbe en los casos en que sea urgente y obliga a las instituciones a garantizar la presencia de médicos no objetores para que los servicios puedan prestarse siempre: «Cuando sea urgente la interrupción del embarazo para salvaguardar la salud o la vida de la mujer no podrá invocarse la objeción de conciencia. Será obligación de las instituciones públicas de salud garantizar la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal no objetor de conciencia en la materia» (Art. 16 bis 7).

Los Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal (2006), desarrollaron lo previsto en la norma legal en los mismos puntos, definiendo las condiciones en las que debía referirse a la mujer para la práctica de la ILE pero reiterando los mismos conceptos. «Los profesionales de la salud podrán abstenerse de participar en la práctica de interrupción legal del embarazo argumentando razones de conciencia, salvo en los casos en que se ponga en riesgo inminente la vida de la mujer embarazada. El médico que objeta la realización de procedimientos de interrupción legal del embarazo, referirá a la usuaria de manera inmediata, responsable y discreta, con un médico no objetor o a un hospital donde se realicen procedimientos de interrupción legal del embarazo, con la Hoja de Referencia y Contrarreferencia y demás documentos de importancia legal, tales como: Resultado de Estudios de Laboratorio o Gabinete, Autorización de interrupción del embarazo emitida por el Agente del Ministerio Público o Dictámenes Médicos, según sea el caso; con la certidumbre que será atendida para resolverle su problema.»

En **Sudáfrica** la norma prescribe que se respeta el derecho de los trabajadores de la salud (health care workers) de hacer objeción de conciencia para la participación en

⁴¹ Esta información al parecer está contenida en una Directriz de Ministerio de Sanidad que no fue posible conseguir pero que es citada en: [Cebriá García, María. La objeción de conciencia al aborto: su encaje constitucional.](#)

terminaciones de embarazo en concordancia con el derecho a la libertad de conciencia consagrado en la Constitución del país. De todas maneras, el derecho de las usuarias a los servicios de salud, incluida la terminación del embarazo, también debe ser respetado. Por esta razón, si un proveedor de salud es objetor, debe referir a la mujer a un médico que no lo sea. En las instituciones públicas de salud, sin embargo, sí debe asegurarse la prestación de los servicios (*Art. 1.13*). La objeción de conciencia sólo debe ser presentada por miembros individuales del staff médico y no como un grupo de acción (*Art. 1.15.1*).

En todos los casos, se indica que es esencial que servicios de salud reproductiva equitativos, accesibles, comprensivos y amigables sean provistos (*Art. 1.14*). En cuanto a los aspectos laborales, la norma señala que para asegurar la disponibilidad de personal para la atención de terminaciones de embarazo, cuando existan vacantes, la convocatoria debe advertir que quien ocupe el cargo deberá practicar terminaciones de embarazo (*Art. 1.15*). Si se rehúsan a realizar una tarea que se les ha encomendado se puede terminar el contrato de trabajo (*Art. 1.15.2. Circular H97/2000. Policy on the Management of Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape*).

En **Italia**, también se permite al personal sanitario y auxiliar la objeción de conciencia y en consecuencia, no ser tenidos en cuenta en los procedimientos. Sin embargo, la objeción debe presentarse previamente y debe ser comunicada al médico de provincia y en el caso de personal aliado del hospital o de la casa de curación, también al director sanitario, dentro del mes siguiente a la vigencia de la ley o de la habilitación del centro que prestará estos servicios. La objeción puede ser revocada o propuesta por fuera de los términos anteriores, pero en ese caso produce efectos un mes después de la presentación al médico provincial. De todos modos la objeción no exime al objetor de la prestación de los servicios previos y posteriores a una ILE. Las instituciones hospitalarias y las casas de curación deben garantizar la ILE en los casos permitidos dentro de sus establecimientos, lo mismo que las regiones, entre otras, a través de la movilidad de personal. Como en los demás casos, la objeción de conciencia no exime de practicar el procedimiento si es urgente. Finalmente la objeción se entiende revocada si se toma parte en el procedimiento, salvo que sea un caso de urgencia (*Art. 9 Norma para la Tutela Social de la Maternidad y sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo, 1978*).

En la regulación de Noruega y Guyana también se exige el agotamiento de un acto para constituirse en objetor. En **Noruega**, el personal de salud que –por razones de conciencia– no desee practicar o asistir la interrupción del embarazo, deberá –por medio del superintendente médico⁴²– entregar una notificación escrita de su deseo junto con una

⁴² El término que usa la norma es «medical superintendent». Por su contexto, parece hacer referencia a una autoridad administrativa de la institución de salud.

explicación detallada a la cabeza administrativa del hospital o la institución. El derecho de objeción por razones de conciencia aplica sólo al personal de salud que practique o asista la operación directamente, y no al personal que atiende a la mujer antes o después de la misma. La cabeza administrativa del hospital o la institución deberá, cada trimestre, notificar a la municipalidad del condado el número de objetores de conciencia en las diferentes categorías del personal de salud e incluir el personal que está disponible todo el tiempo para ILE y el número de vacantes dentro de cada categoría. Una copia del reporte debe ser enviada al director de los servicios de salud y al oficial médico del condado. Para asegurarse de cumplir con la disponibilidad en cada lugar de residencia tanto como sea posible, la municipalidad del condado –cuando advierta una vacante de personal de salud– puede convertir en una condición para el empleo que la persona nombrada para el puesto esté preparada para cumplir los deberes y tareas impuestas por el hospital unidad/ institución, incluida la terminación de embarazos. El personal de salud que aplique a instituciones donde pueda practicarse la ILE, debe manifestar su deseo de estar exento de practicarla o asistirla (*Art. 20*).

En la regulación de **Guyana**, se establece que ninguna persona está obligada legalmente a participar de una ILE si se encuentra en objeción de conciencia. Sin embargo, advierte que en cada acto legal para constituirse en objetor, la carga de la prueba de la objeción de conciencia deberá recaer en quien la solicita. Dicha carga se entenderá cumplida con la presentación de una declaración jurada o con la afirmación de la objeción de conciencia para participar en la terminación del embarazo autorizada por la ley (*Art. 11. Medical Termination of Pregnancy Act, 1995*).

En **Colombia**, el *Decreto Reglamentario 4444* de 2006 sólo permite la objeción de conciencia individual –no institucional– y sólo para prestadores directos –no personal administrativo– (*Art. 5*). La *Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Legal del Embarazo* define las reglas relacionadas con las garantías para las mujeres solicitantes de ILE cuando hay objeción, procurando que la negación del profesional genere el menor traumatismo en la usuaria. Dice la norma: «Cuando en ejercicio de la objeción de conciencia, el personal de salud directamente relacionado con la prestación del servicio considere que no puede realizar la IVE, tiene la obligación de seguir los códigos de ética profesional, los cuales indican que deriven a las mujeres a colegas capacitados que no estén en contra de la intención de interrupción del embarazo no constitutiva del delito de aborto. En tal caso se observarán las siguientes reglas:

- a. No se puede negar u ocultar información sobre los derechos de la gestante en materia de IVE ni coartar su voluntad para persuadirla de su decisión. Tampoco se puede negar información sobre opciones terapéuticas y de manejo diferentes a la IVE para el caso específico, si las hay.

- b. Se debe brindar a la gestante la orientación necesaria y referirla inmediatamente a un prestador no objetor entrenado y dispuesto dentro de la misma institución o a otra de fácil acceso que garantice la atención.
- c. Cuando el objetor es el único profesional con capacidad de brindar el servicio y/o no sea posible la referencia oportuna a un prestador no objetor, o cuando esté en inminente riesgo la vida de la gestante, debe realizar el procedimiento de IVE en cumplimiento de la obligación última del prestador de proteger la vida o la salud de la mujer.
- d. Se debe respetar la confidencialidad de la identidad de la gestante que manifiesta su voluntad de IVE, sin perjuicio de que posteriormente los Tribunales de Ética Médica puedan determinar si la objeción de conciencia era procedente y pertinente» (6.2. *Admisión de la gestante*).

En **Brasil**, la *Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto* (2005) reitera las reglas de la objeción de conciencia del Código de Ética Médica. Como regla general también está permitida, salvo en caso de que se requiera el aborto para salvar la vida de la mujer, que no haya otro médico que efectúe el procedimiento o cuando la mujer pueda sufrir daños o perjuicios en razón de la omisión del médico o en la atención de las complicaciones de aborto inseguro porque se trata de urgencias. En todo caso también establece la obligación de garantizar la realización del procedimiento por otro profesional de la institución y el deber del Estado de mantener en los hospitales públicos profesionales que realicen abortos (5. *Ética Profesional*).

Como se ve, la orientación de la regulación en este tema es bastante uniforme y, con mayor o menor detalle, el objeto es siempre el mismo: (i) objeción personal; (ii) prohibición en caso de que represente riesgo para la mujer, o sea urgencia; (iii) obligación de derivar a profesional capacitado; (iv) obligación de mantener permanentemente en las instituciones personal no objetor. Varios países limitan la objeción de conciencia sólo al personal médico involucrado directamente con el procedimiento (**Colombia, Noruega e Italia**). **Noruega** explícitamente señala que se puede exigir, como requisito para un empleo, no ser objetor para garantizar la cobertura a las mujeres en todo el territorio.

Finalmente **Sudáfrica, Puerto Rico, Panamá y Bolivia** carecen de regulación al respecto.

iii. La confidencialidad de los servicios: secreto profesional

Casi todos los países con regulación contemplan el aspecto de la confidencialidad de los servicios mediante el secreto médico o la restricción en el acceso a la información dispo-

nible acerca de los datos del procedimiento y los datos personales de la mujer. En todos los casos, la obligación de mantener la confidencialidad de la información se radicó en cabeza de un sujeto individual (como el médico a cargo del procedimiento, las enfermeras que participen del mismo o las personas encargadas del archivo), salvo **Colombia** que, adicionalmente, define obligaciones institucionales (como la del hospital donde se practique el procedimiento). Esto es importante porque quien es titular de la obligación es a su vez el destinatario de las sanciones, por lo que cuando las instituciones están vinculadas, la responsabilidad es reforzada.

En **México**, los *Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud Relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal* (2006), garantizan que el personal médico y paramédico que participe en la práctica de procedimientos de interrupción legal del embarazo proporcione un trato digno, respete la confidencialidad del caso y ofrezca seguridad a la paciente durante su estancia hospitalaria (Art. 9). Por su parte –y como otro medio de garantizar el derecho a la confidencialidad de las personas– el *Código Penal para el Distrito Federal* regula como delito la revelación de secreto, estableciendo que: «Al que sin consentimiento de quien tenga derecho a otorgarlo y en perjuicio de alguien, revele un secreto o comunicación reservada, que por cualquier forma haya conocido o se le haya confiado, o lo emplee en provecho propio o ajeno, se le impondrán prisión de seis meses a dos años y de veinticinco a cien días de multa. Si el agente conoció o recibió el secreto o comunicación reservada con motivo de su empleo, cargo, profesión, arte u oficio o si el secreto fuere de carácter científico o tecnológico, la prisión se aumentará en una mitad y se le suspenderá de seis meses a tres años en el ejercicio de la profesión, arte u oficio. Cuando el agente sea servidor público, se le impondrá, además, destitución e inhabilitación de seis meses a tres años»(Art. 213).

En **Italia**, la confidencialidad de los servicios sólo se plantea como una restricción a los establecimientos hospitalarios, casas de curación o servicios ambulatorios donde se practique un aborto, para que en la información que deben remitir al médico provincial, relativa al procedimiento y la documentación con base en la cual se adoptó el procedimiento, se omita la identidad de la mujer (Art. 11. *Norma para la Tutela Social de la Maternidad y sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo*, 1978).

España, de manera similar a Italia, establece la confidencialidad como una restricción a la información, a partir de la obligación de conservar la historia clínica y dictámenes, informes y documentos que hayan sido requeridos para la práctica legal del aborto, así como lo relativo al consentimiento expreso de la mujer embarazada, en condiciones de confidencialidad (Art. 4. *Real Decreto sobre Centros acreditados y Dictámenes Preceptivos para la Práctica de Abortos Legales*, 1986). Por su parte, la *Ley General de Consen-*

timiento Informado (2002) define entre los derechos a la intimidad, el derecho de toda persona «(...) a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley». Asimismo, dirigido a los establecimientos se establece que: «Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes» (*Art. 4*).

En **Brasil**, los médicos o profesionales de la salud tienen prohibido revelar a las autoridades policiales, judiciales o al Ministerio Público la práctica de un aborto o un aborto espontáneo, salvo que sea para proteger a la mujer y con su consentimiento. Lo anterior se fundamenta en el deber ético y legal de guardar el secreto médico. Quien incumpla este deber puede ser objeto de procedimiento criminal o ético legal y debe resarcir todos los perjuicios causados a la mujer. Este deber se refuerza en el caso de los adolescentes porque se apoya en normas como el *Estatuto de los Niños y Adolescentes* y el *Código de Ética Médica* (5. Ética profesional). Por otra parte, el equipo médico debe garantizar la privacidad y confidencialidad de la información (3. *Acogimiento y Orientación, Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto*, 2005).

En **Colombia**, la confidencialidad de los servicios también se aborda desde la perspectiva del secreto médico. La *Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*, entre las características del servicio, prescribe que: «Las personas integrantes del equipo de salud que conozcan o brinden atención en salud en IVE, están en la obligación de guardar el secreto profesional y por ende observarán el sigilo de la consulta, la confidencialidad del diagnóstico, su evolución y de toda la información a fin de preservar los derechos a la intimidad y dignidad de la gestante. Por tanto, la información epidemiológica es de carácter confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos. Los servicios de IVE deberán garantizar la confidencialidad y respetar la privacidad y el derecho a la intimidad de la gestante» (6. *Características del servicio*).

En esta norma, además de la confidencialidad que de manera individual deben guardar los miembros del personal médico, también se establecen obligaciones para los proveedores, que «tienen el deber de proteger la información de la paciente y no divulgarla sin autorización. También deben asegurarse de que las pacientes que realmente autorizan que dicha información confidencial se revele a otros, lo hagan de una manera libre y sobre la base de información clara» (6.3. *Asesoramiento, información y consentimiento informado*).

En **Guyana**, cualquier médico general, médico general autorizado, la persona propietaria o directora de un establecimiento aprobado, cualquier persona empleada por, o trabajando en, o que tenga acceso legal una institución aprobada, debe guardar el secreto

y la confidencialidad respecto a los documentos y temas relacionados con el acto de terminación del embarazo, no puede usar ninguna información para su ventaja o la de otra persona (*Art. 14, Medical Termination of Pregnancy Act, 1995*). En la regulación, de manera específica se señala que cualquier información dada al Jefe Médico Oficial en el registro de información que se debe hacer a cada mujer, no podrá ser revelada excepto:

- a. por el Jefe Médico Oficial en cumplimiento de sus funciones bajo el Acto⁴³ y su regulación;
- b. a un miembro de la Policía para instaurar un procedimiento penal⁴⁴ bajo el Acto para llevar a cabo investigación científica; y a un médico general, médico general autorizado, u otra persona, con el consentimiento escrito de la mujer a la que se le terminó el embarazo (*Art. 5, Medical Termination of Pregnancy Act – Legal Supplement B, 1995*).

En **Noruega**, por su parte, el *Act N° 50 concerning Termination of Pregnancy (1975), with Amendments (1978)* señala que no obstante la obligación estatutaria de observar el secreto profesional, el comité puede obtener información respecto a la situación de salud, social y los puntos de vista del aseguramiento de la mujer, provistos por ella en su consentimiento. Cada persona que participe en el examen de casos de ILE está bajo la obligación de observar el secreto profesional respecto de cualquier cosa que haya llegado a su conocimiento (*Art. 11*).

La regulación a su vez refuerza la confidencialidad e involucra el consentimiento de la mujer para obtener información. Según la norma, la información respecto de la salud, las condiciones sociales y el aseguramiento de la mujer serán normalmente objeto de confidencialidad y sólo pueden obtenerse con su consentimiento. La información no clasificada como confidencial también debe ser obtenida con el consentimiento de la mujer y en cada caso, ella debe ser informada de su derecho a rehusar que la información sea obtenida (*Art. 11*). Respecto al registro y los documentos, se ordena guardarlos bajo llave en el hospital al menos por diez años (*Art. 25. Regulation for the Implementation of the Act concerning Termination of Pregnancy, 1975*).

⁴³ Medical Termination of Pregnancy Act.

⁴⁴ Dice textualmente: «to a member of the Police force for the purpose of instituting criminal proceedings under the Act».

Finalmente, en Perú⁴⁵, Sudáfrica, Puerto Rico y Bolivia no se reguló la materia en las normas relacionadas con ILE⁴⁶.

iv. La privacidad de los servicios

El único país en el que se encontró regulación acerca de la privacidad de los servicios fue **Colombia**. En la norma técnica se ordena a los prestadores de servicios de salud: «(...) asegurar que las instalaciones provean el mayor grado de privacidad posible, tanto para conversar con la paciente, como para brindar los servicios» (6.3. *Asesoramiento, Información y Consentimiento Informado*). Esta obligación se desarrolla de manera concreta en el Anexo 2 de la norma en el que se especifican las condiciones de las instalaciones para cada procedimiento. Así, en relación con la privacidad del mismo, se establece que las instalaciones para aspiración al vacío y D y E, deben tener al menos área privada para orientación y área de tratamiento limpia que ofrezca privacidad. Para la práctica de métodos médicos debe garantizarse un área privada para orientación y – cuando está indicada la observación– área privada con sillas para esperar la expulsión, que esté separada de aquella donde las mujeres están dando a luz.

v. Consideración de las condiciones culturales de la usuaria

Sólo en **Brasil** y **Colombia** se encontraron normas cuyo objeto es la consideración de las condiciones culturales de la mujer. En **Brasil**, la *Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto* (2005), si bien no plantea medidas concretas para la superación de las barreras culturales, sí incluye como parte del modelo de «acogida», la adaptación, por parte de los médicos al universo de la usuaria en cuanto al lenguaje en el que le proporcionan información (*V. Informar y orientar*). También entre los principios de la

45 Sin embargo, en **Perú**, la Ley General de Salud, Artículo 30 establece: «el médico que brinda atención médica a una persona por herida de arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente». Esto quiere decir que no se respeta el secreto profesional, lo que en términos prácticos significa no sólo una vulneración de los derechos de las mujeres, sino también un debilitamiento de la relación médico–paciente derivada de la pérdida de confianza en el profesional, con las penosas consecuencias que sobre la salud de las mujeres puede tener esta medida, al no buscar oportunamente los servicios por miedo a la denuncia.

46 Si bien **Uruguay** no fue incluido dentro de los países que integran este análisis, es importante anotar que recientemente fue emitida la [Declaración de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República en conjunto con el Consejo Arbitral del Sindicato Médico del Uruguay \(SMU\) y el Tribunal de Ética de la Federación Médica del Interior \(FEMI\) acerca de la confidencialidad y el secreto médico](#). Uruguay, 2007. Esta declaración fue producida a raíz del procesamiento el pasado 16 de mayo de una joven por el delito de aborto consentido y en la misma, todos estos importantes actores se pronunciaron unánimemente en contra de la violación del secreto profesional que ocurrió con la denuncia del médico que la atendió.

bioética, que son un presupuesto para la atención humanizada del aborto, se encuentra el de justicia, que ordena al profesional evitar que prejuicios de tipo cultural, entre otros, interfieran en la relación con la mujer (5. *Ética profesional*).

En **Colombia** por su parte, se ordena que en la provisión de información, se tengan en cuenta las condiciones culturales de la usuaria (6.2. *Admisión de la Gestante, Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo ILE*). Ambas disposiciones podrían entenderse como una obligación de contar con personal que hable las lenguas de las comunidades presentes en estos territorios.

vi. Acciones sistemáticas de promoción de los servicios de ILE a nivel colectivo

Sólo en **Colombia** y **México** se identificaron medidas en este sentido. En el primero, se prevé como una acción en el nivel comunitario, la «Educación e información colectiva sobre salud y derechos sexuales y reproductivos con énfasis en planificación familiar e IVE» (Anexo 1).

En **México**, la reforma mas reciente de la *Ley de Salud para el Distrito Federal* de 2007, ordena al gobierno la promoción y aplicación de políticas integrales de capacitación en salud sexual y reproductiva, derechos reproductivos, maternidad y paternidad responsables con la finalidad de reducir el número de abortos producto de embarazos no deseados o no planeados (*Art. 16 bis 8*). Además, estableció la obligación de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal de realizar una amplia campaña informativa sobre las reformas aprobadas (*Art. 5 transitorio del Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal*).

En **Sudáfrica**, si bien no se señalan acciones específicas, la norma advierte que los embarazos no deseados deben ser prevenidos antes de que la mujer utilice la terminación del embarazo como último recurso. Para este fin, cada oportunidad debe ser usada para que en la actividad sexual se usen regularmente métodos de anticoncepción para prevenir embarazos no deseados o no planeados. Asimismo, se indica que todos los esfuerzos deben ser hechos para promover y proveer anticoncepción de emergencia en casos en los que el método falle o haya intercambios sexuales sin protección (*Artículo 1.12, Circular H97/2000. Policy on the Management of Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape*).

vii. Contenidos de la información individual a las mujeres

En la información individual son importantes dos aspectos: el primero tiene que ver con el contenido de la información que se debe proporcionar a las usuarias y el segundo,

con los términos en los cuales debe hacerse, con miras a lograr que esa información sea comprendida efectivamente.

En **México** sólo se regula el contenido de la información y si bien no hay normas dirigidas a garantizar la comprensión de la misma, se prohíben los sesgos al momento en que se proporciona. Llama la atención el hecho de que dos de las tres normas que lo regulan sean normas penales, cuando el objeto de las normas penales es la definición de delitos y sanciones. Ésta es una particularidad de la regulación penal del aborto, no sólo en **México** sino en otros países, ya que en ningún otro tipo penal se regulan aspectos que desborden la caracterización del tipo y el establecimiento de sanciones. Incluir aspectos normativos que no corresponden a normas penales en los Códigos Penales es una manera de acentuar el carácter coercitivo de las normas. Esta situación debe por tanto evitarse en la formulación de nuevas normativas sobre aborto.

El *Código Penal para el Distrito Federal* prescribe en este aspecto: «Los médicos tendrán la obligación de proporcionar a la mujer embarazada, información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes, para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable» (Art. 148). En sentido similar, el *Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal* señala: «En todos (las instituciones del servicio público de salud) tendrán la obligación de proporcionar a la mujer información imparcial, objetiva, veraz y suficiente sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como los apoyos y alternativas existentes, para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable. Esta información deberá ser proporcionada de manera inmediata y no deberá tener como objetivo, inducir o retrasar la decisión de la mujer» (Art. 131 bis). Finalmente, la *Ley de Salud para el Distrito Federal*, reformada en 2004, indica «Las referidas instituciones públicas de salud deberán proporcionar información oportuna y veraz de otras opciones con que cuentan las mujeres además de la interrupción del embarazo, así como las consecuencias en su salud» (Art. 16 bis).

También en **España**, los profesionales sanitarios están obligados a informar a las solicitantes sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la continuación del embarazo o de la interrupción del mismo, de la existencia de medidas de asistencia social y de orientación familiar que puedan ayudarla. También deben informar a la mujer los requisitos que debe cumplir para la interrupción del embarazo en su caso, las fechas y centros donde pueden practicarse y, en caso de que el procedimiento no se realice en el centro donde lo solicitó, orientarla para que pueda acudir a otra institución (Art. 9 *Real Decreto sobre Centros acreditados y Dictámenes Preceptivos para la Práctica de Abortos Legales*, 1986).

En la misma línea, **Sudáfrica** simplemente ordena que toda mujer que solicite un aborto debe ser informada de sus derechos según la *Ley de Terminación del Embarazo (Art. 6)*, norma que en todo caso debe ser leída en concordancia con la obligación de prestar consejería no directiva ni mandataria a las mujeres, antes y después de la interrupción (*Art. 4, Choice on Termination Act and Amendment (1996 and 2004)*). De la misma manera, la regulación señala que si la ILE es consentida por la mujer, el procedimiento debe ser completamente explicado a ella (*Art. 2. Client Assessment and Preparation, Circular H97/2000. Protocol for Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape*). Por otra parte, retomando el *Choice on Termination Act and Amendment (1996 and 2004)*, el profesional debe informar a la mujer acerca de sus derechos bajo esta norma:

- ella puede solicitar una ILE dentro de las primeras doce semanas y, entre la semana trece y la veinte, puede hacerlo bajo ciertas circunstancias;
- sólo el consentimiento de la mujer es requerido para el procedimiento. Si es una menor se debe aconsejar que consulte a sus padres, un pariente o un amigo, pero no puede negarse el procedimiento si no lo hace;
- consejería antes y después del procedimiento estará disponible;
- la localidad de los servicios de ILE (*Circular H97/2000. Guidelines for pre Termination of Pregnancy Counselling Department of Health: Western Cape*).

En **Noruega** tampoco se hace explícito el contenido de la información que se debe brindar a la mujer. Simplemente se establece la obligación del médico de proveer a la mujer con información concerniente a la naturaleza médica y efectos del procedimiento. También, si ella desea, debe proporcionarle la información acerca de la asistencia que la sociedad le puede prestar (*Art. 2*). En el último caso, el médico debe asegurarse de que la reciba. La orientación debe ser dada en colaboración con un oficial de bienestar, un visitador de salud u otra persona competente. En el caso de que la mujer desee otra orientación, cuando ella es hábil para tomar la decisión final, el médico debe referirla a otra agencia competente (*Art. 3. Regulation for the Implementation of the Act concerning Termination of Pregnancy, 1975*).

Perú está entre los países que se ocupan del contenido de la información, pero además se aseguran de la comprensión de la misma. La *Directiva del Instituto Materno Perinatal* en este país, si bien tiene un carácter vinculante limitado, recoge los derechos de la Ley General de Salud relacionados con la información y los aplica para los casos de aborto terapéutico. Estos derechos son: a que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio, a que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico y alternativas de

tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren.

La misma norma reitera los derechos que deben respetarse en los espacios de consejería y orientación, derecho a la información completa, veraz, imparcial y útil, respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad, libertad de conciencia y expresión y respeto a la voluntad y elección (*VI Disposiciones específicas, Información y Consejería/Orientación*).

También en **Perú**, el *Protocolo del Hospital de Belén Trujillo*, de manera menos extensa, indica que la información se considera parte esencial de la calidad del servicio. En cuanto a la forma, la norma señala que debe ser completa, exacta y fácil de comprender. Respecto a los contenidos, se indica que deben incluir información sobre ITS y VIH, los pasos a dar en el procedimiento y los métodos de planificación familiar que oferta el establecimiento. Más adelante especifica que: «Debe darse información sobre los procedimientos para la interrupción: lo que se hará durante y después del procedimiento, lo que puede ocurrir (calambres, dolor y sangrado como el que ocurre en la menstruación), tiempo que dura el procedimiento, cómo se va a manejar el dolor, riesgos y complicaciones asociados al procedimiento a usar, momento de iniciar sus actividades habituales y relaciones sexuales y necesidad de seguimiento». Además debe incluir servicios de anticoncepción. Su finalidad, según la norma, es que la mujer tome una decisión informada (*Información y Consejería*).

En **Guyana**, si bien la norma ordena que se proporcione información a la mujer antes del aborto, se delega en el Ministerio la realización de regulaciones para la provisión de tal información en el pre aborto para cada mujer que busque tratamiento respecto a la ILE y, cuando sea apropiado, a su pareja. Como particularidad, la norma señala que para facilitar tal consejería, las regulaciones deberán proveer un periodo de espera de 48 horas después de que la mujer solicita la terminación del embarazo (*Art. 4*). Sin embargo, cuando se trate de salvar la vida de la mujer o prevenir lesiones permanentes en su salud física o mental, se pueden obviar los requisitos de consejería (*Art. 10. Medical Termination of Pregnancy Act, 1995*). En efecto, en la regulación se desarrolla extensamente este aspecto, señalando buena parte de los contenidos que deben proveerse. Para empezar, contempla que antes de llevar a cabo el tratamiento para la terminación de un embarazo por un médico general, éste debe:

- a. aconsejar a la mujer que solicita el procedimiento y cuando sea apropiado a su pareja; o
- b. asegurarse de que la mujer y cuando sea apropiado su pareja han sido aconsejados por una persona autorizada por el Ministerio; y
- c. poner en conocimiento a la mujer y cuando sea apropiado a su pareja, del periodo de espera de cuarenta y ocho horas después de que la mujer ha hecho la solicitud de

terminación médica de su embarazo, para que ella y cuando sea apropiado su pareja consideren llevar a cabo o no la terminación del embarazo.

Si bien es una particularidad de la norma de **Guyana** la posibilidad de que la pareja participe de la información, también indica la regla que se debe hacer para determinar si es o no apropiada la inclusión de la pareja en su consejería por parte del médico general o el consejero, quien deberá atenerse a los deseos de la mujer que busca la terminación del embarazo.

La norma señala el contenido de la información que debe brindarse e indica que la persona que realice la consejería a la mujer que solicita la terminación de su embarazo o a su pareja debe:

- a. Poner en conocimiento a cualquiera de los dos sobre el curso de acción disponible así como las alternativas a la ILE.
- b. Informar a cualquiera de los dos de los procedimientos operativos y de los posibles efectos inmediatos y a largo plazo de la interrupción del embarazo.
- c. Informar a cualquiera de los dos sobre los métodos de anticoncepción y la disponibilidad del servicio de planificación familiar.
- d. Informar a cualquiera de los dos sobre las enfermedades transmitidas sexualmente, incluyendo información sobre la transmisión y la manera de evitar estas enfermedades.
- e. Dar consejo que haga posible que cualquiera de los dos pueda lidiar con las consecuencias psicológicas y sociales de continuar con el embarazo así como de la terminación del mismo.
- f. En el caso de una mujer que decida continuar con el embarazo, informarla sobre la disponibilidad de la adopción y de otros servicios.
- g. En el caso de que la mujer decida terminar con el embarazo, hacer arreglos razonables para la continuación de la consejería después de la terminación del embarazo (*Art. 2. Medical Termination of Pregnancy Act – Legal Supplement B, 1995*).

En **Colombia**, la información se constituye en un componente de los servicios de calidad según la norma técnica: «La prestación de servicios de ILE con calidad exige la provisión de información veraz y orientación emocional oportuna. La información a la gestante deberá ser completa, clara, real, de fácil comprensión, apropiada a sus condiciones psicológicas, culturales y nivel educativo, indicándole, entre otros, los procedimientos que se pueden adelantar, los riesgos y los efectos de los mismos sobre su vida y su salud, para que pueda adoptar una decisión informada sobre el procedimiento» (6.2. *Admisión de la gestante*). Como se ve, en esta norma se hace referencia tanto al contenido y las características de la información como a las medidas adicionales dirigidas a que la información sea transmitida con efectividad; más adelante en la misma norma se indica que: «(...)

debe ser completa, precisa y fácil de comprender y debe brindarse de manera tal que respete la privacidad y confidencialidad de la mujer» (6.3. *Asesoramiento, Información y Consentimiento Informado*).

También en la norma técnica se establecen los elementos mínimos que deben estar contenidos en dicha información: qué se hará durante y después del procedimiento, los síntomas, la duración del procedimiento, qué hacer para el manejo del dolor, los riesgos y complicaciones asociadas con el método, cuándo podrá retomar su actividad normal, incluso las relaciones sexuales, los cuidados de seguimiento y la información sobre anti-concepción.

Sin embargo, es quizá **Brasil** el país que contiene una regulación más completa en lo que tiene que ver con la información que debe proporcionarse a la usuaria. En concordancia con su nombre, la *Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto* (2005) tiene como eje todo un sistema de «acogimiento» de la mujer embarazada que solicita la interrupción voluntaria del embarazo. Más que en la información que debe proporcionarse, se hace énfasis en la manera de hacerlo y en el cuidado de la mujer como un sujeto interlocutor, escuchando sus inquietudes y respondiendo a ellas auténticamente. Por ejemplo, se definen entre las obligaciones del equipo, estar atentos a las preocupaciones de las mujeres proporcionando información que se compadezca con sus necesidades y preguntas, establecer comunicación efectiva y atender al lenguaje no verbal de las mujeres, acoplarse al universo de la usuaria. El sistema de «acogimiento» trata de tomarse *en serio* a las mujeres cuando solicitan un aborto. Entre el contenido de la información, en todo caso se señala que se debe informar sobre los procedimientos y cómo serán realizados, sobre las condiciones clínicas de la usuaria, los resultados de exámenes, los cuidados para evitar complicaciones posteriores y acompañamiento post-aborto (*V. Informar y Orientar*).

Italia constituye –en este punto– un caso especial porque es el único país en el que la información que se debe proporcionar a la mujer parece tener un cierto nivel de sesgo que es ordenado por la norma, dirigido a obtener soluciones al embarazo alternativas al aborto. La *Norma para la Tutela Social de la Maternidad y sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo* (1978) describe el contenido de la asistencia que los consultores familiares⁴⁷ deben ofrecer a la mujer en embarazo, definiendo algunos de los temas: los derechos que según la ley estatal y regional le corresponden a ella; los servicios sociales, sanitarios y asistenciales de los que hay oferta en el territorio; la mejor manera para obtener respeto de ley de tutela de la mujer embarazada trabajadora. Los consultores familiares también pueden asistir a la mujer embarazada actuando directamente o pro-

⁴⁷ Se entiende que se refieren a consejeros de familia.

poniendo a la localidad o a las estructuras sociales existentes en ella, una intervención especial cuando la terminación del embarazo o la maternidad resulten de problemas que se puedan resolver por la intervención de dichas entidades, contribuyendo a superar las causas que pudiera tener la mujer para desear interrumpir el embarazo (*Art. 2*). Como se ve, la información que se proporciona a la mujer que acude a solicitar la terminación de un embarazo busca en parte disuadirla del procedimiento.

Puerto Rico, Panamá y Bolivia no definen ninguna regla para la información a las mujeres, ni individual ni colectivamente.

viii. Protocolos técnicos de atención^{48,49}

En este apartado se incluyen las disposiciones o medidas que se refieren específicamente a las características técnicas relacionadas con la prestación del servicio de ILE. Hay tres tipos de situaciones en relación con los protocolos de atención: (a) países en los que hay protocolos de atención; (b) países en los que hay normas legales que teniendo un objeto más amplio (regulan el acceso a la ILE), incluyen temas propios de un protocolo de atención; (c) países en los que no se han adoptado este tipo de disposiciones.

Al primer grupo (a) pertenecen **Colombia**, donde desde el *Decreto Reglamentario 4444* de 2006, se advierte que los servicios de ILE deberán sujetarse a las normas técnico-administrativas expedidas por el Ministerio de Protección Social que definen procedimientos de acuerdo con las semanas de gestación en la *Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*; **Brasil** que cuenta con una *Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto* (2005); **Perú**, donde existen protocolos de atención para Instituciones, la *Directiva Instituto Materno Perinatal* (2007) y el *Protocolo de Manejo de Casos para la Interrupción Legal del Embarazo* (2006) del Departamento de Ginecología Hospital de Belén Trujillo; **Sudáfrica**, donde la *Circular H97/2000* recoge varias circulares y guías relativas a aspectos técnicos de la ILE.

Al segundo grupo (b) pertenecen: **Italia**, donde también existe una norma que regula el acceso a ILE pero no existen protocolos de atención, al igual que en México y Noruega; **España** es un caso particular ya que el decreto que regula el tema de aborto se limita a los aspectos relacionados con los establecimientos y los profesionales. También se encuentra **Guyana**, donde hay una ley que regula el acceso a ILE y delega en el Ministerio

⁴⁸ Como ya se explicó, es posible que los contenidos de las normas analizadas en este capítulo de la comparación no den cuenta de toda la realidad normativa en los países. En este tema en particular es posible que algunos hospitales tengan protocolos propios para la atención aunque no sean parte de normas nacionales. En general éstos no fueron incluidos por exceder los alcances de la información analizada (normas nacionales).

⁴⁹ Se refieren a normas de obligatorio cumplimiento.

la definición de protocolos de atención (*Art. 16*). **Puerto Rico** y **Panamá** son casos límite dentro de este grupo. En el primero hay –además del Código Penal– una Ley que regula los requisitos que deben tener las instituciones encargadas de prestar servicios de ILE en el cual no se establecen directamente requisitos sino que se enuncian los aspectos que esas instituciones deben incluir en su propia regulación⁵⁰.

En **Panamá** sólo hay una resolución de la *Comisión Multidisciplinaria Nacional de Aborto Terapéutico* en la que se señalan algunos requisitos para acceder al procedimiento, pero que sólo son vinculantes para el caso del aborto terapéutico.

Al tercer grupo (c) pertenecen **Bolivia** y **Canadá**.

A continuación se detallan algunos de los temas relacionados con protocolos de atención, en los cuales se centró el análisis en este apartado.

a. Los exámenes de laboratorio y ecografía previos a la prestación del servicio (VIH/SIDA, sífilis, otros exámenes de sangre, etcétera)

La práctica de exámenes previos al procedimiento se encuentra regulada en varios países. La mayoría de ellos sólo ordenan un examen físico y las pruebas de laboratorio son auxiliares. **Puerto Rico** y **Noruega** ordenan la práctica de una evaluación física a la mujer con anterioridad a la práctica del procedimiento, que en el caso de **Puerto Rico** incluye necesariamente exámenes de laboratorio para identificar el Rh y la presencia de anticuerpos. En **Colombia** también se parte de un examen físico sin exámenes obligatorios, que más bien dependen de las necesidades del caso concreto, salvo el de VIH/SIDA cuya oferta es obligatoria. También la *Directiva del Instituto Materno Perinatal* ordena un examen físico y las pruebas de laboratorio son auxiliares⁵¹.

En cambio en **Brasil**, no se ordena la práctica de ningún examen obligatorio, pero sí se exige la oferta de los exámenes a las gestantes. Como otra particularidad, **Colombia** es el único país en el que se prohíbe que la práctica de los exámenes se convierta en un obstáculo para el acceso a los servicios de ILE.

En **Puerto Rico**, el *Reglamento General para el Funcionamiento de las Facilidades de Salud* de 1999 (*Artículo H, Centro de Planificación Familiar y Aborto*), si bien no exige

-
- ⁵⁰ Se delegan por ejemplo, la organización de la institución, las funciones y deberes del personal, los procedimientos y pruebas requeridos para cada paciente, la orientación inicial y educación del personal, las normas de bioseguridad, las normas para requerir la presencia de un médico en el establecimiento de salud hasta que el último paciente haya sido dado de alta y para requerir que a toda paciente que no esté segura de estar embarazada se le realice una prueba de embarazo en suero en un laboratorio clínico que esté licenciado por el Departamento de Salud.
- ⁵¹ Se llaman pruebas auxiliares pero deben ser entendidas como obligatorias.

directamente la práctica de ningún tipo de examen, sí ordena a todas las instituciones en las que se practiquen interrupciones del embarazo, el establecimiento de normas que garanticen el examen físico y exámenes de laboratorio indicados a toda mujer que interese terminar su embarazo (de todos modos no se especifica cuáles). La norma claramente señala que se le ordenará una prueba para determinar el factor Rh y detección de anticuerpos (Coombs)⁵². El *Regulation for the Implementation of the Act concerning Termination of Pregnancy* (1975) de **Noruega** ordena para interrupciones antes de las doce semanas, una valoración para conocer la duración del embarazo; después de las doce semanas el médico debe realizar examen de la mujer, incluida la evaluación de la duración del embarazo (*Art. 8*). Además, se delega en el superintendente médico responsable de la unidad hospitalaria, la preparación de directrices para los exámenes necesarios y el tratamiento preliminar de la mujer antes de que el embarazo sea terminado (*Art. 19*), por lo que cada hospital puede definir nuevos exámenes previos a la terminación del embarazo.

Como se dijo, en **Colombia** también se parte de una evaluación –realizada en la primera consulta– del estado de salud, los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales asociados a la interrupción voluntaria del embarazo. En ese primer acercamiento, según la norma, se debe confirmar la existencia del embarazo, el número de semanas de gestación y verificar que sea intrauterino (*6.4. Consulta de Primera Vez por Medicina General*). Más adelante, se aclara que se debe confirmar la existencia de embarazo y estimar su duración mediante la realización de un examen pélvico bimanual. En éste, además, el profesional debe cerciorarse si el útero está en anteversión, retroversoflexión o en otra posición que pueda alterar la estimación del embarazo o complicar una ILE quirúrgica. También señala que se deberán reconocer los signos de infecciones de transmisión sexual (ITS) y otras infecciones del tracto reproductivo (ITR), además de condiciones como anemia u otras enfermedades (como malaria) que puedan llegar a requerir procedimientos adicionales o derivación para atención médica especializada (*6.4. 1.2. Examen físico*). El único examen de laboratorio cuya oferta y asesoramiento son obligatorios es la prueba de tamizaje (ELISA o prueba rápida), en el primer trimestre de embarazo o durante el primer control prenatal a todas las mujeres. La norma ordena que se deje siempre constancia de la decisión de la mujer de practicársela o no para garantizar que al 100% le sea ofrecida. De todos modos se advierte que en ningún caso esta prueba se puede constituir en una barrera de acceso al procedimiento de ILE.

52 La norma indica de la misma manera el tratamiento: A toda mujer con resultado de Rh negativo y sensibilizada se le administrará, dentro de setenta y dos (72) horas de realizado el aborto, una inmunoglobulina Rh (Rhogan).

Entre los exámenes que se indican como posibles, no obligatorios, se encuentra la Hemoglobina/Hematocrito, la Hemoclasificación, la Ecografía (6.4.1.3. *Exámenes paraclínicos, Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo ILE*).

En la *Directiva Instituto Materno Perinatal del Perú* (2007), a la mujer que solicita la interrupción de embarazo, en primer lugar se le realiza un examen clínico que incluye, entre otros, examen ginecológico, examen para identificar signos de infecciones de transmisión sexual (ITS) u otras enfermedades del tracto genital y tracto vaginal para confirmar el embarazo. Como exámenes auxiliares al examen físico, la norma prevé: medición de hemoglobina o hematocrito, grupo sanguíneo y Rh, prueba perfil de coagulación, pruebas serológicas: RPR, VIH, ecografía, dosaje de gonadotropinas coriónicas (HCG), Papanicolau y demás exámenes que contribuyan al diagnóstico de enfermedades concomitantes. Además, dependiendo del caso, evaluación del riesgo quirúrgico y riesgo anestésico (VI. *Disposiciones específicas*).

El *Protocolo del Hospital de Belén de Trujillo* ordena la práctica de un examen clínico que incluye, entre otros, la confirmación del embarazo y del tiempo de gestación, la identificación de signos de ITS y complicaciones del embarazo (mola hidatiforme embarazo ectópico). También señala algunos exámenes de sangre como exámenes auxiliares, incluyendo Rh y pruebas serológicas. Se considera, con todo, que el examen clínico es una oportunidad para hacer un Papanicolau y aquellos exámenes que contribuyan al diagnóstico de enfermedades concomitantes (*Examen clínico y exámenes auxiliares*).

Finalmente **Brasil**, en la *Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto* (2005) ordena que se ofrezca a todas las mujeres exámenes para clasificación sanguínea y administrar inmunoglobulina anti-D en aquellas Rh no sensibilizadas, test serológico para sífilis y examen de HIV (4. *Aspectos médicos*).

En **Sudáfrica** también se comienza con un examen físico, incluido el tacto abdominal y el examen bimanual y con espéculo. Adicionalmente, se debe hacer examen de orina para confirmar embarazo y referir a ultrasonido si no hay certeza sobre la duración del embarazo o se sospecha embarazo ectópico. Finalmente, la norma indica que se deben hacer las investigaciones relevantes: grupo sanguíneo, HB, RPR, Rh y citología «Pap» si es necesario. Se ordena tratar los síntomas de ITS usando «Syndromic approach» (Art. 2. *Client Assessment and Preparation, Circular H97/2000. Protocol for Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape*).

b. La exigencia de la prueba de embarazo

Sólo en cinco países se identificó regulación relativa a la práctica de pruebas de embarazo. Sin embargo sólo en dos casos es una exigencia. En **Puerto Rico** y **Colombia** se

encuentra indicada para aquellos casos en los cuales exista duda acerca de la existencia del embarazo. En **México** se exige cuando la interrupción del embarazo se justifique en un delito sexual; en ese caso su finalidad no es verificar la gestación sino establecer el número de semanas para compararlo con la denuncia. En **Sudáfrica**, en todos los casos se hace la prueba de embarazo mediante análisis de orina. En **Perú**, el *Protocolo del Hospital Belén de Trujillo*, si bien no ordena explícitamente su práctica, sí incluye la confirmación del embarazo dentro del examen clínico.

Puerto Rico delega en las instituciones el establecimiento de normas para requerir que a toda paciente que no esté segura de estar embarazada se le realice una prueba de embarazo en suero en un laboratorio clínico que esté licenciado por el Departamento de Salud (*Artículo H, Centro de Planificación Familiar y Aborto, Reglamento General para el Funcionamiento de las Facilidades de Salud en Puerto Rico, 1999*).

En un sentido similar, la *Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo* de **Colombia**, indica que: «Los análisis de laboratorio para corroborar el embarazo pueden no ser necesarios, a no ser que los signos típicos de gestación no estén claramente presentes y no haya seguridad sobre el embarazo, o cuando se presentan inconsistencias entre la fecha de la última menstruación y los hallazgos físicos. Sin embargo, el hecho de realizar dichos exámenes, no debe obstaculizar ni retrasar la evacuación uterina».

El *Protocolo del Hospital de Belén de Trujillo* en el **Perú**, ordena la constatación del embarazo uterino pero no se señala método (evaluación y preparación del caso antes de la interrupción). Más adelante la norma especifica: «Confirmar el embarazo y estimar su cronología mediante el examen pélvico bimanual».

En **México**, el *Código de Procedimiento Penal para el Distrito Federal*, para los casos de violencia sexual, establece la comprobación del embarazo en un instituto del sistema público o privado de salud como un requisito para otorgar la autorización de la interrupción (*Art. 131 bis*). La finalidad de esta prueba está señalada por el *Acuerdo del Procurador General de Justicia del Distrito Federal*, por el que se establece el *Instructivo sobre el Procedimiento de la Interrupción Legal del Embarazo y Anticoncepción de Emergencia en los Casos de Violación* (2006). En éste se ordena al Ministerio Público canalizar a la víctima a la Institución de Salud pública o privada de su preferencia, a fin de que le sean practicados los estudios correspondientes con el objeto de confirmar la existencia del embarazo y determinar la edad gestacional del producto de la gestación. Una vez que se cuente con los resultados emitidos por la Institución de Salud, el Ministerio Público dará intervención a la perito médica forense para que con base en ellos, determine si la edad gestacional coincide o no con la fecha de los hechos denunciados (*Art. 5*).

En **Sudáfrica** simplemente se indica que se debe hacer prueba de embarazo con orina (Art. 2. *Client Assessment and Preparation, Circular H97/2000. Protocol for Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape*).

c. Manejo del dolor

Colombia, Sudáfrica, Perú y Brasil fueron los únicos países en los cuales se identificó regulación relativa al manejo del dolor. Los cuatro coinciden en ofrecer un esquema que combine medicamentos y apoyo emocional, para aliviar el dolor.

En **Colombia**, la *Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*, contiene un capítulo dedicado al manejo del dolor. Como se dijo, contiene un componente de apoyo emocional, en el que se señala que la asesoría y el manejo considerado con la mujer pueden reducir los temores y, en consecuencia, la percepción del dolor. Por esta razón, se ordena que la persona que lleve a cabo el procedimiento y todo el personal presente en el mismo, deben mostrar una actitud amigable y tranquilizadora. También se recomienda que en lo posible haya acompañamiento especializado para la usuaria durante el procedimiento.

En cuanto a la participación de personas diferentes al personal médico en el apoyo emocional a la mujer, se deja librado al criterio de ella y a que el lugar lo permita, la participación del esposo o pareja, un miembro de la familia o una amiga para que permanezca a su lado durante el procedimiento.

Pero junto a este componente de apoyo emocional también existe uno de apoyo médico, por lo que la norma explícitamente señala que lo primero no puede reemplazar lo segundo y ordena que se ofrezca siempre medicación para el dolor. Ahora bien, en cuanto al tipo de medicamentos se prescribe el uso de tres: analgésicos, tranquilizantes y anestésicos. «Para el manejo del dolor durante la IVE, se utilizan tres tipos de drogas, solas o combinadas: analgésicos, que alivian la sensación de dolor, tranquilizantes, que reducen la ansiedad y anestésicos. En la mayoría de los casos, los analgésicos, la anestesia local y/o una sedación leve complementada con apoyo verbal son suficientes» (7.2.1. *Medicación para el dolor*).

La norma también ofrece recomendaciones específicas en los casos de dilatación cervical⁵³. Para los casos más generales, de Aspiración al vacío (sedación leve y/o anestesia

53 En aquellos casos en los que se requiera una dilatación cervical para la realización de una ILE quirúrgica para aliviar las molestias de la mujer debe utilizarse un bloqueo paracervical con un anestésico local como la lidocaína de acción rápida, inyectada por debajo de la mucosa cervical en los «cuatro cuadrantes» del cérvix. La inyección de anestesia local debe realizarse con habilidad, para evitar la introducción endovenosa de la droga.

local) y para D y C (sedación leve o fuerte, analgesia y/o anestesia local). Finalmente no recomienda el uso de anestesia general, pero advierte que en aquellos casos en que se amerite su uso o la mujer lo solicite, la usuaria deberá ser referida al nivel correspondiente según la complejidad del procedimiento, de conformidad con las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (7.2. *Manejo del dolor*).

La norma técnica del **Brasil** señala –en cuanto al componente de apoyo emocional del manejo del dolor– que la evaluación clínica con criterio, el análisis cuidadoso de los procedimientos que serán utilizados, el apoyo afectuoso, empático y humanizado, proporcionan un ambiente favorable para no tener que suministrar tantos medicamentos, reduciendo complicaciones y costos. Sin embargo, al igual que la norma colombiana, advierte que se deben ofrecer medicamentos para el dolor a todas las mujeres.

En cuanto a la utilización de medicamentos, se indica que cuando las condiciones son favorables se debe aplicar anestesia paracervical y brindar apoyo verbal, pero aplicando drogas asociadas cuando la mujer lo necesite para evitar sufrimientos innecesarios. Advierte que en la mayoría de los procedimientos basta con analgésicos o narcóticos, con anestesia paracervical o sedación. Agrega además, que algunas mujeres pueden requerir además tranquilizantes cuando la ansiedad entorpece el procedimiento. Finalmente, tampoco se recomienda el uso de anestesia general, salvo en casos seleccionados (*III. Alivio del Dolor, Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto, 2005*).

En **Perú**, el *Protocolo del Hospital de Belén de Trujillo* ordena la utilización de medicación para el dolor en todos los casos de Aspiración Manual Endouterina (AMEU). En cuanto a los tipos de medicamento se indican analgésicos, tranquilizantes y anestésicos. No se recomienda la anestesia general pero se advierte que puede ser utilizada si la paciente la solicita o el proveedor la considera necesaria. Al igual que en Brasil y Colombia, se considera que parte del tratamiento para reducir el dolor es el apoyo verbal. «En la mayoría de casos, los analgésicos, la anestesia local y la sedación suave complementados con el apoyo verbal son suficientes.» La norma también describe los procedimientos para la aplicación de medicamentos.

En **Sudáfrica** se recomiendan fármacos para el dolor dependiendo del nivel de atención:

Primer nivel de atención:

1. Preoperatorio (uno de los siguientes)
 - Paracetamol 1000 mg oral.
 - Ibuprofeno 400 mg oral.
 - Diclofenaco 75 mg oral.
 - También se indican ansiolíticos a necesidad: lorazepam 1 mg oral o diazepam 5 mg oral.

2. Durante la operación
 - Bloqueo paracervical si es necesario (lidocaína).
 - Buena interacción verbal entre la paciente y el proveedor: «verbocaína».
1. Postoperatorio
 - Igual que en el preoperatorio.

Segundo nivel de atención:

Igual que en el primer nivel y se sugieren otras alternativas:

- Fentanyl 100 microgramos IVI o Dormicum 5 mg IVI con la advertencia de que es costoso.

La norma también ofrece alternativas en caso de depresión respiratoria (*4. Applied Pharmacology – Manual Vacuum Aspiration, Circular H97/2000. Protocol for Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape*).

d. Descripción de técnicas de aborto (quirúrgicas y con medicamentos)

El manejo de técnicas sólo se encuentra regulado en **Perú, México, Sudáfrica, Colombia y Brasil**, aunque existen diferencias en cuanto al contenido y detalle de las mismas. Entre éstas, **Colombia** es la que alcanza mayor nivel de detalle, ya que describe varias técnicas y varias maneras de aplicar esas técnicas, acompañadas de estudios acerca de sus niveles de efectividad⁵⁴. En éstas, si bien se explican los procedimientos, la aplicación de una técnica u otra no es imperativa, por lo que –dentro del marco de la regulación– existe un margen de acción para los proveedores de servicios. El carácter no imperativo de la aplicación de determinados métodos es una característica común en todos los países; así, la aplicación de un método u otro depende del criterio del médico y de las condiciones del caso concreto, pero en la aplicación del método elegido sí es necesario seguir las pautas específicas que están fijadas en las normas. En todos los países, el período de gestación es el criterio para diferenciar las técnicas aplicables. También se utiliza con frecuencia la diferenciación entre aborto con medicamentos y métodos quirúrgicos. Respecto a la regulación del **Brasil**, es destacable que la sensación de la mujer respecto a los efectos físicos del procedimiento es uno de los criterios que se debe utilizar para decidir cuál es el método más apropiado. **Sudáfrica** tiene la particularidad de indicar en todos los casos la aspiración manual y los métodos médicos sólo son preparatorios para el procedimiento.

⁵⁴ En este tema la regulación de Colombia se basa fundamentalmente en la propuesta desarrollada por la OMS en la guía de aborto. 2003.

En **Colombia**, como se dijo, la regulación es altamente detallada. En primer lugar, hasta doce semanas completas, la norma recomienda la aspiración manual endouterina o la aplicación de medicamentos acompañados –cuando sea necesario– de un método quirúrgico⁵⁵. Entre los medicamentos que se describen está el Mifepristone y el Misoprostol⁵⁶. Entre los métodos para esta etapa, la aspiración al vacío y la dilatación y curetaje. Por su parte, después de las doce semanas completas, deberá tenerse en cuenta la mayor morbilidad y riesgos de complicaciones derivadas para establecer atención hospitalaria. Se describen técnicas con Mifepristone, Prostaglandina, Misoprostol o Gemeprost, haciendo énfasis en técnicas quirúrgicas. También se incluyen las técnicas de preparación cervical⁵⁷ (*Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*).

A su vez, la *Resolución 4905* de 2006 mediante la cual se adopta la norma técnica para IVE, codifica los procedimientos dentro de la *Clasificación Única de Procedimientos en Salud CUPS* (Art. 4).

En la *Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto* (2005) del **Brasil**, también se describen varios procedimientos. Entre las técnicas que se pueden utilizar para la ILE, según la norma, se incluyen los métodos con medicamentos, la aspiración al vacío y la dilatación y curetaje (4. *Procedimientos Médicos*). Durante el primer trimestre se consideran métodos asertivos los métodos médicos, la aspiración al vacío y el curetaje uterino. En el segundo trimestre el método único de elección es el médico, que se puede

55 La norma menciona de manera altamente detallada las opciones que se enumeran a continuación. También la norma incluye varias posibilidades de combinación de dosis de los medicamentos y de vías de administración. No se incluye, por su extensión, la descripción completa pero se refiere el aparte de la norma en el cual puede encontrarse:

- Mifepristone seguido de una Prostaglandina (descripción en 7.4.1.1) acompañados de aspiración al vacío (debe realizarse en sala de examen, sala de procedimientos menores, sala ginecológica, sala de cirugía o sala de operación gineco-obstétrica. Los instrumentos y el procedimiento se describen en 7.3.1).
- Misoprostol (Ver 7.4.2.).
- Dilatación y curetaje (Debe realizarse en sala de cirugía o sala de operación ginecológica u obstétrica. El procedimiento se describe en 7.3.2.).

56 En **Colombia** el Mifepristone no tiene registro. El Misoprostol recientemente fue aprobado (ampliación de indicación) para ser utilizado en los tres casos en que la Corte Constitucional despenalizó el aborto.

57 Se reitera la advertencia efectuada en el pie de página anterior y se describe de manera sucinta la recomendación de técnicas de la norma:

- Mifepristone seguido de dosis repetidas de una Prostaglandina, como Misoprostol o Gemeprost.
- Dilatación y evacuación (D y E) (se describe en 7.3.3.), usando aspiración y pinzas (7. Métodos de ILE. Ver descripción en la norma).

Se sugiere la preparación cervical para embarazos de más de nueve semanas completas en nulíparas, para mujeres menores de 18 años y para todas las mujeres con embarazos de más de doce semanas completas. Con:

- La administración vaginal u oral de 400 mcg de Misoprostol 4 a 6 horas antes de la cirugía es efectiva.
- La toma oral de 200 mg de Mifepristone, 36 horas antes del procedimiento.
- La administración vaginal de 1 mg de Gemeprost, 3 horas previas al procedimiento (7.1. *Preparación cervical*).

complementar con aspiración o curetaje para la expulsión fetal. La norma advierte que la microcirugía debe ser reservada para condiciones excepcionales (4. *Procedimientos Médicos*).

Un punto importante mencionado arriba es que la norma ordena que en el aborto farmacológico del primer trimestre se debe discutir con la mujer su sensación respecto a la expulsión del producto de la concepción para que decida si desea permanecer en el hospital o hacerlo en forma ambulatoria. En el segundo trimestre siempre debe permanecer en observación para decidir adicionalmente si aplicar un método complementario para la extracción del producto de la concepción.

En cuanto a las reglas para la aplicación de las técnicas, la norma describe las dosis de medicamentos, los insumos que se requieren para los procedimientos quirúrgicos y los pasos para llevarlo a cabo (para Aspiración Manual Intrauterina y Curetaje Uterino).

México, por el contrario, no describe las técnicas que deben usarse; sin embargo establece que éstas pueden ser médicas o quirúrgicas tomando en consideración las semanas de gestación y el criterio del médico gineco-obstetra de presencia o del cirujano general encargado de llevar a cabo el procedimiento (*Art. 14 de los Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud Relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal*).

Finalmente, en **Perú**, la [Guía de Práctica Clínica de Emergencias Obstétricas \(2007\)](#) define las reglas para aplicar los métodos para evacuación del útero. Sin embargo, es importante aclarar que estos protocolos tienen la finalidad de atender abortos incompletos o complicados y no abortos legales. Se trata de un protocolo para el Legrado Uterino (*Anexo 4*) y uno para la Aspiración Manual Endouterina (*Anexo 5*). Ambos incluyen la definición, las indicaciones, los requisitos, los recursos materiales a utilizar, los pasos del procedimiento, las complicaciones, los criterios de alta. Por su parte, la *Directiva del Instituto Materno Perinatal (2007)*, define como métodos recomendados hasta las doce semanas de gestación, la aspiración manual endouterina (AMEU) o el uso de Misoprostol según las técnicas aprobadas por el INMP. Y entre los métodos para evacuar el útero entre las semanas trece y veintiuno establece lo siguiente: «Aplicar los esquemas terapéuticos con Misoprostol según la edad gestacional 13 a 15 semanas, de 16 a 21 semanas aprobadas en el INMP. Producida la expulsión del contenido, generalmente hay que completar con una evacuación de la cavidad uterina por legrado uterino»⁵⁸.

⁵⁸ Este inciso contiene un error que no pudo ser corregido porque así está redactado en la norma original del documento Directiva N° –DG–INMP– 2007, del Instituto Materno Perinatal. El título del inciso es «Métodos para evacuar el útero entre las 13 y 21 semanas», por lo que podría suponerse que ésta sería la edad gestacional que

Por el contrario, también en el **Perú**, el *Protocolo del Hospital de Belén de Trujillo* regula detalladamente las técnicas para la interrupción del embarazo y asocia su utilización al número de semanas de gestación, a partir de dos grupos: (1) Métodos hasta las doce semanas de gestación y (2) Métodos para evacuar el útero entre las trece y veintiún semanas.

En cuanto a los Métodos, hasta las doce semanas de gestación la norma señala que se prefieren la aspiración eléctrica o la aspiración manual endouterina (AMEU) y el uso de Misoprostol, pero en caso de que no se cuente con instrumental para practicarlo se permite el legrado uterino. La norma describe el procedimiento, el instrumental requerido y la técnica operatoria para los procedimientos. Entre las trece y las veintiún semanas se recomienda internar a la gestante e iniciar el procedimiento con la aplicación farmacológica y se describen las dosis que deben suministrarse y las diferencias en razón de las semanas de gestación.

En **Sudáfrica**, el Protocolo divide en dos el manejo de técnicas: *Aplicación farmacológica–Aspiración Manual al Vacío (Art. 4)* que señala el procedimiento de preparación farmacológica para el procedimiento de aspiración y *Procedimiento Quirúrgico –Aspiración Manual al Vacío (Art. 5)* que describe el procedimiento propiamente dicho. Como se ve, el método farmacológico es indicado sólo como preparatorio porque en todos los casos se acompaña de aspiración manual.

En el primer aparte se abordan cuatro aspectos: *a)* Manejo del dolor (ver información en manejo del dolor); *b)* preparación; *c)* tratamiento Rh y *d)* anticoncepción. Se advierte que –aun cuando se recomiendan las alternativas del Protocolo– otras pueden ser usadas. En el literal *b)* preparación para la interrupción, se recomienda que el Misoprostol sea usado sólo en el lugar (on-site), si es posible. En terminaciones en el primer trimestre se indica, cuando se llevan a cabo en el lugar (on-site), el uso de dos tabletas de Misoprostol (400 microgramos) oral o vaginal y el procedimiento puede ser practicado cuatro o seis horas después. En terminaciones del segundo trimestre, se indica, entre las semanas trece y dieciséis de gestación, 400 microgramos de Misoprostol oral y repetir la dosis seis horas después dependiendo del estado del cérvix. Entre la semana diecisiete y veinte, se indica 400 microgramos de Misoprostol oral y repetir seis horas después si es necesario. En todo caso, el manejo debe ser acorde a las circunstancias. El régimen fuera del sitio (off-site) indica la administración de una tableta de Misoprostol de 200 microgramos a las 16:00 horas y otra a las 22:00 el día antes del procedimiento. En ese caso se debe advertir a la mujer acerca de los síntomas de emergencia.

considera la norma para aplicar los esquemas terapéuticos con Misoprostol, pero persiste la contradicción con el contenido.

En relación con el procedimiento se indica que a las 8:00 se debe admitir a la paciente en el día planeado para el procedimiento. Se le debe preguntar por el uso del Misoprostol (dolor o sangrado), asegurarse de los resultados de los exámenes, el tiempo de gestación, realizar examen vaginal para ver si el cuello uterino está preparado. La aspiración al vacío debe efectuarse bajo sedación/analgesia. Si no hay suficiente dilatación se debe hacer bloqueo paracervical y dilatación cervical provista por un médico con habilidad; si no, se debe repetir el Misoprostol. Si persiste el cérvix desfavorable se debe referir al segundo nivel. En caso de complicaciones debe haber fluidos y ambulancia disponibles. Finalmente, la norma advierte que los médicos deben continuar con los métodos que se han usado en el pasado, basados en su conocimiento clínico y competencia (5. *Procedimiento Quirúrgico – Aspiración Manual al Vacío, Circular H97/2000. Protocol for Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape*)⁵⁹.

e. Profilaxis con antibióticos

La profilaxis con antibióticos sólo está prevista para Perú, Colombia y Brasil; en los tres casos como una recomendación, pero en Brasil es restringida a los casos de violencia sexual. *La Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo de Colombia* habla del uso de rutina de antibióticos al momento de la ILE, para reducir a la mitad el riesgo de infección posterior al procedimiento; sin embargo, aclara que también puede llevarse a cabo sin el uso rutinario de antibióticos. La norma también indica que la limpieza y desinfección juegan un papel esencial en la prevención de infecciones posteriores a la ILE. Finalmente, en aquellos casos en los que existan signos clínicos de infección, sí se ordena un tratamiento con antibióticos previo al procedimiento de ILE (6.4.2.1. *Infecciones del tracto reproductivo*).

En **Brasil**, la *Norma Técnica para la Prevención y Tratamiento de los Agravios resultantes de la Violencia Sexual contra las Mujeres y las Adolescentes (2005)* recomienda el uso de profilaxis con antibióticos en los casos de violencia sexual, con la finalidad de reducir las tasas de ITS.

En **Perú**, el *Protocolo del Hospital de Belén de Trujillo* recomienda dos tipos de medidas de profilaxis: las que tienen que ver con el manejo de los instrumentos y las relacionadas con medicamentos. En cuanto a las primeras, se advierte que para la prevención y control de infecciones nada reemplaza «el uso de las mejores prácticas de bioseguridad, tomadas

⁵⁹ *La Circular H97/2000, Policy on the Management of Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape*, señala en el punto dos, Directrices Estandarizadas, que cada institución debe ordenar su equipo de Aspiración Manual a un teléfono que se indica en el Protocolo y que en terminaciones del primer trimestre, pueden ser usadas jeringas de válvula sencillas o dobles. En todo caso la doble es más apropiada para terminaciones de embarazos entre las semanas diez y doce (Art. 2.1).

permanentemente en el servicio». Se indican entre otras, las prácticas de desinfección del material y los espacios, de la indumentaria médica y el manejo de desechos. Por otra parte, se recomienda el uso de antibióticos profilácticos en una sola dosis y el examen del tejido después de la evacuación (*Procedimientos para la evacuación del útero*).

f. Manejo de las complicaciones

Las disposiciones relacionadas con el manejo de las complicaciones son más frecuentes y detalladas en los países que no regulan la atención del aborto legal, como sucede en Bolivia y Perú. Además, en estos casos se orienta a regular las consecuencias de abortos inseguros, a diferencia de las regulaciones en los países donde se contemplan normas para la atención del aborto legal que tienen por objeto fallas en los procedimientos efectuados legalmente. En **Bolivia** se incluyen en el [paquete de servicios del seguro universal materno infantil](#) los medicamentos e insumos para el aborto séptico complicado⁶⁰.

En **Perú**, varias normas contienen disposiciones para la atención del aborto complicado. La [Guía de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva \(2004\)](#) indica que dentro de las medidas para mejorar la atención y/o prevención de las emergencias obstétricas, en el manejo de las hemorragias obstétricas se encuentra la Sospecha de Aborto⁶¹.

El *Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2004)* en la descripción de la salud sexual por etapas de la vida, incluye un capítulo específico de la edad adulta y en la descripción de los aspectos que se deben considerar en esa etapa se señala: «Atención integral del aborto incompleto y sus complicaciones (información, educación, orientación y servicios)». En la *Directiva del Instituto Materno Perinatal*⁶² y

60 Adicionalmente, el tratamiento de la hemorragia de la primera mitad del embarazo por legrado uterino instrumental y por aspiración manual endouterina (Páginas 21 a 24), aborto séptico complicado con anexitis, pelviperitonitis por aborto séptico y sepsis obstétrica post-aborto (Consulta integral para la mujer embarazada, Seguro Universal Materno Infantil, Protocolos para la mujer embarazada hasta los seis meses posteriores al parto.).

61 Ante el sangrado vaginal antes de las veintidós semanas se regula el tratamiento de: Aborto incompleto no complicado; Aborto incompleto infectado que requiere hospitalización en establecimiento con capacidad resolutive; Aborto incompleto complicado con aborto séptico que requiere hospitalización en establecimiento con capacidad resolutive esencial; Aborto incompleto complicado con hemorragia o shock hipovolémico que requiere hospitalización en establecimiento con capacidad resolutive esencial; Aborto incompleto complicado con perforación uterina que requiere hospitalización en establecimiento con capacidad resolutive esencial (Página 112 y siguientes).

62 «Aborto incompleto. En el caso de AMEU es infrecuente. De ocurrir, es necesario reevacuar la cavidad uterina. Aborto fallido. Puede ocurrir con la AMEU o cuando se ha usado Misoprostol. En estos casos requiere evacuación quirúrgica bajo anestesia. Hemorragia. Puede resultar de productos de la concepción retenidos, traumatismo, desgarro del cérvix o perforación uterina. Según sea la causa, puede que se necesite: reevacuación del útero, reemplazo de líquidos o sangre, laparoscopia o laparotomía exploradora. Infección. Es rara después de una apropiada evacuación. Los síntomas incluyen fiebre, escalofríos, flujo cervical o vaginal maloliente, dolor abdominal o pélvico, sangrado vaginal prolongado, útero sensible y glóbulos blancos elevados. Hay que administrar antibióticos y si existe retención de restos será necesario reevacuar el útero. Perforación uterina. Es infrecuente. Es necesario el monitoreo de

el *Protocolo del Hospital Belén de Trujillo*⁶³, la atención de complicaciones de aborto se refiere a fallas en los procedimientos: aborto incompleto, hemorragia, infección, perforación uterina, etcétera.

En **Brasil** se describen procedimientos para la amenaza de aborto, aborto completo, aborto inevitable/incompleto, aborto retenido, aborto infectado, aborto habitual (4. *Aspectos Médicos, Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto*, 2005).

En **Colombia** se prevén las indicaciones para las siguientes complicaciones: IVE incompleta, IVE fallida, hemorragia, infección, perforación uterina (7.5. *Manejo de Complicaciones, Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*).

En **Sudáfrica** se señala que el método de aspiración manual al vacío también puede ser usado para abortos incompletos ya que supone un enorme ahorro en costos (*Artículo 2.4, Circular H97/2000. Policy on the Management of Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape*).

g. Definición de estándares de bioseguridad

En relación con los estándares de bioseguridad, en el *Anexo 2 Colombia* establece algunas reglas para aspiración al vacío y D y E, consistentes en un Recipiente para material descartable incluido guardián y un Recipiente para materiales cortopunzantes (guardián).

También el *Protocolo del Hospital de Belén de Trujillo* en **Perú** de manera sucinta prescribe –dentro de las indicaciones de profilaxis– la obligación de eliminar adecuadamente los desechos en general y también, los punzocortantes en depósitos para tal fin.

funciones vitales, control de sangrado vaginal y administración de antibióticos. Si hay lesión de órganos se realizará una laparotomía exploratoria. Complicaciones relacionadas a la anestesia. La anestesia local es más segura que la general. En el caso de aplicar esta última, estar preparado para la eventualidad de convulsiones y complicaciones cardiorrespiratorias» (VI Disposiciones específicas. Manejo de las complicaciones de la evacuación uterina).

- 63** En ésta se contempla que «Si cualquiera de los procedimientos ha sido efectuado por personal entrenado, las complicaciones son mínimas. No obstante, tener en consideración la probable ocurrencia de complicaciones que en el caso de AMEU es infrecuente. De ocurrir, es necesario reevacuar la cavidad uterina. Puede ocurrir con la AMEU o cuando se ha usado Misoprostol. En estos casos requiere evacuación quirúrgica. Puede resultar de productos de la concepción retenidos, traumatismo o desgarro del cérvix, o perforación uterina. Según sea la causa, puede que se necesite: reevacuación del útero, reemplazo de líquidos o sangre, laparoscopia o laparotomía exploradora. Es rara después de una apropiada evacuación. Los síntomas incluyen fiebre, escalofríos, flujo cervical o vaginal maloliente, dolor abdominal o pélvico, sangrado vaginal prolongado, útero sensible y glóbulos blancos elevados. Hay que administrar antibióticos y si existe retención de restos será necesario reevacuar el útero. Generalmente no se detecta y en todo caso se resuelve sin necesidad de intervención. Cuando la detectamos, con frecuencia es necesario sólo observar y aplicar antibióticos. Si hay laparoscopia se puede hacer laparoscopia. Si hay lesión de órganos se hará laparotomía. La anestesia local es más segura que la general. En el caso de aplicar esta última, estar preparado para la eventualidad de convulsiones y complicaciones cardiorrespiratorias».

En **Sudáfrica**, los estándares de bioseguridad se concentran en la definición de pautas para la reutilización de los insumos de la aspiración manual y en la prescripción del seguimiento de las pautas generales. En el capítulo dos del *Policy on the Management of Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape, Directrices Estandarizadas* se señala que las jeringas y cánulas pueden ser reutilizadas hasta que una inadecuada succión se pueda producir (Art. 2.2). Para la reutilización de los instrumentos deben seguirse las pautas del Protocolo para el control de infecciones y reutilización de instrumentos para Aspiración Manual al Vacío (Art. 2.3, Circular H97/2000).

Por su parte, esta norma indica, en primer lugar, que las prácticas estándar de control de infecciones y las precauciones universales con la sangre, incluyendo lavado de manos, uso de barreras (máscaras, vestido y guantes), el depósito seguro de desperdicios y la protección de agujas deben ser seguidos estrictamente. Se señala que en principio se debe buscar la esterilización de la cánula; en caso de que no esté disponible, el único método alternativo aceptable es la desinfección de alto nivel. Se describen cuatro pasos básicos para reutilizar los instrumentos para el procedimiento de aspiración manual al vacío: descontaminación, limpieza, esterilización o desinfección de nivel alto y almacenamiento (Circular H97/2000. *Guidelines for Infection Control and Manual Vacuum Aspiration Instrument Reuse*).

ix. Requisitos de infraestructura para la prestación del servicio

Los requisitos de infraestructura se refieren a dos tipos de obligaciones: (1) las que indican las condiciones que deben cumplirse en una institución para que pueda practicarse una interrupción del embarazo (habilitación) y (2) las que además ordenan algún tipo de verificación del cumplimiento de los requisitos (acreditación). Entre los países que se limitan a la primera obligación, se encuentran Colombia y México. Perú, Panamá e Italia tampoco indican mecanismos de acreditación. En Perú se debe a que las normas, por tratarse de protocolos de atención de instituciones de salud específicas, más que señalar exigencias, describen las condiciones disponibles. En Panamá e Italia las normas se limitan a indicar el tipo de institución sin describir las condiciones con que deben contar.

Colombia explícitamente define la obligación de los prestadores de servicios de salud que oferten servicios de ILE del cumplimiento de los estándares de habilitación definidos en el *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS* (6. *Características del Servicio, Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*). En el Anexo 2 se especifican los requerimientos físicos y los instrumentos y medicación que se requieren dependiendo del tipo de procedimiento, diferenciando requisitos para aspiración al vacío y para D y E de los requisitos para interrupción con medicamentos. Estos tienen que

ver con las condiciones de bioseguridad, las condiciones adecuadas en la infraestructura del establecimiento y los medicamentos.

Por otro lado, la *Circular 0031* de 2007 define que las Entidades Promotoras de Salud y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud deberán remitir a la Dirección General de Calidad de los Servicios del Ministerio de Protección Social⁶⁴, las instituciones que cuentan con profesionales dispuestos a proveer los servicios de IVE, dentro de la red habilitada para prestar servicios de gineco–obstetricia de baja, mediana y alta complejidad. Esta información deberá mantenerse actualizada y disponible para las usuarias que requieran estos servicios y deberá reportarse anualmente a la misma Dirección.

En **México** se señala el tipo de institución y el personal médico estableciendo en la norma que las unidades médicas en las cuales podrán realizarse procedimientos de interrupción legal del embarazo, en los casos en que es legal, serán las pertenecientes al sector público y privado que cumplan con los requisitos de la norma: *Para la práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria* y que dispongan de personal gineco obstetra o cirujano general adiestrado y capacitado para el procedimiento (*Art. 4 bis de los Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud Relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal, 2006*).

En **España** en cambio, la norma es explícita en señalar que se debe agotar un procedimiento de acreditación. Para la realización de abortos que no impliquen alto riesgo para la mujer y no superen las doce semanas, según el *Real Decreto sobre Centros Acreditados y Dictámenes Preceptivos para la Práctica de Abortos Legales* (1986), los centros o establecimientos sanitarios privados deben contar al menos con un médico especialista en ginecología y obstetricia y personal de enfermería, auxiliar sanitario y asistente social. Además, requiere instalaciones y material sanitario adecuado (condiciones de habitabilidad e higiene requeridas para cualquier centro sanitario, un espacio físico que incluya recepción, despacho para información y asesoramiento, sala adecuada para el procedimiento y sala de descanso y recuperación); contar con el utillaje básico además del propio de la consulta y material para las exploraciones, para la práctica abortiva y material informativo y didáctico; las prestaciones correspondientes para análisis clínicos, anestesia y reanimación, depósitos de plasma o expansores de plasma; un centro hospitalario de referencia para derivación de los casos que lo requieran.

En cuanto a los requisitos para la acreditación de centros en los que practiquen abortos de embarazos de alto riesgo o con embarazadas de más de doce semanas, éstos deben contar al menos con unidades de ginecología u obstetricia, laboratorio de análisis, anes-

⁶⁴ Es el Ministerio que cumple entre otras, funciones de Ministerio de Salud.

tesia y reanimación y banco o depósito de sangre correspondientes, instalaciones de enfermería y hospitalización (*Art. 1*).

La operación de la acreditación es automática para los centros o establecimientos públicos que cumplan los requisitos y las autoridades sanitarias publicarán periódicamente listados de los mismos. Para los centros o establecimientos privados debe elevarse solicitud ante las comunidades autónomas (*Art. 2*).

Con todo, la norma advierte que la acreditación quedará condicionada al mantenimiento de los requisitos mínimos y al efectivo cumplimiento de las condiciones médicas adecuadas para salvaguardar la vida y la salud de la mujer (*Art. 3*).

El *Medical Termination of Pregnancy Act – Legal Supplement B* (1995) de **Guyana**, en el *Artículo 4* describe un sistema de habilitación y acreditación en el que las instituciones deben cumplir un conjunto de requisitos y además refrendarlos ante una autoridad a partir de la solicitud. Adicionalmente, se plantean algunas hipótesis en las que puede perder la habilitación. La norma señala que el Ministerio, actuando bajo el consejo del Jefe Médico Oficial, puede otorgar a una persona que es dueña o dirige una institución, aprobación para que la misma provea el tratamiento para la terminación médica de embarazos de más de ocho semanas de gestación, teniendo en consideración:

- a. El entrenamiento y experiencia del equipo médico, enfermeras y personal técnico empleado o que trabaja en la institución;
- b. El equipo y facilidades disponibles en la institución.

Además de lo indicado, cualquier cambio en los practicantes de la medicina, enfermeras o personal técnico médico que trabaje en una institución aprobada, cualquier deterioro o no funcionamiento del equipo médico o de otras facilidades disponibles en una institución aprobada que puedan reducir la seguridad de la provisión del servicio bajo el Acto deberán ser comunicados al Ministerio por la persona que sea dueña o dirija la institución lo más pronto posible y en cualquier caso antes de que expire el término de catorce días después de la fecha en que se dio el cambio, deterioro, o la falta de funcionamiento. La no provisión de esta información puede dar lugar a la pérdida de la autorización, como se verá más adelante.

En cuanto a los requisitos de infraestructura y recursos humanos que deben cumplir las instituciones, la norma prescribe que ningún lugar será aprobado:

- a. A menos que el Ministerio esté satisfecho en cuanto a que las terminaciones de los embarazos realizadas se harán bajo condiciones seguras y de higiene.
- b. A menos que las instituciones se encuentren provistas con:

- i.* Una mesa de operaciones, instrumentos y provisiones para realizar una intervención quirúrgica abdominal y ginecológica.
- ii.* Equipo de anestesia, resucitación y esterilización.
- iii.* Drogas y fluidos parenterales para emergencias.
- iv.* Facilidades adecuadas para la recuperación de la anestesia.

La aprobación de la institución bajo estas regulaciones deberá ser válida por dos años o un periodo menor y puede ser renovada por el Ministerio. De cualquier modo, el Ministerio puede cancelar la aprobación de una institución si:

- a. Cualquier persona empleada por la institución o la persona dueña o quien maneje la institución se rehusa, contraviene o falla en el cumplimiento de cualquier provisión del Acto o de estas regulaciones.
- b. Teniendo en cuenta un cambio de los referidos arriba no se considera que la institución deba seguir siendo una institución aprobada.

En este último caso, el Ministerio puede –en lugar de cancelar la aprobación de una institución para todos los procedimientos médicos que se refieren a la terminación de un embarazo– restringir la aprobación a algunos o uno de dichos procedimientos médicos si lo considera apropiado. El Ministerio no podrá restringir la aprobación de una institución o cancelar la aprobación sin dar a la institución una oportunidad razonable para ser oída.

La norma adjunta los formatos para solicitud y certificación de la institución. Tal certificación deberá ser ubicada por la institución aprobada en un lugar prominente en su sede.

También en **Noruega**, además del cumplimiento de ciertas condiciones de infraestructura, se requiere la refrendación de dicho cumplimiento ante una autoridad administrativa, el oficial médico del condado. Éste puede dar aprobación a casas de cuidado (nursing homes) o centros de salud para practicar terminaciones de embarazo antes de las 12 semanas de gestación, si la institución cumple con las siguientes condiciones:

- El staff permanente de la institución incluye un médico que es ginecólogo o especialista en cirugía que, después de haber trabajado en una unidad ginecológica o quirúrgica, muestre habilidad necesaria para practicar una terminación de embarazo. El staff debe incluir una persona con la experiencia necesaria para suministrar anestesia.
- La institución debe tener el equipamiento técnico, incluido lo necesario para anestesia, transfusiones y laparotomía.
- Una habitación apropiada, amueblada para el descanso para que las pacientes puedan permanecer al menos cuatro horas después de la operación (*Art. 18*).

Un punto importante para garantizar el cumplimiento de los requisitos, pero además para garantizar la disponibilidad de los servicios de ILE, es la obligación de la munici-

palidad del condado de publicar una lista de los hospitales unidades/ instituciones que practiquen terminaciones de embarazos (*Art. 19, Regulation for the Implementation of the Act concerning Termination of Pregnancy, 1975*).

En **Sudáfrica**, el *Choice on Termination Act and Amendment* (1996 and 2004), en la misma línea exige el cumplimiento de condiciones y la refrendación de las mismas ante una autoridad, salvo una excepción. En cuanto a las condiciones, exige que la institución cuente con:

- Personal médico y de enfermería disponible.
- Sala de operaciones disponible.
- Equipo quirúrgico apropiado.
- Inyección intramuscular e intravenosa.
- Equipo de resucitación de emergencia y referencia de emergencia a un centro o establecimiento de salud.
- Acceso a transporte apropiado en caso de que se requiera traslado.
- Control apropiado de medidas de infección.
- Equipo de observación clínica.
- Medios de comunicación telefónicos.
- Equipo para observación y acceso a los establecimientos de salud para el paciente.
- Infraestructura para desechos seguros.

Además de lo anterior debe haber sido aprobado por el miembro del Consejo Ejecutivo con publicación en Gaceta. En cambio, no requieren la aprobación, los establecimientos de salud que cumplan los requisitos, presten servicios de maternidad veinticuatro horas y practiquen abortos hasta las doce semanas. La persona a cargo deberá en todo caso notificar a las autoridades administrativas (*Art. 3*).

En la regulación se señala que todas las instituciones deben ordenar su propio *Manual Vacuum Aspiration Instruments from SA Biomedical (PTY) LTD*. Asimismo, para la aspiración manual al vacío se exige una habitación privada y dos personas, un médico para hacer el procedimiento y el asistente para proveer soporte emocional a la usuaria (*Art. 5. Surgical Procedure Manual Vacuum Aspiration, Circular H97/2000. Policy on the Management of Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape*).

En **Italia** y **Panamá**, la regulación sobre la institución se limita a señalar el tipo de establecimiento. En el primero, la *Norma para la Tutela Social de la Maternidad y sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo* (1978) se limita a señalar el tipo de institución en la que debe prestarse, indicando que el procedimiento debe ser practicado por médicos del servicio gineco obstétrico en hospitales generales. Pero agrega que las intervenciones también pueden ser practicadas en hospitales públicos especializados y otros establecimientos de salud. También se pueden practicar en «casas de curación», si es antes

de los noventa días, cumplen con los requisitos y son autorizadas por las regiones, pero la cantidad de abortos que pueden practicar estas instituciones depende de un Decreto del Ministerio.

El Código Penal en **Panamá** prescribe que el aborto, en los casos en que es terapéutico, debe ser practicado en un centro de salud del Estado (*Art. 144*). La *Resolución 1 de abril de 1989 de la Comisión Multidisciplinaria Nacional de Aborto Terapéutico*, agrega que el procedimiento se realizará en el Hospital del Estado, Área o Región de salud que lo solicita (*Art. 8*).

En **Perú**, los dos Protocolos Hospitalarios, la *Directiva del Instituto Materno Perinatal y el Protocolo del Hospital de Belén de Trujillo*, más que indicar requisitos de infraestructura, describen su propia disponibilidad e incluyen infraestructura, equipamiento e insumos, que en el primero se encuentra más detallada.

x. Mecanismos de acreditación de los profesionales

Sólo Puerto Rico, Guyana y México regulan la acreditación de profesionales. En principio, por los requisitos que exigen para la acreditación, es claro que buscan establecer la calificación del profesional y su capacitación en el área específica en la que se incluyen los procedimientos de ILE. Sin embargo, particularmente para el caso de Puerto Rico, los requisitos no tienen siempre una finalidad clara relacionada con la calificación del profesional en relación con el procedimiento.

En **Puerto Rico**, el *Reglamento General para el Funcionamiento de las Facilidades de Salud* (1999) ordena que cualquier procedimiento dirigido a la terminación de un embarazo mediante el aborto sea realizado por un médico con los siguientes requisitos:

- i.* licencia expedida por el Tribunal Examinador de médicos de Puerto Rico;
- ii.* inscrito en el Registro de Profesionales de la Salud del Departamento de Salud;
- iii.* licencia de narcóticos estatal y federal vigente;
- iv.* curso anual de resucitación cardiopulmonar aprobado;
- v.* certificado de salud vigente;
- vi.* copia del Certificado (o Diploma) de Residencia en Obstetricia y Ginecología o Urología (para la esterilización de varones);
- vii.* expediente individual de cada médico;
- viii.* evidencia de educación continua vigente, según lo establecido en el Reglamento de Educación Continuada de la Junta Examinadora de Médicos de Puerto Rico;
- ix.* solicitud de privilegios aprobados por la Facultad médica, y reevaluados cada dos (2) años según el Reglamento adoptado (*Artículo H, Centro de Planificación Familiar y Aborto*).

En **Guyana**, el *Artículo 3 del Medical Termination of Pregnancy Act – Legal Supplement B (1995)* prescribe que un médico general registrado deberá cumplir con los requisitos del Consejo Médico del país para ser reconocido como un médico general, si tiene uno o más de los siguientes requisitos de experiencia o entrenamiento en ginecología u obstetricia:

- a. Si ha estado en la práctica de la ginecología u obstetricia por un periodo no menor de tres años.
- b. Si ha completado seis meses de cirugía interna en ginecología u obstetricia.
- c. Si ha tenido experiencia en cualquier hospital por un periodo no menor a un año en la práctica de la ginecología u obstetricia.
- d. Si ha asistido a un médico general registrado en la realización de veinticinco casos de terminación médica de un embarazo en un hospital aprobado por el Ministerio.
- e. Si ha completado el entrenamiento provisto por el Ministerio para ser calificado como un médico general autorizado; o
- f. Si tiene un diploma de posgrado en Ginecología u Obstetricia, la experiencia o entrenamiento ganados durante el curso de ese grado o diploma.

El Ministerio, actuando de acuerdo a las directrices provistas por el Consejo Médico, deberá hacer una provisión para dicho entrenamiento y supervisión como es requerido para que el médico general califique como un médico general autorizado bajo los párrafos a), b), c), d) o e) (*Art. 3.2 y 3*). El Ministerio puede –de tiempo en tiempo– determinar qué monto a cobrar es apropiado para dicho entrenamiento. El Consejo Médico de Guyana tendrá el poder para determinar la experiencia considerada apropiada para certificar a un médico general registrado como un médico general autorizado. Las aplicaciones para el entrenamiento deberán ser dirigidas al Jefe Médico Oficial. Cuando se haya completado de manera satisfactoria el entrenamiento provisto por el Jefe Médico Oficial de la Secretaría del Consejo Médico, el mismo deberá certificarlo. La norma incluye formatos de solicitud y certificación.

En **México**, los *Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud Relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal (2006)*, señalan que el profesional a cargo de la ILE debe ser preferentemente un médico gineco–obstetra o un cirujano general, quien deberá acreditar su especialidad mediante documento emitido por una institución, que avale el cumplimiento del programa académico y adicionalmente, encontrarse adscrito a alguna institución de salud del sector público, social o privado (*Art. 6*). Por otra parte, se exige una acreditación diferente para los médicos que podrán emitir dictámenes médicos que fundamenten el riesgo para la salud física o psíquica de la embarazada o de anomalías genéticas o congénitas del feto, quienes a su vez deberán acreditar su especialidad mediante documento emitido por una institución

que avale el cumplimiento del programa académico y adicionalmente encontrarse adscritos a alguna institución de salud del sector público, social o privado (Art. 7).

En **Colombia**, si bien no se establece explícitamente un sistema de acreditación de profesionales, en la *Norma Técnica para la Atención de IVE* se señala que éstos deberán estar adecuadamente entrenados, «(...) tanto en los aspectos médicos como emocionales, jurídicos, éticos y sociales» (Art. 6).

xi. Límites edad gestacional

Los límites a la edad gestacional –en aquellos países en los cuales están prescritos– se establecen como un sistema asociado a las causales para la interrupción del embarazo. Por esta misma razón, predominan en los países en los cuales una norma técnica se encarga de definir las causales. En cambio en los países en los cuales es el Código Penal el que define las causales de aborto legal, con frecuencia no se establecen estos límites en la edad gestacional. En **Italia, Sudáfrica, Guyana y Noruega**, los límites forman parte de la estructura del sistema de causales, divididos en tres períodos en los cuales las causales para interrumpir el embarazo se hacen más reducidas a medida que avanza la gestación⁶⁵. México y España, países en los cuales el Código Penal regula las causales de acceso a aborto legal, definen límites a la edad gestacional para la interrupción voluntaria del embarazo⁶⁶.

En **México**, si bien en principio la norma penal no establecía límites a la edad gestacional, la regulación en los *Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal* (2006) ordenaba que para la interrupción del embarazo –en las causales en las que la responsabilidad está excluida en el Código Penal para el DF– el embarazo no podía haber superado las veinte semanas (Art. 14). Recientemente, una modificación al Código Penal en el Distrito Federal permitió la interrupción del embarazo libremente antes de las doce primeras semanas (Art. 144, Código Penal, vigente para el DF).

En **Perú**, si bien el Código Penal no establece límite para la práctica del procedimiento, en los casos en los cuales está permitido, ambos Protocolos –la *Directiva del Instituto Materno Perinatal y el Protocolo del Hospital de Belén de Trujillo*– sólo describen proce-

⁶⁵ Esta situación pone de manifiesto que a menudo el sistema de causales puede llevar a situaciones restrictivas en cuanto a los límites de semanas gestacionales para la ILE.

⁶⁶ Para ampliar esta información ir al capítulo III (i) Países con sistema de causales y semanas de gestación definido en norma no penal y (ii) Países con aborto penalizado salvo casos excepcionales definidos en el Código Penal. En este apartado se ha dejado información sólo sobre los países en que hay alguna aclaración que amplíe lo incluido en el capítulo mencionado.

dimientos para la terminación del embarazo hasta las veintiún semanas, lo cual puede ser una limitación tácita de la edad gestacional.

Finalmente, es importante resaltar el caso de **Colombia**, ya que ni la sentencia que despenalizó el aborto en los casos señalados, ni la regulación establecen límites de semanas gestacionales para la interrupción del embarazo, aunque se advierte que es preferible que se practique dentro del primer trimestre⁶⁷. Algo similar sucede en **Canadá**, donde una sentencia de la Corte Suprema (*Morgentaler vs The Queen*, 1988) despenalizó el aborto completamente. Si bien la Corte no se refirió explícitamente a este punto, tal silencio debe interpretarse como la intención de no imponer límites de edad gestacional para la interrupción del embarazo y delegar esta labor en el legislador. Por ejemplo, en su argumentación, los jueces Beetz and Estey JJ señalaron: «(...) en cualquier evento, el objetivo de proteger al feto no justificaría la severidad de la vulneración del derecho a la seguridad personal de la mujer embarazada que resultaría si la disposición exculpatoria de la sección 251 fuese completamente retirada del Código Penal. Sin embargo, es posible que una futura norma del parlamento que requiriera un mayor grado de peligro a la salud en los meses más tardíos del embarazo, por oposición a los primeros meses, para que un aborto fuera legal, puede llegar a alcanzar una proporcionalidad aceptable en los términos del artículo 1 de la Constitución»⁶⁸.

iii. Formación y capacitación a los prestadores de servicios

i. Formación y capacitación en los aspectos médicos (manejo de dolor, manejo de técnicas, asesoría post-aborto) y psicosociales del aborto (perspectiva de género, derechos y empoderamiento) para todo el personal de salud (médicos/as, parteras, enfermeras y orientadoras)

Entre las regulaciones revisadas, solamente las de Italia, Sudáfrica, Brasil y Colombia contemplan medidas específicas para el entrenamiento del personal médico. En Brasil y Colombia, la capacitación apunta a los aspectos médicos y psicosociales, ya que contiene un componente de sensibilización. En **Brasil**, de hecho, este último es el componente predominante. En cambio en Italia, el contenido del entrenamiento se refiere únicamente a aspectos médicos de la ILE y temas asociados. Por otra parte, se encontró que las

⁶⁷ Sin embargo, en las normas técnicas aparece un recuadro que indica el método más apropiado para cada momento del embarazo y en éste se menciona como máxima edad gestacional, la semana 22.

⁶⁸ Traducción tomada de Aclaración de Voto (Magistrado Manuel José Cepeda) a la Sentencia C-355 de 2006 (MP Jaime Araujo Rentarías y Clara Inés Vargas Hernández) de la Corte Constitucional de Colombia.

regulaciones de Brasil e Italia sugieren algunas acciones mediante las cuales debe efectuarse el entrenamiento, mientras que Colombia sólo señala su contenido. **Italia** fija la autoridad responsable del entrenamiento y la periodicidad de la misma. En **Sudáfrica** se especifican los cursos que deben ofrecerse anualmente y se expresa la importancia de que sean efectivamente tomados por el personal.

En **Italia**, la *Norma para la Tutela Social de la Maternidad y sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo* (1978) ordena a las regiones, junto con las universidades y establecimientos hospitalarios, la promoción y actualización del entrenamiento del personal de salud y el personal aliado auxiliar con los problemas de la planificación responsable, métodos anticonceptivos, los estados del embarazo, la niñez y el uso de las técnicas más modernas y menos dañinas para la salud física y mental de la mujer. Además, ordena a las regiones la promoción de cursos y reuniones para que asista el personal de salud y el personal aliado que desee profundizar sus conocimientos de educación sexual, parto, etcétera. Para garantizar la implementación del entrenamiento, se propone que las regiones deberán realizar un programa anual de entrenamiento y de información de la legislación regional, los servicios sociales, de salud y asistenciales (Art. 15).

En **Brasil** –de manera coherente con el modelo de «acogida», mencionado antes– se establece que los profesionales que atienden a las mujeres en servicios de aborto deben estar debidamente sensibilizados y capacitados para que haya un verdadero acogimiento de la usuaria, con la finalidad de generar un nuevo modelo de atención en la práctica cotidiana. En cuanto a la sugerencia de actividades, la norma considera que pueden ayudar a la sensibilización de los profesionales las discusiones colectivas, la supervisión clínica, confrontación de actitudes y convicciones implícitas en la atención, intercambio de preocupaciones y talleres de sensibilización y capacitación sobre sexualidad y prácticas reproductivas (3. *Acoger y Orientar. Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto*, 2005).

Finalmente en **Colombia**, la *Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo* (2006), prescribe que los servicios de IVE serán prestados por profesionales adecuadamente entrenados, tanto en los aspectos médicos como emocionales, jurídicos, éticos y sociales, y agrega –como complemento– que contarán con la infraestructura adecuada incluyendo los equipos, suministros y medicamentos que sean necesarios (6. *Características del Servicio*).

En **Sudáfrica**, como se dijo, la norma advierte que todos los médicos, enfermeras y personal de trabajo social, deberían acudir al entrenamiento pertinente. La norma agrega que se debe hacer una oferta anual de los cursos y señala algunos contactos. (*Artículos 1.11.1 a 1.11.4*). Los cursos de entrenamiento disponibles, según la norma, son los siguientes:

- 1 día Taller de Clarificación de Valores.

- 1 día Taller de Consejería previa y posterior a la terminación del embarazo.
- 160 horas. Curso de asistencia de aborto para parteras registradas (incluida la técnica de aspiración manual).
- Entrenamiento para médicos en asistencia de abortos (Art. 1.11).

Un punto importante que sólo se encuentra regulado en este país es la exigencia al administrador de los servicios de asegurar la provisión de un soporte adecuado para el staff involucrado en terminaciones de embarazo y que el acceso confidencial a consejería profesional se encuentre disponible en caso de que el personal necesite de ella (Art. 1.16, Circular H97/2000. *Policy on the Management of Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape*).

ii. Formación periódica al interior de los servicios de salud

También en este tema, **Colombia** es el único país en el que se identificó regulación concreta. La *Resolución 4905* de 2006 –mediante la cual se adopta la norma técnica para IVE– ordena a los administradores y los prestadores de servicios que adelanten acciones de información, capacitación y educación continuada a los profesionales de la salud que permitan la adecuada provisión de los servicios de IVE (Art. 8).

iii. Apoyo emocional a la mujer y respeto por sus decisiones

En este criterio se encontró regulación para **Colombia, Sudáfrica, Brasil y Canadá**. En el caso del Brasil, tanto el apoyo emocional a la usuaria como el respeto por sus decisiones, forman parte del sistema de «Acogimiento». Dentro de las medidas específicas que contribuyen con el cumplimiento de esta medida se encuentra un conjunto de obligaciones del equipo como: respetar la palabra de la mujer, ayudándola a expresar sus sentimientos, a elaborar la experiencia vivida y generar autoconfianza y la oferta de soluciones a los problemas de las mujeres, priorizando su bienestar y comodidad. También se involucra a los profesionales de la salud mental y servicio social, se describen algunos deberes: prestar apoyo emocional inmediato y encaminar apoyo posterior de ser necesario, reforzar la importancia de la mujer, respetando el estado emocional en que se encuentra, adoptando una postura comprensiva que busque promover su autoestima, investigar reacciones del grupo social al que pertenece, preguntar sobre la relación de pareja y las posibles repercusiones, conversar sobre el embarazo, el aborto inseguro, la menstruación, los derechos sexuales y la salud reproductiva (3. *Acogimiento y Orientación, Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto*, 2005).

En **Colombia**, la regulación en este sentido se limita a establecer la obligación de respetar la decisión de la usuaria de continuar el embarazo aun cuando se encuentre en

una de las causales de aborto legal (6.2. *Admisión de la Gestante, Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*).

En **Canadá**, la regla de que la decisión de terminar el embarazo corresponde exclusivamente a la mujer fue establecida por la Corte Suprema en el caso [*Duagle vs Tremblay \(1989\)*](#). Se trata de un caso en el cual una pareja casada terminó su relación cuando la mujer tenía dos meses de embarazo. Ella decidió que quería interrumpirlo y él interpuso un recurso para impedirlo. Una Corte emitió una decisión ordenando a la mujer continuar el embarazo. El caso llegó a la Corte Suprema que decidió, de manera unánime, conceder la apelación. Los argumentos más importantes fueron: (i) el feto no tiene personalidad jurídica bajo las disposiciones del Código Civil de Canadá y (ii) no existe sustento jurisprudencial ni legal en **Canadá** para considerar que la contribución del hombre en la concepción le otorga un derecho de veto en relación con las decisiones de la mujer sobre el feto.

En **Sudáfrica** simplemente se indica que se debe respetar y apoyar la decisión de la mujer sin juzgar (*Art. 2, Circular H97/2000. Guidelines for Pre Termination of Pregnancy Counselling Department of Health: Western Cape*).

Con todo, hay que advertir que en algunos casos la información en la atención individual a la mujer puede tener como finalidad favorecer su decisión autónoma, por lo tanto las medidas relacionadas con este aspecto pueden ser leídas en concordancia con aquéllas.

iv. Acciones para eliminar prácticas consuetudinarias negativas

Tampoco se identificaron acciones para eliminar prácticas consuetudinarias tales como la solicitud del consentimiento de la pareja y la sanción social y moral frente al aborto. Lo más cercano a ello fue la prohibición de la *Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo* de **Colombia** de que el manejo de las complicaciones de aborto y el acceso a otros servicios como la orientación pre y post-aborto, la orientación en planificación familiar, el acceso a métodos efectivos de anticoncepción, prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, derechos sexuales y reproductivos y en general todas las intervenciones orientadas al autocuidado de la salud, se impongan como restricciones adicionales para el acceso oportuno a la ILE.

Sin embargo, muchas de las medidas estudiadas para este análisis se constituyen como acciones orientadas a eliminar prácticas consuetudinarias y barreras como la prohibición de solicitar el consentimiento de personas diferentes a la mujer (ver página 61), la prohibición de discriminación laboral (ver página 122), la prohibición de juzgar a la mujer (ver página 43).

v. El rol de las Facultades de Ciencias de la Salud

En cuanto a este criterio, se encontró que sólo la regulación de **Colombia** incluye una medida relacionada. Según la *Resolución 4905* de 2006 mediante la cual se adopta la norma técnica para IVE, las instituciones de educación superior tienen la facultad de incorporar dentro de sus programas de pregrado y posgrado los aspectos técnicos, éticos y jurídicos de la prestación de los servicios de IVE (*Art. 8*).

Además de resaltar la ausencia de información en cuanto a este criterio, se advierte que en el único país en que se tiene en cuenta, la inclusión de programas de formación en programas académicos no es obligatoria sino simplemente facultativa⁶⁹.

vi. Integración de un equipo multidisciplinario para el manejo de los embarazos no deseados

El Código Penal de **Panamá** (*Art. 144*) es quizá el único caso en el que se ordena la creación de una comisión multidisciplinaria. Ésta tiene la función de autorizar los abortos terapéuticos por graves causas de salud que pongan en riesgo la vida de la madre o el producto de la concepción. La *Resolución N° 02007* de agosto 2 de 1988 del Ministerio de Salud definió los miembros que la integran⁷⁰.

En todo caso la Comisión conserva la facultad –cuando lo estime necesario– de solicitar el concurso de otros profesionales de la salud como infectólogos o psiquiatras, que formen parte del cuerpo técnico o médico del Hospital Santo Tomás. El reglamento de funcionamiento de la Comisión debe dársele ella misma.

Un ejemplo cercano a la integración de un equipo multidisciplinario para el manejo de embarazos no deseados es el de **Noruega**, en aquellos casos en los que el oficial médico nombra un tercer miembro que debe unirse a la Junta que decide las solicitudes de ILE, cuando se consideren apelaciones. La regulación prohíbe que éste sea médico y requiere, en su lugar, haber sido entrenado como oficial de bienestar o visitador médico y tener experiencia en trabajo social (*Art. 22*).

⁶⁹ Es posible que otros países contengan este tipo de disposiciones pero en normas no relacionadas con el acceso a ILE.

⁷⁰ El jefe del Programa materno infantil del Ministerio de Salud, quien la coordinará, el jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Santo Tomás, el jefe del servicio de Obstetricia del Hospital Santo Tomás, el jefe del servicio de Ginecología del Hospital Santo Tomás, el jefe del servicio de Urgencia y Admisión del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Santo Tomás, el jefe del Departamento de Ginecología y obstetricia del Complejo del Hospital Metropolitano de la Caja de Seguro Social, un abogado del Departamento de asesoría legal del Ministerio de Salud.

Brasil en cambio, sí ordena la conformación de un equipo multidisciplinario, pero no para el manejo de embarazos no deseados, sino para el acogimiento y atención de los servicios humanizados de ILE (asistente social, psicóloga, enfermera) (3. *Acoger y orientar. Norma técnica para la atención humanizada del aborto*, 2005.).

iv. Sistemas de información, vigilancia y control

*i. Sistema de registro de información, incluido el reporte de complicaciones e infecciones (sistema de vigilancia epidemiológica)*⁷¹

Sólo en Colombia, Guyana, España, México, Noruega y Sudáfrica se identificó información para este criterio. En los seis casos, la obligación de registrar la información corresponde a quienes practican el procedimiento. En **Colombia, Guyana y Sudáfrica**, su contenido corresponde a los datos generales del procedimiento. En Colombia se identificó la particularidad de solicitar explícitamente la información acerca de la complicaciones. En **Noruega**, la información registrada apunta más al procedimiento. En **Colombia y España** la información se destina a un sistema estadístico, mientras que en **Noruega y Sudáfrica** simplemente se remite a un superior.

En **Colombia**, mediante la *Resolución 4905* de 2006, por la cual se adopta la norma técnica para IVE, se ordena la inclusión de la información relativa a ésta en los sistemas nacionales de recaudo de información. Por una parte, debe ser articulada al sistema integral de información en salud del Ministerio de la Protección Social⁷² y reportada obligatoriamente por todas las instituciones públicas y privadas. Además, deben reportarse en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud–RIPS todos los procedimientos de IVE, de acuerdo con los requisitos que para fines estadísticos defina el Ministerio de la Protección Social. La vigilancia en salud pública de la ILE se debe practicar de acuerdo con instrumentos específicos definidos por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SI-VIGILA). Finalmente, en forma explícita se obliga al reporte de las complicaciones derivadas del aborto, con la finalidad de hacer el monitoreo a la calidad de los servicios y al acceso real que tienen las mujeres a los servicios de IVE (*Art. 6*).

Recientemente, la *Circular externa 0031* de mayo 22 de 2007 acerca de la Información sobre la provisión de servicios seguros de interrupción voluntaria del embarazo, no cons-

⁷¹ A continuación se describen los sistemas de registro de información que están contenidos en normas específicas de aborto. Es posible que en algunos países, éstos se rijan por las normas generales que escapan a los objetivos de este trabajo.

⁷² Equivalente al Ministerio de Salud.

titutiva del delito de aborto, complementó las disposiciones anteriores, señalando que a partir de la información de los registros individuales, las direcciones departamentales y distritales de salud y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deberán realizar un análisis y presentar un informe trimestral que incluya: (1) el consolidado trimestral separado por diagnósticos; (2) el consolidado de los casos en los cuales se prestó asesoría sobre anticoncepción; (3) el consolidado de las complicaciones. En los dos primeros, indicando grupo de edad, municipio y calidad de afiliada (Contributivo / Subsidiado / Régimen de excepción) o no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En **España**, la [Orden de 16 de Junio de 1986 \(Información y estadística\)](#) señala que toda terminación de un embarazo debe ser notificada a la autoridad sanitaria que deberá remitir la información a la Dirección General de Salud Pública (Art. 1). La vigilancia se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica que recibe información de todo el estado⁷³. Esta Dirección facilita trimestralmente a las autoridades locales la información por provincias (Art. 5). En la página del Ministerio de Sanidad y Consumo se indica que: «Con carácter anual, la Dirección General de Salud Pública, una vez que los datos recogidos son contrastados, tabulados y analizados, elabora una publicación anual con las estadísticas correspondientes referidas al conjunto del estado y facilita a las autoridades sanitarias de cada Comunidad Autónoma, información sobre las IVE de mujeres residentes en su comunidad que han abortado fuera de la misma». El contenido del formato de registro fue modificado y actualmente la información que se incluye es: datos familiares, socioeconómicos y laborales de la usuaria, causa del procedimiento y método utilizado.

En la *Orden del 16 de Julio de 1986* también se prescribe que las autoridades sanitarias deben velar por la confidencialidad de la información que no puede ser publicada de manera individual. Adicionalmente, la Resolución ordena la destrucción de la información individual una vez finalizado el tratamiento estadístico de los datos (Art. 3, [Resolución de 4 de febrero de 2000](#) de la Subsecretaría, sobre estadística e información epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio.).

En **México** se establece en los *Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud Relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal*, la integración del expediente de acuerdo con la NOM-168-SSA-1998 del Expediente Clínico, incluyendo los siguientes documentos: original de la Historia Clínica, Nota Médica de Atención de Urgencias, Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica, Estudio de Trabajo Social, Hoja de Registro de Atención de

73 (<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm#datos>).
Ministerio de Sanidad y Consumo.

Violencias y Lesiones, hoja de Referencia y Contrarreferencia, hoja de Consentimiento Informado para la Interrupción Legal del Embarazo, Dictámenes Médicos, Autorización de Interrupción del Embarazo por Violación emitida por el Agente del Ministerio Público del Sistema de Auxilio a Víctimas, así como los reportes de resultados de auxiliares de diagnóstico practicados a la usuaria; agregando la hoja de solicitud y registro de intervención quirúrgica de la usuaria para el procedimiento y tratamiento. Con el expediente clínico se puede tener registro de las usuarias atendidas por ILE (*Art. 19*).

En **Noruega** se establecen dos registros. Por un lado hay un registro detallado que debe hacerse para el seguimiento del procedimiento administrativo de cada caso de solicitud de ILE, cuya finalidad es enviarlo al oficial médico del condado y al médico con el que la mujer hizo la aproximación y mantenerlo disponible para la solicitud del Director General de Salud, quien puede pedirlo en cualquier momento. Este primer registro tiene como finalidad nutrir al segundo que tiene un carácter más estadístico.

El primer registro debe ser efectuado por las juntas y los hospitales o instituciones donde pueda tener lugar la terminación del embarazo, los cuales deberán guardarlo separado de los demás casos. Cuando el caso es considerado por la junta, la decisión debe ser adjuntada al registro con la fecha y las firmas⁷⁴.

Finalmente, en relación con la confidencialidad, se ordena que el registro y los documentos deben ser guardados bajo llave en el hospital al menos por diez años. Un extracto del registro debe ser enviado al oficial médico del condado y al médico con el que la mujer hizo la aproximación. El director general de salud puede pedirlo en cualquier momento (*Art. 25*).

Por otra parte, en cuanto al segundo registro, la misma norma ordena que al final de cada trimestre todas las instituciones autorizadas para terminar embarazos deben enviar un reporte al oficial médico del condado. Éste debe incluir las fechas específicas de los registros, así como las particularidades de cada operación. El oficial médico del condado debe presentar los reportes trimestrales al Director de los Servicios de Salud en relación con:

- La información recibida según lo anterior.

⁷⁴ Deben registrarse los siguientes datos: nombre del hospital o la institución, número del caso, fecha en que se recibió la aplicación del hospital o la junta, estado civil, número de nacimientos previos e hijos vivos, el tiempo de gestación presumido, el nombre del médico que envió la aplicación, si es necesario, el consentimiento del oficial médico del condado, la persona que presentó la aplicación, si la operación fue practicada o no, las razones por las cuales no lo fue, si es el caso. Si la aplicación es aprobada por la Junta primaria, deberá incluir: la causal de aprobación. Si es negada por la Junta Primaria: las razones del rechazo, si fue unánime o las razones de la minoría. Si es aprobada por la Junta de Apelación: las causales de la aprobación, la opinión de la minoría si no es unánime la decisión. Si es negada por la Junta de Apelación: las razones del rechazo, si la decisión fue unánime; si no lo fue, la opinión de la minoría.

- Número de apelaciones recibidas y reenviadas.
- Número de casos aprobados.
- Número de negaciones.

(Art. 26, Regulation for the Implementation of the Act concerning Termination of Pregnancy, 1975)

En **Sudáfrica** también se establece un registro que parte de la obligación de todo médico general, partera o enfermera que practique un aborto, de registrar la información y notificar a la persona a cargo en el establecimiento de salud, quien deberá siempre ser informada de las ILE que se practiquen por fuera de las instalaciones. Una vez al mes la persona a cargo de la institución deberá remitir –en correo certificado y omitiendo la identidad de la mujer– la información de solicitudes o procedimientos a la cabeza relevante del Departamento de Salud, quien guardará el registro de esta información. La norma advierte que la identidad de la mujer permanecerá en confidencialidad (*Art. 7. Choice on Termination Act and Amendment, 1996 and 2004*). En la regulación se indica adicionalmente que una copia anónima de la forma de notificación debe ser guardada de la manera usual en el archivo del cliente (*Art. 1.8, Circular H97/2000. Policy on the Management of Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape*).

En **Guyana**, la regulación prevé que un registro de cada terminación de embarazo deberá ser guardado en el establecimiento donde el tratamiento fue administrado por un médico general, un médico general autorizado, o el director de la institución aprobada. El registro contendrá el nombre, la dirección, el tratamiento, las razones y cualquier otro dato relevante (*Art. 14*). La finalidad de dicha información no se especifica, pero se advierte que nada en relación con el registro de información debe interponerse para que un médico general, médico general autorizado, la persona propietaria o que maneja una institución aprobada, el personal de rango superior empleado o cualquier otra persona con acceso legal a revelar la información, revele el documento o tema referido al registro con el propósito de cumplir sus funciones o cuando sea requerida por una corte, una persona autorizada por el acto o en procedimiento legal por la contravención de cualquier disposición del acto (*Art. 14, Medical Termination of Pregnancy Act, 1995*).

ii. Sistema de vigilancia y control de las instituciones responsables por la prestación de los servicios

En cuanto la existencia de un sistema de vigilancia y control de las instituciones prestadoras del servicio, se identificó información en Colombia, Guyana, España e Italia. Sin embargo, no presentan muchas similitudes. En **Colombia**, ordena la vigilancia y el control y en **España**, la inspección y control. Por su parte, **Italia** plantea más bien un sistema

de control político. Los tres definen el titular del control. Sólo Colombia, aunque no especifica el contenido, aclara que se definirán contenidos particulares para la vigilancia. En **Guyana**, más que someter a las instituciones a un sistema de control, se faculta a un funcionario del sistema de salud para que visite los establecimientos para verificar que no se incumplan las disposiciones del Acto que regula el acceso a servicios de ILE.

La *Resolución 4905* de 2006, mediante la cual se adopta la norma técnica para IVE de **Colombia**, el ejercicio de la vigilancia en salud radica en cabeza del Ministerio de la Protección Social y las regiones en el ámbito de sus competencias. Adicionalmente, se radica en las autoridades de vigilancia y control la competencia de las sanciones por el incumplimiento de las disposiciones del Decreto (*Art. 7, Decreto Reglamentario 4444 de 2006*)⁷⁵.

En **España**, la regulación simplemente ordena a los centros y servicios el sometimiento a la inspección y control de las administraciones sanitarias competentes (*Art. 3. Real Decreto sobre Centros Acreditados y Dictámenes Preceptivos para la Práctica de Abortos Legales, 1986*).

En **Guyana** se faculta al oficial médico principal⁷⁶ o cualquier oficial público autorizado por él por escrito, para que en cualquier momento pertinente ingrese a los establecimientos donde un médico general administre o supervise, o se presuma que lo haga, una terminación de un embarazo o a cualquier institución aprobada, con el propósito de establecer si ha habido una contravención o falla en el cumplimiento de las previsiones del acto. Lo anterior, sin perjuicio de los poderes de las fuerzas de policía en investigación. Estos poderes se limitan en la prohibición a las autoridades de obstruir el procedimiento (*Art. 15. Medical Termination of Pregnancy Act, 1995*). La regulación mediante el *Medical Termination of Pregnancy Act – Legal Supplement B (1995)*, en el *Artículo 6*, contempla medidas adicionales de vigilancia particularmente dirigidas a la implementación del Acto. Según la norma, el Ministerio deberá nombrar un Comité de Consejería⁷⁷ para monitorear la conducta bajo el Acto y su regulación y para aconsejar al Ministerio sobre el cumplimiento efectivo de lo anterior.

El Comité de Consejería deberá ser balanceado y fundado en el pluralismo, integrado por no más de nueve miembros escogidos de organizaciones no gubernamentales religiosas, legales y médicas. Éste deberá supervisar la operatividad del Acto y su regulación, y de tiempo en tiempo, formulará al Ministerio las recomendaciones que considere apropiadas para cumplir con los objetivos del Acto, principalmente:

⁷⁵ Mayor información sobre las sanciones se encuentra en el apartado de Aspectos legales y administrativos, sanciones por la negación del servicio. Ver páginas 122 – 124.

⁷⁶ De contexto de la norma se entiende que se trata de una autoridad administrativa de salud de la localidad.

⁷⁷ El texto original dice: «Advisory Board».

- a. reducir la incidencia de las terminaciones médicas de embarazos;
- b. reducir la incidencia de abortos sépticos;
- c. mejorar los estándares de salud materna.

El Comité de Consejería puede pedir información e impulsar la investigación como lo considere apropiado para manejar el impacto del Acto, así como de su regulación.

Finalmente, en **Italia** se plantea una especie de control político de la aplicación de las disposiciones relativas a la ILE. La norma ordena que antes de febrero de cada año, el Ministerio de Salud presente al parlamento un informe de la implementación de la ley, incluida la prevención. A las regiones se les puede solicitar información con la finalidad de completar el informe. Lo mismo presenta el Ministro del Interior en relación con los temas de su competencia (*Art. 16. Norma para la Tutela Social de la Maternidad y sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo, 1978*).

iii. Mecanismos de apelación o revisión cuando se niega un servicio

Los recursos explícitos contra las decisiones que niegan el servicio sólo se encuentran previstos en Noruega, donde la descripción del procedimiento es altamente detallada y en Perú en la directiva del Instituto Materno Perinatal.

En **Noruega**, según el *Act N° 50 concerning Termination of Pregnancy (1975), with amendments (1978)*, cuando la solicitud de la mujer es negada por una junta, se debe informar a la mujer o su representante que la decisión será revisada por otra junta, salvo si ella retira la solicitud dentro de los tres días siguientes a la notificación de la negativa. Es decir, el recurso de apelación es automático y la voluntad de la mujer se requiere para que no opere. Por esta razón, una vez decida, la junta enviará los documentos al oficial médico del condado, quien –consultando a la mujer– enviará los documentos a otra junta para que sean reexaminados, salvo si la mujer ha retirado la solicitud dentro del límite estipulado arriba. En estos casos la junta deberá ser integrada por una tercera persona que no sea médico, designada por el oficial médico del condado. La decisión de la Junta debe ser alcanzada con mayoría simple (*Art. 8*). Este procedimiento es reiterado en la regulación⁷⁸.

78 La solicitud de la mujer será presentada a una junta de apelación automáticamente, salvo si se retira la solicitud dentro de los tres días después de informado el rechazo (*Art. 13*). Si la solicitud fuera rechazada por la junta primaria, ésta debe, simultáneamente con la decisión, enviar los documentos del caso al oficial médico del condado. Si la mujer no ha retirado la aplicación dentro de los tres días siguientes a la notificación del rechazo, el oficial médico del condado debe, consultando con la mujer, presentar el caso ante una junta de apelación para que sea reexaminado. La junta de apelación está obligada a reexaminar el caso (*Art. 14. Regulation for the Implementation of the Act concerning Termination of Pregnancy, 1975*).

En **Perú**, si la jefatura no cumple con dar trámite a la solicitud o excede el tiempo establecido, o si la junta médica ha denegado su solicitud, la mujer gestante puede recurrir ante la autoridad superior correspondiente, la cual deberá resolver en un plazo no mayor de cuarenta y ocho horas (*VI Disposiciones específicas, Requisitos administrativos, Directiva Instituto Materno Perinatal, 2007*).

iv. Prohibición de la discriminación laboral o social contra los/las proveedores que prestan servicios de ILE

En este criterio sólo se detectó la prohibición en **Colombia** –definida por el *Decreto reglamentario 4444* de 2006– de prácticas discriminatorias relacionadas con la ILE: «En ningún caso la objeción de conciencia, la no objeción de conciencia o el antecedente de haber practicado o realizado una interrupción voluntaria del embarazo en los términos del Decreto, podrá constituir una circunstancia de discriminación para la gestante, los profesionales de la salud y los prestadores de servicios de salud» (*Art. 5*).

De manera similar, en **Brasil**, en los casos de aborto inseguro desde el punto de vista médico, la conducta necesaria exigida por la norma técnica, es no hacer juicio de valor y no juzgar.

v. Sanciones por la negación del servicio

Como regla general los países definen una fórmula amplia para las sanciones que incluye cualquier incumplimiento de las disposiciones de las normas que regulan el acceso a ILE. Tal es el caso de **Colombia, México, Guyana, Perú y Noruega**. Sólo **Brasil** ordena explícitamente sanciones por la negación de la prestación del servicio. En **Sudáfrica** se sanciona a quien evite que se practique el aborto en los casos permitidos. En Sudáfrica, Guyana y Noruega se sanciona también la vulneración de las obligaciones de confidencialidad y en Colombia, la imposición de barreras administrativas que posterguen el acceso al servicio. En cuanto a los titulares de la acción, es decir quienes pueden iniciar la investigación por el incumplimiento, sólo se especifica en Colombia. En la regulación de ningún país se aclara la autoridad competente para imponer la sanción. En cuanto al contenido de las sanciones mismas, algunos países remiten a otras normas (Colombia y México), ordenan imposición de multas (Noruega, Guyana y Sudáfrica) o prisión (Noruega, Guyana y Sudáfrica). En otros países simplemente se establece el tipo de responsabilidad, que puede ser administrativa (Perú), civil (Brasil) y eventualmente penal o disciplinaria (Colombia, Perú y Brasil). La regla general es la responsabilidad personal, salvo Colombia, Perú y Brasil que consagran responsabilidad institucional, esta última sólo para Hospitales Públicos.

En **Colombia** se utiliza la fórmula general de sancionar el incumplimiento de cualquiera de las disposiciones del decreto. En cuanto al tipo de sanciones se remite a las previstas en el *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad*⁷⁹ y el artículo 49 de la *Ley 10 de 1990* y la *Ley 100 de 1993*⁸⁰. En cuanto a los titulares para solicitar la sanción, la norma señala que el proceso sancionatorio se iniciará de oficio, a solicitud de parte interesada, por información del funcionario público, por denuncia o queja presentada por cualquier persona, o como consecuencia de haberse tomado con antelación una medida de seguridad o preventiva. También ordena la remisión a otras autoridades cuando los hechos además constituyen delito o falta disciplinaria (*Art. 7*). De manera particular la norma ordena la imposición de sanciones para los administradores o prestadores de servicios de salud que impongan barreras administrativas que posterguen innecesariamente la prestación de los servicios de ILE (*Art. 2 párrafo, Decreto reglamentario 4444 de 2006*).

México también acoge en su regulación la fórmula general de que el incumplimiento de las disposiciones de los Lineamientos acarrea las sanciones que establecen los instrumentos jurídicos aplicables en el Distrito Federal (*Art. 22. Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal*).

El *Act N° 50 concerning Termination of Pregnancy (1975), with Amendments (1978)* en **Noruega**, usando la misma fórmula, establece sanciones con multa o prisión para el incumplimiento de la norma, para la violación del secreto profesional y para la falsa información con el propósito de obtener una decisión. (*Art. 13*)

En **Perú**, la *Directiva Instituto Materno Perinatal (2007)*, prescribe que el incumplimiento de lo dispuesto en la Directiva acarrea responsabilidad administrativa⁸¹ del profesional de salud y personal en general del Instituto Nacional Materno Perinatal, sin perjuicio de la responsabilidad judicial que se derive (*VIII Disposiciones finales*).

⁷⁹ Las sanciones previstas en esta norma son: Amonestación, Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales al máximo valor vigente en el momento de dictarse la respectiva resolución; Decomiso de productos; Suspensión o cancelación del registro o de la licencia, y Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo.

⁸⁰ Las sanciones previstas en esta norma son: Multas en cuantías hasta de 200 salarios mínimos legales mensuales; Intervención de la gestión administrativa y/o técnica de las entidades que prestan servicios de salud, por un término hasta de seis meses; Suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las personas privadas que presten servicios de salud; Suspensión o pérdida de la autorización para prestar servicios de salud.

⁸¹ La responsabilidad administrativa es aquella en la que incurre el Estado por las actuaciones de sus agentes. En este caso se trata de la responsabilidad en la que puede incurrir el Estado por las acciones de los miembros del IMPN ya que ellos son agentes del Estado por ser ésta una institución de Salud pública. Las consecuencias de la responsabilidad administrativa se manifiestan sobre todo en el plano de la reparación económica, aunque actualmente existe una tendencia a exigir reparación integral.

Brasil, a diferencia de los casos anteriores, señala claramente que los médicos que se nieguen a prestar los servicios de aborto en los casos permitidos por la ley, pueden ser responsabilizados civil y penalmente por la muerte de la mujer o por los daños físicos o mentales que sufra. Para los hospitales públicos, además se señala que en caso de que la mujer sufra perjuicios físicos, psíquicos o morales por negligencia en la atención por falta de profesionales que presten servicios de aborto, puede haber responsabilidad personal o institucional (*5. Ética Profesional, Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto*, 2005).

En **Guyana**, el sistema de responsabilidad es amplio e incluye siempre una sanción combinada de multa y prisión: (i) cuando una persona o institución aprobada se niegue a llevar el registro o mantener los documentos exigidos por la norma o mienta en relación con los mismos o estén incompletos, esa persona, o en instituciones aprobadas, el director o propietario, serán responsables con multa de 20.000 dólares y seis meses de prisión; (ii) cuando una mujer declare intencionalmente mintiendo u omitiendo información en algún aspecto, será responsable de multa de 7.000 dólares y seis meses de prisión; (iii) cuando un médico general, un médico general autorizado, una persona empleada en una institución aprobada o cualquier otra persona con acceso legal a una institución aprobada, contravenga las reglas de la confidencialidad de la información, la persona misma o el director de la institución será responsable con multa de 100.000 dólares y un año de prisión; (iv) cualquier persona que contravenga, rehúse o falle el cumplimiento de cualquier norma del acto, además de la responsabilidad penal que pueda tener por la ley criminal, será responsable de multa de 10.000 dólares y tres meses de prisión (*Art. 12, Medical Termination of Pregnancy Act*, 1995). En esta regulación adicionalmente se establece que ningún médico general o médico general autorizado o una persona autorizada por él, podrá ser responsable por prestar servicios de terminación del embarazo cuando la mujer haya consentido, salvo que se haya efectuado con negligencia (*Art. 9*).

Finalmente, la regulación en **Sudáfrica** prescribe que la persona que evite la terminación del embarazo en los términos de la ley u obstruya el acceso a las facilidades para la terminación del embarazo, será culpable y responsable de condena por multa o prisión no superior a diez años (*Art. 10.c*). También se sancionará a quien incumpla los requerimientos de confidencialidad (*Art. 10.2. Choice on Termination Act and Amendment*, 1996 and 2004).

vi. Manejo de las historias clínicas

En cuanto al manejo de historias clínicas sólo Colombia, Perú, México y España registraron información. En Colombia y Perú la información que se solicita registrar en la historia clínica se relaciona con el embarazo y el procedimiento de ILE, aunque en el primero es

bastante más detallado acerca de la información requerida. Por el contrario, en **México** sólo debe incluirse la información relativa al procedimiento administrativo necesario para la práctica del ILE. **España** en realidad no tiene reglas específicas para los casos de aborto, pero en la *Ley General de Consentimiento Informado* incluye un capítulo sobre reglas generales para el diligenciamiento de historias clínicas.

En **Colombia**, la *Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*, regula detalladamente la información que debe ser solicitada a la usuaria para incluir en la historia clínica. En primer lugar, teniendo en cuenta que muchas mujeres empiezan a sospechar de embarazo por un retraso en la menstruación, se les debe preguntar sobre el primer día de su última menstruación, es decir el primer día de sangrado y si la menstruación fue normal⁸².

En **Perú**, la *Directiva Instituto Nacional Materno Perinatal (2007)* ordena la realización de una historia clínica completa e integral⁸³. Lo mismo exige el *Protocolo de Belén Trujillo*. En esa historia clínica se debe precisar el primer día de la última menstruación normal, así como la regularidad o irregularidad del régimen catamenial. Adicionalmente, se deben identificar otros síntomas: tensión mamaria, náuseas, vómitos, fatiga, cambios en el apetito, frecuencia urinaria, dolor pélvico.

Los *Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud Relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal (2006)* exigen en **México**

82 Además, se debe incluir: Identificación: Nombre, documento de identidad, edad, raza, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbano, rural), dirección y teléfono. Antecedentes Personales: Patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxico-alérgicos, (medicamentos recibidos), tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros. Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual. Antecedentes obstétricos: Gestaciones: Total de embarazos, intervalos intergenésicos, abortos, ectópicos, molas. Partos: Número de partos, fecha del último. Antecedentes Ginecológicos: Edad de la menarquia, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuándo, antecedente o presencia de flujos vaginales, infecciones de transmisión sexual (ITS,VIH/SIDA), historia y tratamiento de infertilidad. Antecedentes familiares: hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias, otras. Gestación actual: Edad gestacional probable (fecha de última regla, altura uterina y/o ecografía obstétrica). Cefaleas persistentes, edemas progresivos. Sintomatología infecciosa: urinaria o cervicovaginal. Valoración de condiciones psico-sociales: Tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja. Otros motivos de consulta: Inicio y evolución de la sintomatología, exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual (6.4.4. *Anamnesis*). Factores de riesgo del ILE: alteraciones de la coagulación, alergia a cualquier medicación que será usada durante la ILE e información acerca de cualquier droga que la mujer esté tomando y que pueda interactuar con aquéllas que se usarán durante el procedimiento (6.4.2. *Condiciones preexistentes*).

83 En ella al menos debe registrarse el primer día de la última menstruación normal, así como la regularidad o irregularidad del régimen catamenial, la evaluación de los antecedentes personales, obstétricos y quirúrgicos patológicos relevantes para el procedimiento y la identificación de otros síntomas: tensión mamaria, náuseas, vómitos, fatiga, cambios en el apetito, frecuencia urinaria, dolor pélvico (*VI Disposiciones específicas, Anamnesis*).

que el expediente clínico de las usuarias atendidas por interrupción legal del embarazo se integre de acuerdo a las reglas generales. Sin embargo, éste debe incluir información adicional que está relacionada con el procedimiento administrativo para acceder a la ILE: hoja de Consentimiento Informado para Autorización de Interrupción del Embarazo por Violación o inseminación artificial no consentida emitida por el Agente del Ministerio Público del Sistema de Auxilio a Víctimas, así como los reportes de resultados de auxiliares de diagnóstico practicados a la usuaria; agregando la hoja de solicitud y registro de intervención quirúrgica y de consentimiento informado de la usuaria para el procedimiento y tratamiento (*Art. 19*). La norma agrega explícitamente que debe manejarse con absoluta confidencialidad y la información personal está sujeta a la tutela del derecho fundamental a la intimidad, privacidad, honor y dignidad (*Art. 20*).

El personal médico responsable del procedimiento integrará al expediente clínico (*Art. 8*):

- Consentimiento para el procedimiento.
- Hasta la semana doce, dictamen de edad gestacional.
- Dictamen de edad gestacional y anomalías congénitas en los casos de excluyentes de responsabilidad.
- Autorización de agente del Ministerio Público en violencia sexual o inseminación artificial no consentida.

En **España** no hay regulación específica para el registro de información en la historia clínica. La *Ley General de Consentimiento Informado* (2002) especifica las reglas generales para las mismas. La norma básicamente ordena que en la historia clínica se incorpore toda la información que se considere para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Éste es un derecho del paciente. Como finalidad se prescribe facilitar la atención sanitaria⁸⁴ (*Art. 15*).

En **Sudáfrica** no hay regulación específica en este aspecto pero se indica que se debe hacer historia clínica completa (*Art. 2. Circular H97/2000. Protocol for Termination of Pregnancy Services Department of Health: Western Cape*).

⁸⁴ Los requisitos mínimos: a) La documentación relativa a la hoja clínico–estadística; b) La autorización de ingreso; c) El informe de urgencia; d) La anamnesis y la exploración física; e) La evolución; f) Las órdenes médicas; g) La hoja de interconsulta; h) Los informes de exploraciones complementarias; i) El consentimiento informado; j) El informe de anestesia; k) El informe de quirófano o de registro del parto; l) El informe de anatomía patológica; m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería; n) La aplicación terapéutica de enfermería; ñ) El gráfico de constantes; o) El informe clínico de alta.

v. Financiamiento de los servicios

i. Costos del servicio: pago de cuotas

En general las regulaciones no abordan el tema de los costos de los servicios de ILE. La inclusión o no en los paquetes de servicios de aseguramiento provee alguna información indirecta pero no es suficiente para aclarar la fuente de los recursos que se destinan para cubrirlos. No obstante algunos países definen explícitamente medidas en dos modelos distintos. Algunos países –como **México**– establecen la gratuidad en el sector público y otros –como **Colombia**– establecen medidas de costos que también involucran al sector privado.

En **México**, la *Ley de Salud para el Distrito Federal*, reformada en 2004, ordena a las instituciones públicas de salud la prestación de los servicios de ILE en forma gratuita y con calidad cuando la mujer lo solicite (*Art. 16 bis*). En **Colombia**, el *Decreto Reglamentario 4444* de 2006 ordena la disponibilidad de los servicios de ILE para todas las mujeres, independiente de su capacidad de pago y afiliación al sistema de salud (*Art. 1*) y determina a su vez que los servicios para las mujeres pobres serán cubiertos por las entidades públicas (o las privadas con las que existan contratos) sin que éstos den lugar al cobro de cuotas. Posteriormente, mediante el [*Acuerdo 350 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*](#), se incluyó el procedimiento «Evacuación por aspiración del útero para terminación del embarazo» para los casos de aborto legal en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado. En este esquema, el sistema de salud de Colombia para las mujeres que pertenecen al régimen contributivo⁸⁵ establece que los servicios podrían estar sujetos a pagos compartidos (copagos) si la mujer que requiere el servicio no cotiza directamente, sino que es beneficiaria de otra persona. En ese caso el costo de lo que debe pagar la usuaria depende del valor con base en el cual la persona afiliada hace su aporte al sistema. Sin embargo, podría pensarse que a la luz de los cambios legales del aborto en Colombia, la atención de ILE podría integrarse a los programas de control en atención materno infantil, que según las reglas generales están exentos del pago de cuotas. A esto se suma que la norma específica aclara que ni las cuotas moderadoras ni los copagos pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar a la población en razón de su riesgo de enfermar y morir. Los medicamentos y los exámenes paraclínicos podrán estar sujetos al pago de cuotas moderadoras.

85 Es decir que no son población pobre y que realizan algún tipo de aporte (cotización) al sistema o que son beneficiarias.

En **Canadá** por su parte, la jurisprudencia ha definido algunas reglas relativas a los costos de los servicios de ILE. En el caso [*Civil Liberties Association vs British Columbia \(1988\)*](#), la Corte Suprema decidió la demanda interpuesta por la British Columbia Civil Liberties Association contra una norma dictada por la autoridad administrativa de British Columbia (Lieutenant-Governor in Council) según la cual el aborto no era un servicio que pudiera ser considerado como medicamento requerido. Puesto que ya existe una norma previa que señalaba que los servicios considerados como «no requeridos médicamente» no podían ser asegurados, la consecuencia de esta norma era que los servicios de aborto tampoco podían serlo. La Corte decidió que era contrario a la ley considerar los servicios de aborto como no requeridos médicamente ya que la decisión de si un aborto es médicamente necesario debe ser clínica, no política. La Corte fundó su determinación en que un órgano político carecía de competencia para decidir un aspecto médico como la determinación profesional de la necesidad de un servicio como el aborto.

De manera más reciente, la misma entidad estudió una demanda interpuesta por Morgentaler contra una norma proferida por la Agencia de servicios comunitarios y de salud (Health and Community Services Agency) la cual, si bien incluía los servicios de aborto como servicios básicos de salud, lo hacía bajo dos condiciones: (i) que el procedimiento se practicara en un hospital y (ii) que fueran considerados por un comité médico como médicamente requeridos. La importancia de esta norma radicaba en que los servicios considerados como servicios básicos de salud eran pagados con recursos públicos. Así, lo que sucedía de facto era que las mujeres que se practicaban abortos no lograban que los servicios fueran pagados con recursos públicos porque el servicio estaba condicionado. En esa oportunidad, la Corte determinó que la limitación de la financiación con recursos públicos al aborto, sólo en aquellos casos en los cuales se practiquen en un hospital y sean certificados por un comité médico, es contraria a la ley pues se trata de una norma diseñada para prevenir abortos legales de manera indirecta. Para la Corte Suprema, la norma era «ilegal» porque carecía de motivación, es decir, no contribuía a nada, no tenía objetivo y, en cambio, configuraba una barrera para las mujeres que se practicaban abortos ([*Morgentaler vs Prince Edward Island, 1995*](#)).

Finalmente, en Brasil (*Norma Técnica para la Atención de los Agravios resultantes de la Violencia Sexual contra las Mujeres y las Adolescentes, 1998*) se incluyó la Aspiración Manual Intrauterina como parte de los procedimientos financiados por el Sistema único de salud y un código de razón de internación específico para aborto legal⁸⁶.

Bolivia, Panamá, Puerto Rico, Perú, Italia, Guyana, Noruega, España, Brasil y Sudáfrica no contenían en su regulación disposiciones relativas a los costos de los servicios.

⁸⁶ Ministério da Saúde – [Portaria nº 48 de 13 de Agosto de 2001](#) (Inclusão para reembolso pelo SUS).

ii. Instrumentos para la identificación de las condiciones socioeconómicas de la población

En ningún país se encontraron disposiciones que regularan los instrumentos de identificación de condiciones socioeconómicas de la población⁸⁷ y que fueran específicas para ILE. Sin embargo, en **Colombia** las normas generales que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud prevén un mecanismo de identificación de las condiciones socioeconómicas de la población, llamado SISBEN⁸⁸. Ésta es una encuesta en la que se analizan diversos factores de bienestar socioeconómico para hacer una clasificación de la población con el fin de identificar a los/as más pobres y priorizar su ingreso al sistema de salud de manera subsidiada o para brindarles atención gratuita con recursos de la oferta en la red hospitalaria pública. Las clasificaciones que resultan de este sistema se aplican a todos los servicios de los cuales es beneficiaria la población.

vi. Aspectos administrativos

i. Requisitos para acceder al procedimiento

Éste es quizá el criterio en el que se encontró más regulación. De los países revisados, sólo Puerto Rico y Brasil⁸⁹ no contemplan en su regulación requisitos para acceder al procedimiento. La mayoría de los requisitos aluden a procedimientos administrativos para acceder a la práctica de una ILE. Entre esta amplia información pueden señalarse algunas características individuales y comparativas:

- a. En todos los países en los que las causales están definidas en una norma penal, la misma establece algunos de los requisitos de acceso al procedimiento asociados a cada causal. Este es el caso de **Perú, México, Panamá y Bolivia**.
- b. En los países en los que se encuentra despenalizado y las causales están relacionadas con el tiempo de gestación, los requisitos se asocian a este mismo factor (**Noruega, Sudáfrica, Guyana e Italia**).

⁸⁷ En éste, como en otros temas, no se encuentran disposiciones específicas en las regulaciones sobre Interrupción Legal del Embarazo. Es posible que en algunos países, estas medidas estén incluidas en otras normas de carácter general o específicas sobre otros contenidos. Esta limitación es un resultado del alcance del trabajo. Sólo en algunos casos, por una mayor facilidad en el acceso a la información, pudieron ser incluidas algunas medidas generales que tienen impacto sobre el tema de ILE.

⁸⁸ Sistema de Identificación de Beneficiarios.

⁸⁹ En la regulación de 1998 se contemplaba que la mujer firmara un documento en el que reconocía que había sido violada y que se hacía responsable de la verdad de la afirmación, además de un registro policial de la ocurrencia del hecho.

- c. El procedimiento más detallado, que es el contenido principal de la regulación, es el de Noruega. Por el contrario, Sudáfrica apenas si establece requisitos.
- d. Entre los requisitos más comunes se encuentran:
- Que si se trata de violación, exista denuncia. (**Panamá, México, España, Colombia y Bolivia**. En **Guyana** se habla de declaración.)
 - Que el caso lo revise un junta para verificar si se configuran las causales de riesgo para la salud o la vida del feto o de malformaciones del feto. (**Panamá**, por una Junta multidisciplinaria; **Noruega** cuando es mayor a doce semanas y hay apelación, incluye un profesional no médico en la Junta.)
 - Concepto de un médico o una junta. (En **México**, por juicio de dos médicos especialistas en caso de malformaciones del feto y de uno, si el riesgo es de la vida de la mujer; en **España**, en los casos de riesgo para la vida, la salud física o psíquica de la madre; en **Colombia** se exige certificación médica en riesgo de vida o salud de la mujer y malformaciones del feto. En **Italia, Sudáfrica, Guyana**, dependiendo del número de semanas, certificado de uno, dos o tres médicos.)
 - Un procedimiento administrativo que parte de una solicitud formal de la mujer (**Perú, Noruega e Italia**).
 - Autorización de una autoridad administrativa no médica. (**México**, en casos de violencia sexual.)
- e. Entre los requisitos excepcionales:
- En **España** se exige para la práctica de ILE –cuando el feto puede presentar malformaciones– un dictamen de una institución acreditada que cuente con sistemas especiales de identificación de malformaciones.
 - En **Italia** se exige el agotamiento de un periodo de reflexión de siete días para la mujer antes de que la orden pueda hacerse efectiva.
 - En **Colombia** los requisitos para acceder a ILE están contenidos en una sentencia del Tribunal Constitucional. La regulación se limita a reiterarlos literalmente y a prohibir a los aseguradores y operadores que impongan nuevos requisitos.

Entre los países en los cuales el Código Penal define las causales y algunos requisitos de acceso se encuentra **Perú**. En esta norma se exige que el aborto sea practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal (*Art. 119*). Sin embargo, en Perú también la *Directiva del Instituto Materno Perinatal* (2007) define los requisitos para acceder al procedimiento dentro de la institución. En dicha norma existe específicamente un procedimiento que va desde el suministro de in-

formación a la mujer, hasta la autorización del procedimiento por la junta médica⁹⁰. El *Protocolo de Belén de Trujillo* define un procedimiento similar al del Instituto Materno Perinatal, pero los pasos son un poco menos complejos⁹¹.

Panamá, para seguir con la línea de los países que definen requisitos de acceso en el Código Penal, exige en el caso violación carnal que el delito sea de conocimiento de la autoridad competente y que el mismo se practique dentro de los dos primeros meses de embarazo. En el caso de graves causas de salud que pongan en peligro la vida de la madre o del producto de la concepción corresponderá a una comisión multidisciplinaria designada por el Ministerio de Salud determinar las causas graves de salud y autorizar el aborto. Y para ambos casos, agrega que el aborto debe ser practicado por un médico en un centro de salud del Estado, con el consentimiento de la mujer (*Art. 144*). En efecto, en la *Resolución 1 de abril de 1989 de la Comisión Multidisciplinaria Nacional de Aborto Te-*

90 Este procedimiento consta de los siguientes pasos: 1. El médico o médica tratante informa a la gestante sobre los diagnósticos y los riesgos de la mujer para su vida o para su salud física y mental. 2. La gestante o su representante legal en caso que se encuentre impedida de hacerlo, presenta la Solicitud para atención de aborto terapéutico (*Anexo 1*) al médico tratante, quien canaliza el caso a la Jefatura del servicio o departamento de obstetricia o de gineco-obstetrica. 3. La gestante o su representante legal –si se encuentra impedida de hacerlo– presenta el Consentimiento Informado (*Anexo 2*) para realizar el procedimiento de aborto terapéutico. 4. La solicitud y el consentimiento de la gestante o de su representante legal, de ser el caso, deberá, a partir de este momento, pasar a ser parte de la historia clínica y deberá llevar la firma y el número del DNI; en caso de ser iletrada y/o indocumentada, bastará con su huella dactilar. 5. La jefatura recibe la solicitud y constituye una Junta Médica, siendo el médico que evaluó el caso, quien lo presentará ante dicha junta. 6. La Junta Médica –constituida por tres profesionales médicos o médicas– podrá pedir asesoría de otro(s) profesional(es) de la especialidad correspondiente, delibera el caso, de ser necesario amplía la anamnesis o vuelve a examinar y dictamina por la procedencia o no de lo solicitado, debiendo dejar constancia escrita en la historia clínica e informar a la Jefatura de sus conclusiones. 7. De ser procedente la petición, la Jefatura inmediatamente designará al médico que llevará a cabo el procedimiento, el cual será programado en el menor tiempo posible. 8. Desde que se efectúa la solicitud hasta que se inicia el procedimiento de aborto terapéutico el tiempo no debe exceder los 10 días calendario. 9. Ejecutado el procedimiento, la Jefatura informará a la Dirección del establecimiento. 10. Si la jefatura no cumple con dar trámite a la solicitud o excede al tiempo establecido o la junta médica ha denegado su solicitud, la gestante podrá recurrir ante la autoridad superior correspondiente, la cual deberá resolver en un plazo no mayor de 48 horas (*VI disposiciones específicas, Requisitos administrativos*).

91 1. Luego de haber recibido el informe de la situación clínica de la gestante por parte del médico/a, el trámite se inicia con la petición de la gestante a la Jefatura del Departamento de Ginecoobstetricia, quien debe expresar las razones por las cuales solicita interrupción del embarazo. 2. La Jefatura del Departamento de Ginecoobstetricia dará trámite de inmediato y constituirá una Junta Médica, cuidando de que forme parte de la misma el/la médico/a ginecoobstetra que evaluó inicialmente el caso, quien lo presentará ante sus otros colegas. 3. La Junta Médica, constituida por tres profesionales médicos, podrá pedir asesoría de otro(s) profesional(es) de la especialidad correspondiente, delibera el caso; de ser necesario amplía la anamnesis o vuelve a examinar y dictamina por la procedencia o no de lo solicitado, debiendo dejar constancia escrita de sus conclusiones en la historia clínica. 4. Si es procedente el caso, el/la médico/a tratante prepara a la paciente para la interrupción de la gestación. 5. La Jefatura del Departamento asigna al/la médico/a que llevará a cabo el procedimiento (*Procedimientos administrativos*). La Junta Médica estará constituida por tres médicos/as ginecoobstetras, uno/a de los cuales será el/la médico/a tratante. La Junta Médica podrá asesorarse en lo posible con profesional(es) vinculado(s) al caso en consulta. (Junta médica).

rapéutico (CNMAT) se contempla para el caso de aborto por graves causas de salud que pongan en peligro la vida de la madre o del producto de la concepción que corresponde autorizar a la Comisión, requiriendo:

- Solicitudes y consentimiento por escrito de la mujer.
- Informe médico que especifique y sustente el o los diagnósticos motivo de la solicitud.
- Exámenes de laboratorio y/o complementarios que confirmen el diagnóstico (*Art. 3*).

En aquellos casos en que sea necesario se solicitará la opinión por escrito de otros profesionales de la salud que deberán colaborar con los miembros de la comisión (*Art. 4*). El jefe de área de ginecología y obstetricia de cada Hospital en la respectiva área o Región, deberá analizar las solicitudes allí y verificar el cumplimiento de los requisitos y remitirá oportunamente los documentos a la CNMAT para estudio y decisión final. (*Art. 6*). En ningún caso se puede omitir la autorización (*Art. 9*). Cuando se considere justificada la interrupción, la Comisión expedirá la autorización (*Art. 10*).

En **México**, además del *Código Penal para el Distrito Federal*, el *Código de Procedimientos Penales para el DF*, establece los requisitos para acceder a la ILE⁹². En el primer caso –y asociado con la causal de que el embarazo represente peligro de afectación grave a su salud– exige el dictamen del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora. Por otra parte, se exige el juicio de dos médicos especialistas que coincidan en que sea posible que el producto de la concepción presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada (*Art. 148*). El Código de Procedimiento Penal establece un procedimiento administrativo para acceder a los servicios de ILE cuando el embarazo sea producto de violación o inseminación artificial no consentida y dispone una serie de requisitos para alcanzar la autorización de una autoridad, que es el Ministerio Público. Los requisitos que exige la norma son, literalmente:

- i. Que exista denuncia por el delito de violación o inseminación artificial no consentida.
- ii. Que la víctima declara la existencia del embarazo.
- iii. Que se comprueba la existencia del embarazo en cualquier instituto del sistema público o privado de salud.

⁹² Tener en cuenta que de acuerdo a las nuevas leyes hasta las doce semanas el aborto debe ser provisto por la sola solicitud de la mujer.

- iv. Que existan elementos que permitan al Ministerio Público suponer que el embarazo es producto de una violación o inseminación artificial en los supuestos de los *Artículos 150 y 151 del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal*.
- v. Que exista solicitud de la mujer embarazada. Las instituciones de salud pública del Distrito Federal deberán, a petición de la interesada, practicar el examen que compruebe la existencia del embarazo, así como su interrupción (*Art. 131 bis*).

Los *Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud Relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal* (2006) especifican las características del dictamen médico en caso de anomalías del feto: «El dictamen médico de anomalías genéticas o congénitas estará fundamentado preferentemente en estudios específicos realizados con auxiliares de diagnóstico entre los que se encuentran: técnicas de ecosonografía o similares, técnicas bioquímicas, técnicas citogenéticas y técnicas analíticas. El diagnóstico será de presunción de riesgo y basado en criterios de probabilidad» (*Art. 5*). En los casos de antes de doce semanas se requiere solicitud escrita de la mujer, consentimiento informado por escrito y dictamen médico de edad gestacional hasta doce semanas (*Art. 4 bis*).

En **España**, el Código Penal exige para la práctica de ILE algunos requisitos médicos, como que sea practicado por un médico o bajo su dirección y en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado (se puede prescindir en caso de malformación), además con consentimiento expreso de la mujer embarazada. Pero –adicionalmente– exige el cumplimiento de requisitos asociados a las causales; así, se requiere dictamen médico cuando hay peligro para la vida o salud física o psíquica de la madre, hecho por un médico diferente al que practica el procedimiento, del cual en caso de urgencia se puede prescindir, lo mismo que del consentimiento. Se requiere denuncia si el embarazo es consecuencia de violación. Si el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas se requiere dictamen médico emitido por establecimiento diferente a aquel bajo cuya dirección se realizará el procedimiento (se puede prescindir) (*Art. 417 bis*).

El *Real Decreto sobre Centros Acreditados y Dictámenes Preceptivos para la Práctica de Abortos Legales* (1986) especifica las condiciones de los dictámenes médicos en los casos en que son exigidos. Cuando el aborto se practique para evitar grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la madre, la norma indica que los médicos de la especialidad correspondiente se consideran acreditados para emitir el concepto. Por su parte, para el dictamen en casos de presunción de tara física o mental del feto, la institución que emite el concepto debe estar acreditada ante las Comunidades Autónomas. Esta acreditación para emitir concepto es diferente de la que se requiere para practicar el procedimiento de ILE. Para obtenerla, la institución debe contar con los métodos diagnósticos que se requieran en cada caso (técnicas de ecografías o similares para el diag-

nóstico de malformaciones, técnicas bioquímicas para el diagnóstico de enfermedades metabólicas, técnicas de citogenética para el diagnóstico de alteraciones cromosómicas, técnicas analíticas precisas para el diagnóstico de malformaciones de origen infeccioso). Además, reitera que el diagnóstico será de presunción de riesgo y estimado en criterios de probabilidad (*Art. 6*). Como se aprecia, se trata de procedimientos muy complejos que fácilmente pueden constituirse en cargas desproporcionadas para que las mujeres accedan a los servicios de ILE.

En **Bolivia**, los requisitos varían de acuerdo a cada situación: para la interrupción del embarazo causado por violación, raptó o incesto se exige que la acción penal haya sido iniciada. Para salvar la vida o la salud de la mujer no se exigen requisitos administrativos completos, pero advierte que no debe haber otros medios para cumplir con esa finalidad. Para todos los casos, se exige que sea practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer y autorización judicial en su caso (*Art. 266, Código Penal, 1972*).

En **Colombia**, las causales no están definidas en el Código Penal como en los casos señalados, sino en la sentencia que despenalizó el aborto en ciertos casos concretos, en la cual se definen también requisitos asociados a las causales. Literalmente dicha norma señala: «...No se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: (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; (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, Sentencia C-355 de 2006*). Como se ve, allí se exige certificación médica en los casos de riesgo para la vida o la salud de la madre y denuncia en caso de embarazo producto de delitos sexuales.

La regulación a su vez reitera literalmente la sentencia y prohíbe a los aseguradores y a los profesionales de la salud imponer nuevas barreras para el acceso a los servicios:

- La aceptación de un método anticonceptivo por parte de la mujer nunca debe ser una precondition para realizar una IVE (*6.3.2 Información sobre procedimientos de IVE, Norma Técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*).
- Prohibición a los administradores y profesionales de la salud de imponer barreras administrativas que posterguen innecesariamente la prestación de los servicios de ILE, tales como autorización de varios médicos, revisión o autorización por auditores, periodos y listas de espera y demás trámites que puedan representar una carga excesiva para la gestante (*Art. 2 párrafo, Decreto reglamentario 4444 de 2006*).

Esta regulación –en este punto– es diferente a lo dispuesto por los demás países, ya que en la mayoría de los casos la regulación es el conducto mediante el cual se definen los requisitos de acceso, pero además, siempre se deja abierta la posibilidad de que los aseguradores o los prestadores de servicios impongan requisitos adicionales, como sucede por ejemplo en Perú.

En **Italia** en cambio, las causales de acceso al procedimiento de ILE no se encuentran reguladas en ninguna norma penal. Los requisitos se encuentran previstos en la norma técnica y dependen del tiempo de gestación transcurrido. Así, si se la interrupción del embarazo se va a practicar dentro de los primeros noventa días, la mujer se remite a un consultorio público, una estructura socio sanitaria o un médico de su confianza. Si la causa que motiva la interrupción del embarazo está relacionada con sus condiciones económicas, sociales o familiares, se deben revisar con la mujer y con el padre –si ella lo consiente– en el marco del respeto de la dignidad y la reserva de la mujer y del padre biológico, las posibles soluciones de los problemas propuestos, las posibilidades de remover las causas por las que desea interrumpir el embarazo y la promoción de intervenciones para ayudar a la mujer antes y después del parto. Lo mismo debe hacer un médico de confianza si es él a quien acude la mujer para la ILE. Cuando cualquiera de éstos encuentra que hay razones urgentes para promover la terminación del embarazo debe dar a la mujer un certificado donde conste la urgencia. Con este certificado la mujer misma puede presentarse en un centro autorizado para la interrupción del embarazo. Si no hay urgencia, al final de la consulta debe darle un certificado en el que conste la solicitud y el estado de embarazo y debe invitar a la mujer a reflexionar siete días, transcurridos los cuales, ella puede presentarse en uno de los centros autorizados para obtener la interrupción del embarazo.

Por su parte, cuando el embarazo supere los noventa días y se vaya a interrumpir por malformaciones o anomalías del feto que pongan en peligro la salud física o mental de la madre, o se constituyan en un peligro para la vida de la madre, la causal debe venir certificada por un gineco–obstetra del hospital donde se va a practicar. El médico puede consultar especialistas. Debe informar de la certificación al director del hospital para practicar la intervención. Cuando la vida de la madre corre peligro puede evitarse el procedimiento informando al médico de provincia (*Art. 5 a 7, Norma para la Tutela Social de la Maternidad y sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo, 1978*).

En **Guyana** también se define un sistema en el que los requisitos dependen de las semanas de gestación y las causales. Si la mujer tiene entre ocho y doce semanas de gestación el médico encargado del tratamiento debe considerar que, en efecto, se encuentra incurso en una de las causales de autorización (sólo para peligro de vida o salud de la madre, malformación del feto o demencia de la madre). Si tiene entre doce y dieciséis semanas de gestación, dos profesionales médicos autorizados deben hacer igual consideración

pero respecto a todas la causales (*Art. 6*). Después de las dieciséis semanas, sólo si existe riesgo para la vida de la mujer o se puede lesionar la salud física o mental de la mujer o de su hijo no nacido, aprobado por tres profesionales médicos autorizados (*Art. 7*). Con todo, cuando se trate de salvar la vida de la mujer o de prevenir lesiones permanentes en su salud física o mental se pueden omitir las opiniones médicas requeridas (*Art. 10. Medical Termination of Pregnancy Act, 1995*).

Noruega, como se dijo, establece el procedimiento administrativo más detallado⁹³. A grandes rasgos, éste se divide en dos, uno para la interrupción del embarazo antes de las

-
- 93**
- Que no haya razones médicas que contraindiquen el procedimiento (*Art. 2*).
 - Se debe tener en cuenta la capacidad de la mujer de cuidar del niño (*Art. 2*).
 - La mujer debe solicitar el procedimiento a un/a médico/ o a una junta médica si está después de las doce semanas (*Art. 5*).
 - Si la operación puede efectuarse antes de las doce semanas, una vez recibida la información de la gestante, debe reenviarse con la solicitud y una referencia escrita a una unidad hospitalaria u otra institución donde la operación pueda ser efectuada. En el evento en que el superintendente médico o su segundo, rehúse practicar la operación por serias razones médicas en contrario, el caso debe ser reenviado inmediatamente con una explicación escrita al oficial médico del condado, quien debe referir a la mujer a un hospital u otra institución aprobada donde sea posible practicar la operación (*Art. 6*).
 - Si la operación no puede efectuarse antes de las doce semanas, una vez recibida la información de la gestante, debe reenviarse con la solicitud y un reporte con las razones esgrimidas por la mujer y las observaciones que se hayan hecho a una junta.
 - Cuando la aplicación haya sido presentada ante la junta, debe ser decidida tan pronto como el caso esté preparado. Si las investigaciones muestran que la interrupción puede ser efectuada antes de las doce semanas, la junta referirá inmediatamente a la mujer a un hospital o a otra institución para que la operación tenga lugar. La decisión respecto a la terminación del embarazo debe ser alcanzada después de consultar a la mujer, por una junta conformada por dos médicos (*Art. 7*).
 - La decisión de la junta de autorizar o no la ILE debe ser sustentada por escrito. La mujer o su representante tienen que ser informados de la decisión. En casos especiales puede ser comunicada verbalmente. Cuando la decisión es negativa, puede ser revisada por otra junta (*Art. 8*).
 - Cuando la continuación del embarazo constituya un riesgo para la salud o la vida de la mujer, la terminación del embarazo puede practicarse sin la aplicación de las reglas definidas en la norma (*Art. 10 Act N° 50 concerning Termination of Pregnancy (1975), with amendments, 1978*).
 - Cuando el embarazo sea de menos de doce semanas (que no requiera junta), la solicitud debe ser presentada ante un médico. Si la mujer padece enfermedad mental o retraso en grado considerable, la solicitud la puede hacer su guarda. El médico, habiendo consultado a la mujer, debe ser responsable de la aplicación escrita, salvo si ha sido llevada a cabo por la mujer.
 - El médico debe hacer una valoración de la duración del embarazo. Si encuentra que es posible practicar el embarazo antes de las doce semanas debe enviar la aplicación, con una referencia escrita, a la unidad hospitalaria u otra institución aprobada donde la operación pueda ser practicada (*Art. 4*).
 - Puede ser necesario posponer la operación por un corto período por consideraciones de responsabilidad en la práctica médica (resultados de laboratorio y tratamiento preliminar de la mujer) (*Art. 5*).
 - El superintendente médico o su segundo es responsable de asegurarse de que la aplicación sea repartida y que, si es el caso, la operación se practique lo más pronto que sea posible (*Art. 5*).
 - Si, basados en los exámenes, el superintendente médico o su segundo, encuentran que el embarazo tiene más de doce semanas, remitirán la solicitud a una junta e informarán a la mujer inmediatamente hasta que haya nuevas noticias del progreso del caso (*Art. 5*).

doce semanas y otro para después de las doce semanas. En ambos casos parte de la solicitud de la mujer, que para aquéllas con retraso mental en grado severo o enfermedad mental seria o minoría de edad, puede ser presentada por el representante. En caso de que el embarazo tenga menos de doce semanas se solicita ante un médico (no se define la especialidad), quien debe autorizarla y referirla a un establecimiento que pueda prac-

- Después de que han transcurrido doce semanas, la solicitud debe ser presentada por la mujer a un médico o a una junta. Si la mujer sufre enfermedad mental severa o retraso en un grado considerable, la solicitud puede ser presentada por el guarda. El médico, consultando a la mujer y/o a su guarda, debe ser responsable de escribir la formulación de la solicitud, salvo si ya lo han hecho (*Art. 7*). El médico tiene la obligación de preparar, consultando a la mujer, un reporte escrito de sus razones (de la mujer) para terminar el embarazo, salvo si ella ya lo ha hecho. Éste debe incluir las observaciones hechas, incluido el estatus de salud de la mujer y su situación. El médico debe remitir inmediatamente la aplicación con la referencia escrita a la unidad hospitalaria (institución) donde la cirugía pueda ser practicada (*Art. 8*).
- Si la mujer se ha puesto en contacto directamente con la junta o si la aplicación ha sido enviada a una unidad hospitalaria o institución, la junta debe, ella misma, preparar el caso en concordancia con las mismas reglas descritas antes para los médicos. La junta, consultando a la mujer, puede confiar la preparación del caso a un médico que no pertenezca a la junta, a un oficial orientador de familia o a otra agencia competente (*Art. 9*).
- Si la junta encuentra, que después de todo, el embarazo puede ser interrumpido antes de la semana doce, debe enviar inmediatamente la aplicación, con una referencia escrita, a una unidad hospitalaria (institución) donde la operación pueda ser practicada (*Art. 10*).
- El caso debe ser repartido lo más pronto posible. La junta es responsable de asegurarse de que el caso sea elucidado lo mejor posible. Si es importante para la decisión un reporte acerca de la situación de la vida de la mujer, puede ser obtenido. La mujer debe tener la oportunidad de expresar sus opiniones a la junta, por escrito o verbalmente. Tiene derecho de acudir a la junta acompañada por un asesor legal u otra persona competente. Si la junta es de la opinión de que una declaración de la mujer es necesaria para arrojar más luz sobre el caso, éste como regla general deberá ser pospuesto cuando la información disponible indique que la aplicación será rechazada. Si la información disponible indica que la aplicación será aprobada, la junta debe –en su evaluación– sopesar la consideración de una decisión rápida contra la consideración de la fundamentación más completa posible para alcanzar la decisión. Si la mujer es menor de 16 años o es retrasada mental, quien ejerce la autoridad paternal o la guarda debe tener la oportunidad de expresar su opinión al médico o a la junta, salvo si existen razones particulares en contra (*Art. 11*).
La decisión debe ser alcanzada por la junta tan pronto como sea posible una vez el caso esté preparado. La decisión de la Junta Primaria de autorizar el embarazo debe ser unánime: La decisión que resuelve la apelación debe ser alcanzada por mayoría simple. La decisión debe ser escrita y simultáneamente sustentada (*Art. 12*).
La junta (primaria o apelación) debe dar inmediatamente a la mujer o su representante, notificación escrita de la decisión y las razones de la misma. Si la aplicación es negada en la junta primaria, en casos especiales la notificación puede ser dada verbalmente y de manera subsecuente la mujer recibirá la notificación escrita. Si la solicitud es aprobada, las razones deberían ser declaradas con referencia a las causales y debe incluir la fecha y el lugar de admisión del hospital (*Art. 13*).
- Cuando la aplicación sea rechazada, las razones deberían incluir un breve relato de las condiciones determinantes de la decisión. En el alcance que sea necesario para permitir que la mujer entienda la decisión, las razones de la misma deberán también referirse al contenido de la legislación y la aproximación al problema en que la decisión se basa. También debe declararse si la decisión fue unánime, y en los casos de disenso, cuáles fueron las razones para la opinión de la minoría. En caso de rechazo de la junta primaria, la notificación debería declarar que: 1) la solicitud será presentada a una junta de apelación salvo si se retira la solicitud dentro de los tres días después de informado el rechazo; 2) que ella tiene acceso, antes de que el tiempo límite de tres días haya expirado, de expresar su preferencia de que la junta examine la apelación si fuera escogida por ella; 3) ella puede proveer información adicional si lo desea (*Art. 13*).

ticarle el procedimiento. Si es negado por el médico, puede ser revisado por una junta de apelaciones. Si tiene más de doce semanas, la solicitud debe ser presentada siempre ante una junta⁹⁴, conformada por dos médicos, que puede aprobar o rechazar la solicitud y cuyas negativas son remitidas automáticamente a una junta de apelación. Este procedimiento se encuentra descrito tanto en la norma de terminación del embarazo como en la regulación. Sin embargo, además de esta solicitud administrativa, no se exigen otro tipo de requisitos.

Finalmente en **Sudáfrica** simplemente se exige –entre la semana trece y la veinte– que un médico general sea de la opinión, después de consultar con la mujer, de que se incurre en una de las causales en las que se permite la interrupción del embarazo en ese período. Después de la semana veinte depende de que un médico general, luego de consultar con otro o con una partera o enfermera registrada, considere que la mujer se encuentra incurso en una de las causales en las que se permite la interrupción del embarazo en ese período.

ii. Definiciones explícitas del alcance de las causales

Casi en ningún país la regulación retoma las causales definidas en las normas penales. A lo sumo transcriben literalmente lo consagrado allí y en las normas en las que originalmente se definen las causales no se explica el significado de los términos. Sin embargo, se identificaron dos maneras diferentes de definir las causales, el primero es aquel que las define de manera concreta como en **Perú** en la directiva de ILE y el Protocolo del Hos-

En caso de que la solicitud sea aprobada, pero el miembro de la junta que es superintendente médico del hospital donde debería practicarse la operación haya votado en contra, el oficial médico de condado debe transferir a la mujer a otra unidad hospitalaria donde sea practicado el procedimiento (*Art. 15*).

Si la mujer expresa su deseo de que la apelación sea repartida a una junta de apelación en particular, su deseo deberá ser cumplido a condición de que no existan razones en contra. Como regla general la apelación debe ser revisada por una junta del condado donde la mujer reside (*Art. 16*.)

- Si la aplicación es negada por la junta de apelación, hay acceso a una nueva junta primaria para retomar el caso para una nueva consideración, por solicitud del oficial médico del condado. La mujer no tiene derecho a que el caso sea considerado de nuevo salvo si existe información fresca disponible (*Art. 17. Regulation for the Implementation of the Act concerning Termination of Pregnancy, 1975*).

- 94** Conformación de las juntas: Uno de los miembros tiene que ser el superintendente médico del hospital donde podría practicarse el procedimiento, o su segundo u otro doctor nombrado por él. El segundo miembro debe ser nombrado por el oficial médico del condado, no puede pertenecer al staff de la institución donde se practicaría el procedimiento y debe tener conocimiento en medicina social. Al menos uno de los miembros debe ser una mujer. Los suplentes deben ser designados con calificaciones similares (*Art. 21*). El oficial médico nombrará el miembro que debe unirse a la junta cuando se consideren apelaciones; no debe ser doctor, debe haber sido entrenado como oficial de bienestar o visitador médico y debe tener experiencia en trabajo social. Al menos un miembro de la junta de apelación debe ser mujer. La junta de apelación no debe conocer la primera solicitud (*Art. 22*). Se nombran por períodos de cuatro años, se pueden remover y no pueden tener más de 70 años. Tienen remuneración (*Art. 23 y 24*).

pital San Bartolomé, y el segundo es aquel que no las define pero señala qué autoridad puede hacerlo, como es el caso de **Panamá**.

En la *Directiva Instituto Materno Perinatal (2007)* se hace un esfuerzo por precisar las definiciones de las causales previstas en el Código Penal. Se realiza en dos sentidos, desglosando la norma para comprender su significado y –a partir de tal desglose– ofreciendo una lista de situaciones concretas en las cuales una mujer puede solicitar la interrupción del embarazo. En cuanto a lo primero, la directiva define dos reglas en relación con el artículo penal: (i) que se trata de dos causales que no tienen que concurrir: (a) salvar la vida de la gestante; (b) evitar en la salud de la mujer un mal grave y permanente; (ii) que el concepto de salud en la norma debe entenderse en el sentido de que incluye salud física y mental.

En segundo lugar, se ofrece un listado de causas que se consideran tributarias, por nueve sociedades médicas del **Perú**, para que la mujer pueda solicitar un aborto ya que ponen en riesgo su salud física o mental⁹⁵. Sin embargo, aunque la norma no señala explícitamente que este listado sea cerrado, sí puede constituirse en una interpretación restringida de la causal de salud. De manera similar en el *Protocolo del Hospital de Belén de Trujillo* se señala que no se requiere que exista peligro de muerte para acceder al procedimiento⁹⁶. Esta situación del Perú, que cuenta con distintas herramientas que determinan las medidas para el acceso a los servicios de aborto es un ejemplo claro de cómo ante la falta de marcos normativos nacionales pueden proliferar múltiples regulaciones, lo que puede generar caos cuando se trata de garantizar el ejercicio de derechos.

95 Insuficiencia renal crónica avanzada; Mujeres en diálisis; Lupus eritematoso con daño renal severo; Hipertensión arterial crónica y evidencia de daño de órgano blanco y/o con morbilidades asociadas (Hipertensión arterial severa); Insuficiencia cardíaca congestiva clase funcional III–IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares), hipertensión arterial y cardiopatía isquémica; Insuficiencia hepática crónica causada por hepatitis B, hepatitis C, trombosis del sistema portoesplénico con várices esofágicas; Neoplasia maligna del aparato gastrointestinal que requiera tratamiento quirúrgico, radio o quimioterápico; Antecedente demostrado de psicosis puerperal que no responde a tratamiento psiquiátrico, por el riesgo de homicidio o suicidio; Insuficiencia respiratoria demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno menor de 50 mm de mercurio y saturación de oxígeno en sangre menor de 85%; Embarazo ectópico no roto; Corioamnionitis; Síndrome de hiperestimulación ovárica severa refractario al tratamiento; Cáncer de cérvix invasivo; Otros cánceres ginecológicos que requieran quimioterapia o radioterapia; Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno; Diabetes mellitus avanzada con daño de órganos; Neoplasias malignas a nivel del sistema nervioso central.

96 Según la norma, se justifica la ILE en los siguientes casos: cardiopatía congénita o adquirida con insuficiencia cardíaca, tuberculosis pulmonar avanzada multidrogoresistente, insuficiencia respiratoria severa, trastornos hemorrágicos, insuficiencia renal crónica y severa, hipertensión arterial crónica con daño en órganos blancos, neoplasias malignas que requieren intervención quirúrgica en el aparato genital, radio o quimioterapia, epilepsia rebelde al tratamiento, hiperemesis gravídica grave resistente a todo tratamiento, mola hidatiforme parcial con presencia de hemorragia grave. Con todo, la norma advierte que otros procesos clínicos pueden justificar la terminación del embarazo, los cuales serán dictaminados por una Junta Médica porque ponen en riesgo la vida y la salud de la gestante (*Indicaciones para la Interrupción Legal del Embarazo*).

Por el contrario, la *Resolución 1 de abril de 1989 de la Comisión Multidisciplinaria Nacional de Aborto Terapéutico* de **Panamá** señala que la determinación de las graves causas de la salud que ameritan la solicitud de interrupción del embarazo se definirán por el pleno de la Comisión Multidisciplinaria Nacional de Aborto Terapéutico (Art. 2).

iii. Disponibilidad de los medicamentos para ILE

Se encontró poca información acerca de la disponibilidad de medicamentos en las regulaciones. Sólo en tres países existía alguna referencia: en dos (Perú y Brasil) a indicar su disponibilidad y en otro (Colombia) para señalar que no se encontraba disponible para ILE. En todos los casos el medicamento al que se refieren es el Misoprostol. También es importante aclarar que en Perú la disponibilidad no se indicó en la regulación sino en un informe técnico del órgano encargado de autorizar medicamentos y se limitó al aborto frustrado e incompleto, no al aborto legal.

En **Perú**, el *Informe Técnico 23–2005, Dirección Ejecutiva de Accesos y Uso de Medicamentos*, responde una solicitud del Instituto especializado materno perinatal para Tratamiento médico aborto frustrado, Tratamiento de hemorragia uterina por atonía uterina, Uso para maduración cervical. Dicho informe concluye así: «Por las razones descritas anteriormente, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, considera que la adquisición efectuada de Misoprostol 200 mcg tableta, autorizada por el Comité Farmacológico del Instituto Materno Perinatal: A. Se encuentra justificada para uso en los casos de aborto frustrado e incompleto. B. No se encuentra justificada para el tratamiento de la hemorragia uterina post-parto, ni en el tratamiento de la maduración del cérvix uterino para la inducción del parto en el tercer trimestre del embarazo». Adicionalmente, el uso del Misoprostol bajo el nombre comercial de Prostokos ha sido autorizado en el **Perú** con la *Resolución Directoral N° 1988 SS/DIGEMID/DERD/DR*, del 20 de febrero de 2003⁹⁷.

La *Norma Técnica para la Atención Humanizada del Aborto* (2005) en **Brasil** directamente señala que en el país se encuentra disponible el Misoprostol y la Ocitocina (4. *Procedimientos médicos*).

En **Colombia**, como se dijo, la *Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo* (2006) indica que a la fecha de expedición de esa Norma Técnica, el Misoprostol se encontraba disponible en el país, pero su registro no incluía la indicación gineco obstétrica. Además, agrega que el Mifepristone y Gemeprost no tenían Registro Sanitario. (*Métodos médicos de ILE*). Recientemente, el Ministerio de la Protección Social

⁹⁷ Se pudo verificar que actualmente dicha resolución carece de vigencia porque el laboratorio que solicitó el registro no lo ha ingresado al país, por lo que se está tratando de validar nuevamente dicha autorización.

solicita a la Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora del INVIMA⁹⁸, ampliación de la indicación del principio activo Misoprostol para el uso en los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo, en los eventos no constitutivos de delitos de aborto. Atendiendo la solicitud efectuada por el Ministerio de la Protección Social y teniendo en cuenta el perfil farmacológico conocido en el medio científico del Misoprostol, [la Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora](#) consideró que este principio activo podrá ser empleado como oxitócico en las específicas circunstancias señaladas por la *Sentencia C-355* de 2006, de conformidad con lo dispuesto en el *Decreto 4444* y la *Resolución 3905* del mismo año. Esto significa que ahora en Colombia es posible utilizar el Misoprostol para la Interrupción Legal del Embarazo.

iv. Causales de negación del servicio

Solamente **Noruega** define explícitamente en la regulación las causales por las cuales se puede negar el servicio. En el *Act N° 50 concerning Termination of Pregnancy (1975), with amendments (1978)* define dos causales: (1) si después de la semana dieciocho hay razones para considerar que el feto es viable (*Art. 2*) y (2) si el superintendente médico o su segundo, consideran que existen serias razones médicas contra la práctica del procedimiento (*Art. 6*)⁹⁹.

A su vez, el *Regulation for the Implementation of the Act concerning Termination of Pregnancy (1975)* describe detalladamente cómo opera esta última causal de negación del servicio y señala que sólo el superintendente médico o su segundo tienen derecho a negar la práctica de la operación por serias razones médicas en contrario. Y agrega el significado de «serias razones médicas», indicando que alude a condiciones que son de una naturaleza tal, que debido al estado de la mujer, se puede suponer que la operación representa un serio riesgo para su vida o su salud. El Ministro podrá hacer una orientación más detallada de los criterios médicos en los que se basa esta evaluación (*Art. 6*).

Con todo, en **Noruega**, este sistema explícito de causa de negación viene acompañado con un sistema completo de apelación de las decisiones.

⁹⁸ Comisión revisora del INVIMA: Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

⁹⁹ En esa situación, el caso debe ser reenviado inmediatamente con una explicación escrita al oficial médico del condado, quien debe referir a la mujer a un hospital u otra institución aprobada donde sea posible practicar la operación (*Art. 6*).

A manera de conclusión

Como puede apreciarse en este capítulo, las regulaciones expedidas en los distintos países del análisis comparado son variadas, no sólo en cuanto a la cantidad sino también en cuanto al nivel de detalle de las situaciones que define, presentándose así amplias diferencias entre países. Claramente se advierte que en aquellos países en los cuales el aborto no es punible, aunque tenga límites de semanas gestacionales, existe como regla general algún tipo de regulación. Éste es el caso de países como Sudáfrica, Guyana, Noruega o Italia. Sin embargo, es importante destacar que en estos países la regulación se concentra –aunque no exclusivamente– en los temas relacionados específicamente con el acceso al procedimiento (procedimientos administrativos para el acceso, consentimiento informado, objeción de conciencia, entre otros) sin incluir los temas propios de los protocolos de atención (técnicas para la terminación del embarazo, estándares de bioseguridad, exámenes, entre otros). Entre los países que responden a este esquema de regulación, sólo Sudáfrica cuenta con protocolos de atención.

En cambio, la mayoría de los países en los que el aborto es un delito, pero se consagran eximentes de responsabilidad, la regulación es escasa o se concentra en los efectos del aborto complicado. Es decir que en lugar de regular para garantizar el acceso, se regula para reducir los efectos de las complicaciones. En Panamá, Bolivia y Perú la regulación nacional para el acceso al aborto legal es escasa. Sin embargo, tanto Perú como Bolivia cuentan con una amplia regulación para complicaciones de aborto. Colombia y México constituyen una excepción a esta regla. En Colombia se encontró una regulación detallada de todos los aspectos relacionados con el aborto. Por su parte, el Distrito Federal cuenta con la regulación más liberal entre los países analizados en ALC, en materia de Interrupción Legal del Embarazo por la sola voluntad de la mujer hasta las doce semanas, lo que ha favorecido en buena medida el acceso a estos servicios.

Un punto importante para destacar es el proceso paulatino de judicialización del acceso al aborto seguro, que viene abriéndose camino en la región y en el mundo. En los países analizados en esta investigación se encontraron varios casos en los cuales los jueces fueron los protagonistas de la garantía del acceso de las mujeres al aborto legal y seguro. En Colombia y Canadá, los tribunales constitucionales revisaron las normas prohibitivas de aborto para señalar que el tratamiento punitivo absoluto de este comportamiento resultaba contrario a la Constitución de cada uno de esos países. En el caso de Canadá, esa misma entidad ha tomado otras decisiones relacionadas con la financiación y el alcance de las mujeres a decidir. En Brasil por su parte, el Tribunal Supremo ha jugado un papel definitivo en el acceso al aborto legal y seguro en los casos de malformación fetal incompatible con la vida. En Perú, aunque no fue un tribunal interno, un órgano decisorio de

las Naciones Unidas ordenó recientemente a ese país dictar regulación adecuada para el acceso de las mujeres al aborto terapéutico en condiciones de seguridad.

En medio de este panorama, algunos temas no están suficientemente abordados. Entre éstos se destacan la regulación sobre principios, redes de servicios (incluidos los sistemas de referencia y contrarreferencia), el modelo de atención en el cual se prestan los servicios de ILE, los servicios para jóvenes, la privacidad de los servicios, las acciones de información a nivel colectivo, la formación y capacitación de profesionales, los estándares de bioseguridad y los sistemas de información, vigilancia y control, entre otros.

Otros temas en cambio se abordan en forma amplia permitiendo que las disposiciones de las regulaciones analizadas sirvan como ejemplo a la propuesta de modelo que se desarrolla en el próximo capítulo. Se destacan entre éstos, las medidas relacionadas con orientación y asesoramiento, información individual a las mujeres, cuidados en el post-aborto, requisitos para acceder al procedimiento, sanciones por la negación del servicio, etcétera. El consentimiento informado (general, en menores y en mujeres con discapacidad), la objeción de conciencia y el secreto profesional permitieron un análisis amplio indicando la importancia de abordarlos en forma integral en el modelo.

Por último, todos los aspectos relacionados con protocolos de atención, (exámenes de laboratorio, manejo del dolor y de las complicaciones, entre otros), dejan clara la importancia de hacer seguimiento a las recomendaciones de instituciones internacionales como la OMS, cuyos lineamientos apuntan a la garantía de derechos para la provisión de servicios en contextos con distintos niveles de restricción legal y diversas condiciones políticas, culturales y sociales, apuntando a estandarizar todos los procesos relacionados con el acceso a servicios de ILE.

En general, la tendencia de las regulaciones apunta a permitir el acceso de las mujeres a la ILE de manera segura reduciendo barreras. En algunos casos, que fueron los menos, se encontraron medidas que abiertamente constituyen una barrera de acceso, como plazos de reflexión entre la autorización del procedimiento y su práctica o condiciones de infraestructura excesivas para las instituciones en las que se practican procedimientos. El aspecto que con más frecuencia –en casi todos los países– se constituye en una barrera para el acceso de las mujeres al ILE seguro, es el establecimiento de requisitos que van desde la exigencia de denuncia en los casos de violencia sexual, hasta largos y difíciles procedimientos administrativos para la autorización, siendo las mujeres las que deben hacerse cargo de agotar dichos procedimientos.

Por una y otra razón resulta crucial incorporar estas distintas dimensiones en la propuesta de modelo que se desarrolla en el siguiente capítulo, atendiendo recomendaciones de organismos internacionales pero también las disposiciones de este análisis que más se compadecen con la perspectiva de derechos.

V. Recomendaciones para la formulación de regulaciones que garanticen el acceso a la ILE

Una de las razones fundamentales que llevó a la realización de este análisis comparado fue la posibilidad –a partir de la revisión de regulaciones sanitarias y de un conjunto de recomendaciones que emanan de documentos de distintas entidades internacionales y/o expertas/os en la materia– de elaborar una propuesta de modelo con recomendaciones para la formulación de regulaciones.

Como se pudo apreciar en el capítulo anterior, las medidas sanitarias que han adoptado los distintos países, con algunas excepciones, apuntan a garantizar el acceso oportuno a servicios de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en un marco de derechos y son por lo tanto una base fundamental para este modelo. Sin embargo, no todas las dimensiones que deberían incorporarse en las regulaciones están contempladas en las normas analizadas y por lo tanto la propuesta de recomendaciones (modelo) contenida en este documento busca incluir un conjunto más comprensivo de dimensiones que sirvan como norte al proceso de elaboración de marcos normativos tendientes a garantizar el acceso oportuno de las mujeres a los servicios de ILE. De cualquier manera, por ser una base fundamental de las recomendaciones, todos los temas del modelo tienen notas a pie de página que remiten al lector a los apartados pertinentes de la descripción del capítulo anterior.

Esta propuesta se fundamenta en tres propósitos:

- Favorecer las condiciones para el ejercicio de los DSR y para el mejoramiento de la SSR en todos los aspectos relacionados con la ILE.
- Definir medidas para reducir o eliminar las barreras para el acceso en distintos niveles de atención.
- Minimizar los riesgos para la salud y favorecer un enfoque integral y con calidad en la atención de la Interrupción Legal del Embarazo.

Cada una de las dimensiones incluidas en el modelo propuesto contiene recomendaciones sobre las medidas que deberían incorporarse en los marcos normativos desarrollados por los países de acuerdo a sus condiciones y oportunidades, de tal manera que contribuyan a eliminar o reducir las barreras para el acceso. **El modelo parte de una mirada a los distintos tipos de barrera que las mujeres podrían enfrentar para acceder a un servicio de ILE y termina con la formulación de las dimensiones y las recomendaciones propiamente dichas.**

Estas recomendaciones deben formar parte de políticas integrales de atención de la SSR y particularmente de la prevención y el manejo del embarazo no deseado.

En cuanto a la prevención, se enfatizan dos grandes niveles de acción: la educación sexual y la promoción y acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos (temporales y definitivos) incluida la doble protección.

En cuanto al manejo del embarazo no deseado o no planeado es imperativo tener en cuenta, en el continuo de cuidados reproductivos centrados en la mujer, las siguientes opciones: la interrupción de la gestación en los casos permitidos por la ley (ILE con medicamentos y/o quirúrgica), la promoción de estrategias de reducción del riesgo de abortos inseguros, la atención ambulatoria del aborto incompleto (usando tecnología apropiada y basada en evidencias), la asesoría para adopción y para aquellas mujeres que decidan continuar el embarazo, atención integral y calificada del embarazo (con modelos apropiados de control prenatal), el parto y el puerperio –incluida la promoción de la lactancia materna– con el debido apoyo/protección social de la maternidad.

En todos los casos es importante considerar que la elaboración de normas no puede generar nuevas barreras para las mujeres ni imponerles cargas desproporcionadas como se verá más adelante. **Las normas por el contrario se formulan para dar certeza a los prestadores y para crear condiciones para el ejercicio de los derechos por parte de las mujeres, en el caso particular de la ILE.**

i. Las barreras

Son numerosas las fuentes de barreras para el acceso que enfrentan las mujeres que deciden llevar a cabo la interrupción de un embarazo. Éstas van desde los problemas para realizar el pago del servicio hasta las dificultades geográficas para alcanzar oportunamente una institución de salud o encontrarse con la resistencia de su propio entorno o del personal de las instituciones para atenderlas y especialmente para respetar sus decisiones.

Por lo tanto, el acceso conlleva un proceso integral que abarca desde la eficaz captación de las mujeres por parte de los sistemas de salud (incluido como requisito básico el aseguramiento y la cobertura de los beneficios) hasta la atención adecuada de todas las mujeres independientemente de su capacidad de pago, raza/etnia, edad, nivel educativo, zona de procedencia, lengua, etcétera, con los mejores niveles de calidad y en las mejores condiciones técnicas y humanas por parte del personal de la salud. Supone también el empoderamiento de la demanda de tal manera que la propia ciudadanía sirva como lazo para favorecer el acceso, llevando a cabo por ejemplo, labores de veeduría. Esta atención debe hacerse en un marco de plena protección de los derechos sexuales y reproductivos y bajo la garantía de oportunidad y seguridad.

Siendo múltiples estas fuentes de barreras, es importante que la regulación atienda a todas las dimensiones que son necesarias para ayudar a eliminarlas. Para los fines analíticos las barreras se han agrupado en cinco tipos: organización de los servicios; calidad y derechos; sistemas de información, vigilancia y control; financiamiento y aspectos administrativos.

Barreras relacionadas con la organización de los servicios

Las barreras que se originan en este nivel son múltiples y en su análisis deben tenerse en cuenta aspectos como la ubicación geográfica de la población, su procedencia rural o urbana y su pertenencia a departamentos, estados o municipios fuera de las ciudades capitales. Todas estas condiciones pueden convertirse en una barrera para el acceso en la medida en que **los servicios de ILE pueden concentrarse en las áreas con mayor cantidad de profesionales y donde la práctica de la interrupción puede conllevar menos niveles de estigma**, es decir en las zonas urbanas de las ciudades capitales o de grandes ciudades.

Se relacionan también con este tipo de barreras la ausencia de redes de servicios en todos los niveles (local o municipal, departamental o estatal y nacional) y con todos los niveles de complejidad, así como la falta de una adecuada definición y funcionamiento de sistemas de referencia y contrarreferencia. Asimismo la inexistencia de modelos integrales de atención incluido un modelo de orientación¹⁰⁰ y acompañamiento a las usuarias, con el correspondiente énfasis en las necesidades específicas para la atención de la población adolescente.

100 Este Modelo opta por el uso del concepto de orientación, a pesar de que muchas normas hablan de «consejería». Desde la perspectiva de este trabajo, la consejería se refiere más a la información sobre los procedimientos, recursos, etcétera. En cambio la orientación va más allá y se plantea el acompañamiento emocional en la toma de decisiones como elemento esencial para la atención de las mujeres en situación de ILE. Esto sucede aunque entre los países se usen en forma indistinta ambos conceptos.

Otro de los aspectos que puede generar barreras a este nivel es la indefinición normativa de una serie de elementos que son inherentes a la organización de los servicios:

- el o los profesionales que están autorizados para la práctica de los procedimientos (incluyendo la definición de una atención especializada cuando no es necesaria);
- la inadecuada oferta de métodos quirúrgicos y con medicamentos;
- los horarios de atención;
- el manejo posterior al procedimiento;
- la falta de acciones en otras áreas directamente relacionadas con lo servicios de ILE, tales como la violencia basada en género y el VIH/SIDA.

Por último, hay una serie de elementos que pueden ser abordados cuando se emprenden medidas orientadas a reducir varias de las barreras antes mencionadas. Éstos pueden también constituirse en un obstáculo para las mujeres para su acceso a los servicios. La falta de redes sociales de apoyo que sirvan de soporte a las mujeres en cuanto a la información que pueden brindarle, por ejemplo, sobre las instituciones que prestan atención de ILE y la participación «informal» de otros actores, como las farmacias. Si éstas no se entrenan adecuadamente para que contribuyan a la entrega de información y sirvan para hacer referencia a las instituciones de salud, puede ponerse en riesgo la calidad en la información y el acompañamiento durante y después del procedimiento. Asimismo, **la ausencia de acciones sistemáticas de otros sectores diferentes al de la salud, para avanzar en la integralidad de la prevención de abortos inseguros y la reducción de embarazos no deseados. Fundamentalmente acciones de los sectores de educación, comunicaciones y justicia.**

Barreras relacionadas con la calidad de los servicios y el ejercicio de derechos

Si bien el concepto de calidad de los servicios es muy amplio y prácticamente todas las medidas regulatorias tienen un impacto sobre la misma, en este apartado se incluyen, además de los tradicionales estándares o parámetros, una serie de elementos que se relacionan con un aspecto más sustantivo de la calidad, que es el ejercicio de los derechos.

El consentimiento informado es el primero de ellos, incluida su resolución cuando se trata de menores de edad o mujeres que por distintas razones están en dificultad de otorgarlo por sí mismas. Esta barrera se configura cuando a una mujer se le realiza un procedimiento sin su pleno consentimiento, cuando se exige sin ser necesario el consentimiento de un tercero o cuando la decisión no está precedida de toda la información necesaria o la información es manipulada.

Otra fuente importante de barreras en relación con este tema es **la objeción de conciencia** que debe estar regulada para evitar que amparados en este recurso, a las mujeres se les

niegue un servicio o se demore su atención. En esta misma línea, **el secreto profesional** debe ser un elemento básico de la prestación. La violación de este secreto conduce a que –por temor– las mujeres no acudan en forma oportuna a los servicios y que en consecuencia se vean expuestas a las complicaciones de una ILE practicada en condiciones de riesgo. Asimismo, el respeto de este secreto es un deber superior del médico y hace parte de sus obligaciones éticas. Por último, la falta de **privacidad de los servicios** que se destinan a la ILE puede generar barreras para el acceso, toda vez que por tratarse de un tema con tanto estigma social, las mujeres requieren condiciones de absoluta privacidad¹⁰¹.

Por otro lado, la ausencia de acciones sistemáticas de difusión de los servicios de ILE a nivel colectivo (incluidas acciones de comunicación y de trabajo comunitario) es tal vez la primera barrera que puede derivarse de los asuntos relacionados con la información: con frecuencia las mujeres desconocen la existencia de servicios cuando están disponibles, pero además –muy a menudo– ni ellas ni los proveedores conocen las leyes. Ésta es una barrera crítica toda vez que es la base para aumentar la conciencia de los derechos entre las mujeres y lograr que, si así lo requieren, demanden servicios de interrupción del embarazo en el marco de las condiciones legales particulares de cada país. El otro nivel clave que puede generar barreras es el individual, cuando la información que se les brinda no es suficiente, no es confiable, no es clara o no se orienta al respeto de sus decisiones¹⁰².

En términos de información, la comprensión que deben tener las mujeres sobre todo lo que se les diga como parte del proceso de asesoramiento y atención es fundamental y amerita por ello que el idioma¹⁰³ no se convierta en una barrera adicional.

Aunque es muy difícil en términos de las medidas que pueden tomarse desde las instituciones de salud, **la información debe contribuir a desarticular las relaciones desiguales de poder que existen entre mujeres y hombres en la sociedad, abordando por ejemplo los asuntos relacionados con la violencia basada en género** o comprendiendo cómo una mujer que enfrenta un embarazo no deseado puede estar involucrada en una relación en la que no tiene posibilidad de negociar su sexualidad y su protección.

En relación con los estándares de calidad, la falta de procedimientos estandarizados de probada eficacia técnica y debidamente sostenidos en evidencia, lleva

¹⁰¹ En términos generales puede afirmarse que el bajo nivel de calidad se convierte en una barrera de acceso cuando las mujeres informan a otras mujeres de su comunidad sobre ello, lo que hace que cuando alguna requiera de un servicio, opte por opciones de proveedores no necesariamente calificados.

¹⁰² Por la experiencia en los EEUU, entre la de otros países, es importante tener en cuenta que algunas campañas que se han realizado con el objetivo de divulgar información han terminado por desinformar a la ciudadanía, pues basados en información «científica» han divulgado la idea de que entre los riesgos del aborto, están el cáncer de seno o una elevada mortalidad.

¹⁰³ La lengua.

a menudo a que las mujeres no sean atendidas en las condiciones óptimas para preservar su salud y su bienestar en el sentido más amplio, en tanto en algunos contextos son expuestas –en nombre de la ciencia– a un exceso de requisitos para la práctica de una ILE. Esto se debe frecuentemente a la ausencia de protocolos de atención que definan modelos integrales dentro de los menores niveles de complejidad que sean posibles en cada caso. A veces, por ejemplo, la exigencia de una prueba o de algún tipo de examen genera nuevas barreras –incluso económicas– para las mujeres. En algunos contextos se dilata la realización de exámenes para el diagnóstico de malformaciones fetales o aquéllos que sirven como apoyo diagnóstico a la definición de una situación que ponga en peligro la vida o la salud de las mujeres.

Pero la inexistencia de normas en este sentido también se relaciona, por ejemplo, con requisitos innecesarios en términos de la infraestructura que deben tener las instituciones para la atención de ILE cuando no existen complicaciones, es decir barreras derivadas de la habilitación y acreditación de las instituciones. Este vacío también puede generar riesgos si los procedimientos técnicos no se llevan a cabo cumpliendo una serie de medidas de bioseguridad que garanticen a las mujeres y a los profesionales de servicios de salud, las mejores condiciones en la atención.

Por último, **la atención con calidad y calidez por parte de los profesionales de la salud** (no sólo del personal médico) a las mujeres que solicitan servicios de ILE es tal vez uno de los aspectos más críticos de todo el proceso relacionado con el acceso. Su ausencia puede conducir fácilmente a que las mujeres no «escuchen» las recomendaciones que emanan del sector salud y puede –con consecuencias aun más graves– llevar a que éstas no acudan a los servicios de salud o a que no lo hagan en forma oportuna¹⁰⁴. Con frecuencia los estereotipos de los profesionales y sus propios prejuicios se convierten en prácticas consuetudinarias en las instituciones socavando los derechos de las mujeres.

Estos problemas en la calidad de la atención se relacionan frecuentemente con la ausencia de un tratamiento adecuado de estas materias como parte de la formación universitaria, por la falta de un papel más sistemático de las facultades de ciencias de la salud que no abordan, o lo hacen de manera muy incipiente, la salud sexual y reproductiva de las mujeres desde un enfoque de derechos, incluida la atención integral de la ILE. En este sentido, el papel de las asociaciones médicas –particularmente de gineco–obstetras– y de otros profesionales de la salud, cuando no favorece el ejercicio de estos derechos, puede también llevar a mayores obstáculos en la prestación de los servicios.

¹⁰⁴ Algunas autoras como Deborah Maine (Universidad de Columbia) han desarrollado análisis sobre las demoras que conducen a la mujer a la muerte materna. [Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context. Sreen Thaddeus and Deborah Maine. Soc. Sci. Med. Vol. 38, No. 8, pp. 1091–110, 1994. Great Britain.](#)

Se vinculan también con **la falta o inadecuada capacitación –periódica– a todos los profesionales de la salud**, en todos los aspectos médicos y psicosociales relacionados con la ILE, incluida por ejemplo la formación desde las perspectivas de género, derechos, empoderamiento y clarificación de valores. Capacitación no sólo de médicos/as sino también de parteras, enfermeras, trabajadoras sociales y orientadoras¹⁰⁵, así como de todos los profesionales involucrados en el proceso de atención. Actividades que deben ser garantizadas por los responsables de los servicios de salud.

Los vacíos de esta formación/capacitación se relacionan también con otros aspectos del proceso de atención (y no sólo con su enfoque) como lo son el manejo de las técnicas de dolor y de la interrupción del embarazo y especialmente el apoyo emocional a la usuaria con el pleno respeto de sus decisiones. Con frecuencia, la ausencia de equipos interdisciplinarios para la atención limita la integralidad.

Otra de las barreras que pueden derivarse de la ausencia de medidas de formación es la falta de una adecuada orientación posterior al procedimiento de interrupción, la cual se dirija a reducir o evitar futuros embarazos no deseados/planeados y en general conductas sexuales de riesgo como el no uso de métodos anticonceptivos o la ACE.

*Barreras relacionadas con los sistemas de información, la vigilancia y el control*¹⁰⁶

La información es un elemento fundamental para la toma de decisiones en el sector salud y por lo tanto la falta de sistemas que permitan disponer de ella en forma oportuna y veraz genera muchas dificultades. Impide que se conozca

¹⁰⁵ Consejeras o asesoras en otros contextos.

¹⁰⁶ La función del control puede tener distintos nombres de acuerdo al país, pero en términos generales se refiere a la atribución de las autoridades de salud (que también varían en distintos contextos) para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal, bien sea por acción o por omisión. Esta función está estrechamente relacionada con la inspección (conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación de las instituciones de salud) y con la vigilancia (función que consiste en advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia, cumplan con las normas que regulan los sistemas de salud en cada contexto). Todas estas definiciones son adaptadas de la Ley 1122 de 2007 de Colombia «por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones». Por último, la vigilancia también se refiere a los asuntos epidemiológicos, en cuyo caso es la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. El análisis e interpretación de los datos debe proporcionar bases para la toma de decisiones, y al mismo tiempo ser utilizada para su difusión (OPS). Para el adecuado funcionamiento de todos estos componentes es necesario que existan sistemas de información sólidos y oportunos.

la magnitud de los problemas, genera el incumplimiento de las normas por parte de las instituciones de salud, la calidad de la atención (en virtud por ejemplo de la detección de las complicaciones) y sobretodo la oportunidad en la prestación de los servicios de ILE.

De la misma manera se generan problemas por la ausencia de evaluaciones de la calidad de la atención que incluyan los puntos de vista de las mujeres usuarias –y la propia evaluación de los prestadores–, incluidas las fallas cuando se registra información en las historias clínicas¹⁰⁷. Igualmente genera problemas el escaso desarrollo de investigaciones que permitan conocer la situación de las mujeres que solicitan una ILE (sus obstáculos para el acceso, las condiciones que determinan un embarazo no deseado, etcétera) o la complejidad de la ILE y sobretodo de las interrupciones que siguen ocurriendo en condiciones de riesgo, así como otros aspectos que son clave a la hora de tomar decisiones. Es el caso de la información sobre costo/beneficio de los servicios o la práctica de la objeción de conciencia, entre otras.

Pero además de la información, la falta de control es un cuello de botella enorme porque con frecuencia hay normas que no se cumplen, sin que esto genere ningún tipo de sanción para las instituciones y los responsables de la prestación. Parte de la falta de control lo constituyen por ejemplo la frecuente ausencia de sistemas que establezcan plazos o tiempos límite para la prestación de los servicios, cuyo incumplimiento, una vez se haya solicitado la ILE, genere sanciones en las instituciones. Es igualmente una barrera a este nivel la ausencia de mecanismos de apelación cuando hay negación de los servicios.

Barreras financieras

El pago por los servicios suele ser, con frecuencia, una de las primeras barreras mencionadas por las mujeres que desean interrumpir un embarazo, entre otras razones, porque ante la falta de una clara regulación en esta materia, que cree obligaciones a las entidades responsables por la salud de la población, se ven obligadas a buscar servicios privados que frecuentemente exceden su capacidad de pago. Esta situación es particularmente crítica para las adolescentes que además muy comúnmente son beneficiarias de los planes de salud o seguros de sus padres, debiendo «pasar» por su aprobación para la búsqueda de un servicio, con las dificultades que implica para ellas, sobretodo cuando no cuentan con su apoyo. A esto se suma la falta de herramientas por parte de los estados para identificar a la población que debería ser objeto inexcusable de servicios gratuitos a cargo del estado.

¹⁰⁷ Si bien la información de las historias clínicas debe manejarse con confidencialidad, deben existir mecanismos que permitan un análisis de la calidad de la información allí consignada y de la atención.

En otros contextos, las medidas relacionadas con los costos suelen aplicarse sólo a las instituciones públicas mientras que las privadas no tienen ningún control por parte del estado, generando segmentación.

La creación de garantías para acceder a los servicios es una manera de generar conciencia de derechos y de aproximar a los tomadores de decisión y a los prestadores a la realidad de las mujeres que solicitan una ILE y por lo tanto es un camino recorrido en la búsqueda de la legalización.

Barreras relacionadas con aspectos administrativos

Con frecuencia las mujeres que solicitan servicios de ILE se ven sometidas a un conjunto desproporcionado de medidas administrativas que generan barreras enormes para su acceso a los mismos . Medidas que van desde la participación del sistema judicial (legal) como parte de los requisitos para acceder a una ILE en determinadas circunstancias, hasta la participación de más de un profesional o de un profesional altamente especializado –o con cargo directivo en la institución– para lograr la autorización de un procedimiento. Aunque muchas de estas barreras pueden formar parte de la organización o calidad de los servicios, se han identificado como un conjunto separado porque a menudo aparecen como parte de las prácticas de las propias instituciones de salud (como iniciativas administrativas) o de instituciones por fuera del sector salud.

Dentro de estas barreras están las definiciones –con frecuencia restringidas– que se hacen de una determinada causal bajo la cual se permite la interrupción, como ocurre cuando se trata de interpretar el alcance del concepto de salud o la situación de penuria económica. Son también fuente de barreras los límites que se imponen como parte de medidas (muchas veces administrativas) a la edad gestacional en la que una mujer puede solicitar un servicio, a menudo más allá de la consideración de la causa que genera la búsqueda del mismo, o la no disponibilidad de medicamentos (tales como el Misoprostol) que como bien se sabe, son de una alta efectividad para realizar la ILE en determinados momentos de la gestación. En cuanto a la participación del sector judicial, es común que desde allí se impongan requisitos adicionales a las mujeres o incluso que no se reciban sus denuncias, que son necesarias en algunos contextos para acceder al servicio de ILE.

Son parte de este tipo de barreras la falta de una definición apropiada de los tiempos máximos que pueden tener las instituciones para resolver la prestación de un servicio y la ausencia de mecanismos de apelación para aquellos casos en que exista negación de los servicios o exceso de requisitos para los profesionales que puedan realizar ILE.

Pero las barreras también provienen de la incertidumbre normativa o de la desprotección de los/as profesionales de la salud frente a ocasionales discriminaciones laborales o sociales, constituyendo una fuerte razón de negación para la prestación de los servicios.

ii. Las recomendaciones para la regulación

De acuerdo con los análisis realizados en los capítulos anteriores de este documento –particularmente el análisis comparado– queda claro que la elaboración de regulaciones orientadas a proteger el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y garantizar el acceso oportuno a servicios de ILE que sean seguros, implica la definición y adopción de medidas relacionadas con una serie de dimensiones que son críticas para reducir y eliminar las barreras de acceso con las que pueden encontrarse las mujeres.

Las dimensiones contempladas en el modelo se han agrupado alrededor de seis tipos de medidas: organización de los servicios; calidad y derechos; formación y capacitación de los profesionales de la salud; sistemas de información, vigilancia y control; financiamiento y aspectos administrativos.

Las recomendaciones elaboradas en cada una de las dimensiones del modelo deberían estar contenidas en un acto administrativo de la mayor jerarquía posible dentro de la estructura administrativa de las autoridades competentes en salud de cada país¹⁰⁸ para evitar proliferación de directrices de distintas instituciones que pueden generar una enorme confusión a las mujeres cuando de ejercer sus derechos se trata o incluso pueden ser contradictorias entre sí. Sin embargo, es importante resaltar que ante la ausencia de normas nacionales de orden estatal, la elaboración de directrices como una iniciativa de las propias instituciones de salud puede constituirse en una salida provisional.

Es importante aclarar que esta propuesta contiene una serie de dimensiones muy exhaustiva con recomendaciones «ideales», pues su pretensión es servir justamente como un modelo de referencia en los procesos de formulación de normas de acuerdo con las posibilidades de cada país. En este sentido, la incorporación de medidas puede ser un proceso gradual que termine finalmente con la expedición de un marco normativo comprensivo que sirva para generar certidumbre entre los profesionales y contribuya efectivamente a eliminar las barreras de acceso sin generar cargas desproporcionadas sobre las mujeres. Durante este proceso, la formulación de medidas podría enriquecerse

¹⁰⁸ En lo posible debe evitarse que estas disposiciones formen parte de instrumentos penales. Por el contrario deben ser desarrollos de normas sanitarias.

utilizando el test de proporcionalidad¹⁰⁹, que es una herramienta de argumentación para determinar si una medida afecta el derecho de igualdad o no, aunque actualmente tiene una aplicación bastante más amplia para resolver colisiones entre derechos o principios y busca determinar si una medida es proporcionada en relación con la afectación de cualquier derecho fundamental o principio. Los pasos básicos de este test son:

1. Determinar la finalidad de la medida (derecho que busca garantizar).
2. Determinar los derechos afectados negativamente con dicha medida.
3. Establecer un juicio acerca de si la afectación de los derechos en conflicto se encuentra justificada por la protección de los derechos que se materializan en las medidas.

La presente propuesta ha sido elaborada a partir del supuesto de que las regulaciones deben apuntar a la reducción de las barreras de acceso en lugar de convertirse ellas mismas en nuevas barreras.

I. Medidas para reducir las barreras provenientes de la organización de los servicios

1. Principios

La prestación de los servicios está determinada no sólo por las disposiciones legales que fijan las condiciones en las cuales las mujeres pueden acceder a una ILE sino también por un conjunto de principios¹¹⁰ que deberían estar claramente expresados en las regulaciones y que son el norte para la prestación de los mismos. Los principios establecen las directrices en las que deben basarse las decisiones de las instituciones y de los profesionales siempre que se plantee una situación de conflicto. Actualmente existe una tendencia a incluir en las normas que desarrollan derechos una cláusula explícita de favorabilidad. Como consecuencia del respeto de los derechos se desprende la obligación de que –en caso de dudas acerca del sentido de una norma o de su aplicación– debe adoptarse la interpretación o la aplicación que mejor se compadezca con los derechos protegidos. Éste es el llamado *principio pro homine*. Este mismo principio que se supone no requiere consagración explícita viene siendo incluido en las normas que desarrollan derechos, con aplicaciones particulares para asegurar su cumplimiento y para ofrecer a los operadores de las mismas, elementos que les permitan actuar como garantes. Por estas razones, se

¹⁰⁹ El test de proporcionalidad tiene diversos grados en relación con el rigor del juicio. Por ejemplo, si se trata de una medida que impone limitaciones relacionadas con una característica superable (como la edad) el juicio suele ser leve, en cambio si es una restricción relacionada con características no superables (como la raza o el género) el test debe ser estricto.

¹¹⁰ [En el análisis comparado este tema se aborda en la página 37.](#)

recomienda incluir en las normas sobre ILE un principio, dirigido a los operadores administrativos, judiciales y médicos, que ordene que, en caso de duda acerca del sentido de una norma o de su aplicación, se debe adoptar siempre aquella que mejor se compadezca con los derechos de las mujeres.

Los principios¹¹¹ más importantes que deberían reflejarse en las regulaciones son:

- Favorabilidad
- Justicia¹¹²
- Autonomía
- Beneficencia
- No maleficencia
- Respeto¹¹³
- Confidencialidad
- Privacidad
- Integralidad
- Oportunidad
- Celeridad
- Continuidad
- Seguridad
- Concurrencia¹¹⁴
- Solidaridad

Favorabilidad: En caso de dudas acerca del sentido de una norma o de su aplicación, debe adoptarse la interpretación o la aplicación que mejor se compadezca con los derechos de las mujeres¹¹⁵.

Confidencialidad: El principio de confidencialidad encuentra su fundamento en el deber de guardar el secreto profesional. Implica que todas las personas que obtengan información acerca de la terminación de un embarazo o sobre la vida privada o intimidad

¹¹¹ Ver **Colombia** y **Brasil** que definen principios para la prestación de los servicios.

¹¹² Los principios de justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia están definidos en la página 37. Brasil.

¹¹³ Tanto por las decisiones de la usuaria como por el secreto profesional.

¹¹⁴ Si bien la responsabilidad sobre la salud pública de la población es del estado, en los países en que hay participación de otros sectores en la prestación de los servicios, los recursos para la provisión de ILE deben provenir de cuantos hagan parte de los sistemas de salud, incluido el sector privado.

¹¹⁵ Una formulación de este principio para el caso de los niños y las niñas se encuentra en el Código de Infancia y Adolescencia de Colombia, Ley 1098 de 2006.

de una mujer que haya terminado su embarazo, en razón de su profesión o su empleo, de manera directa o indirecta, explícita o implícita, tienen el deber de disponer de todos los medios para que dicha información no sea divulgada y la prohibición de usarla en provecho propio o divulgarla.¹¹⁶

Privacidad: Los servicios de interrupción del embarazo deben respetar la privacidad de las mujeres. Lo anterior incluye por lo menos: (i) la adecuación de espacios en las instituciones que presten servicios de ILE para que éstos, incluida la atención previa y posterior al procedimiento, ofrezcan privacidad a las mujeres; (ii) la creación de condiciones para garantizar la privacidad de la información solicitada a la mujer y aquella que se consigne en la historia clínica; (iii) la capacitación e información a todos los empleados de las instituciones para que conozcan sus obligaciones de respeto de la privacidad de la información y las mujeres en relación con la ILE.

Integralidad: Los servicios de ILE deberán prestarse de manera integral, incluyendo educación, información, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y todos los demás servicios y actividades que demande la conservación de la vida y el nivel más alto de salud posible de las mujeres.¹¹⁷

Oportunidad: Los servicios de ILE deben prestarse en el momento en que las mujeres o quien en cada caso se encuentre autorizado para hacerlo, solicite la interrupción del embarazo o cuando la mujer lo necesite para preservar su vida, mantener su salud o prevenir complicaciones. Se prohíbe a todas las personas que participan en una ILE, incluida la atención que debe brindarse antes y después del procedimiento, evadir y mantener en suspenso e incertidumbre a la paciente que solicita o requiere una ILE.¹¹⁸

Celeridad: A las mujeres que soliciten o requieran ILE se les garantiza una atención ágil e inmediata. Las instituciones en las cuales se practiquen deberán prestar a las mujeres toda la colaboración necesaria para que la ILE pueda ser brindada lo más pronto posible y se prohíbe en todo caso la imposición por parte de las instituciones o sus empleados de requisitos adicionales o innecesarios. Cuando agotar de manera completa un procedimiento administrativo, legal, judicial o de cualquier índole, ponga en riesgo la vida o la

¹¹⁶ Para la definición de este principio fueron revisados: Rodríguez Almada, Hugo. Iniciativas médicas contra el aborto provocado en condiciones de riesgo: fundamentos médico legales. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay. (<http://www.mednet.org.uy/dml/actividades/archivos/inmed-pay030614.ppt#256,1>). La práctica pericial psiquiátrica y su contexto ético. Bruno, Antonio y Bosco, Mario. (<http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/forense-10/tema-1.htm>).

¹¹⁷ Para la definición de este principio fue revisada la Ley 100 de 1993 de la República de Colombia.

¹¹⁸ Para la definición de este principio fueron revisados: Ley 266 de 1996 de Colombia, «Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.»; además, la sentencia T-881 de 2003 (MP Rodrigo Escobar Gil).

salud de una mujer, o implique que –agotado el mismo– la terminación del embarazo ya no podrá ser practicada, el procedimiento deberá ser omitido. En ningún caso se podrá alegar que un procedimiento no se ha cumplido como excusa para no practicar la ILE, si el plazo perentorio fijado en las normas para resolverlo ya ha sido agotado.¹¹⁹

Continuidad: El servicio de salud debe prestarse de manera ininterrumpida, constante y permanente. En aplicación de este principio: (i) la prestación de los servicios de ILE debe ofrecerse de manera regular y continua y su garantía debe ser responsabilidad del Estado; (ii) las instituciones en las cuales se ofrezcan servicios de ILE deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir obligaciones que supongan la interrupción injustificada del tratamiento; (iii) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la institución no pueden impedir el acceso a la ILE o a la finalización del mismo si ya ha sido iniciado; (iv) en caso de que existan dudas acerca de si debe prestarse el servicio o no, o si debe continuarse, por no existir certeza acerca del cumplimiento de los requisitos, siempre debe continuarse¹²⁰.

Seguridad: Los servicios de ILE deberán prestarse en condiciones óptimas de seguridad para las mujeres. Para cumplir este deber los servicios de ILE deberán al menos: (i) ser prestados por profesionales de la salud capacitados y con equipo apropiado; (ii) ser practicados mediante técnicas seguras e indicadas para cada caso; (iii) atendiendo los estándares sanitarios y (iv) propendiendo porque la terminación se lleve a cabo en la etapa más temprana posible del embarazo¹²¹.

Concurrencia: En la financiación y la garantía de la prestación de los servicios de ILE deberá participar en concurrencia la Nación y todos los respectivos niveles de la organización administrativa^{122, 123}.

¹¹⁹ Resolución Ministerial 1216 de 2003. (<http://www.minsa.gob.pe/portal/06Transp-AccesoInf/01InformacionInst/archivolegaldigital/directiva2003/RM-N1216-2003-SADM.pdf>)

¹²⁰ Para la definición de este principio fueron revisadas las siguientes decisiones de la Corte Constitucional Colombiana: Sentencia T-1198 de 2003; T-170 de 2002 y T-837 de 2006.

¹²¹ Para la definición de este principio fueron revisados: ¿Cómo se hace un aborto médicamente seguro? Comisión Nacional de Seguimiento De Beijing. Uruguay. (http://www.chasque.net/frontpage/comision/dossieraborto/cap2_2.htm): Aborto Seguro: un asunto de salud pública. Hoja informativa. Center of reproductive rights (http://www.reproductiverights.org/pdf/esp_pub_Aborto_seguro.pdf): [Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra. OMS. 2003.](#)

¹²² Para la definición de este principio fueron revisados: Propuesta de texto constitucional para Bolivia (<http://constituyenteyautonomias.enlared.org.bo/Archivo/Docs/TEXTO%20CONSTITUCIONAL%20ultimo%20del%20MAS.doc> <http://canciller.blogia.com/2007/050601-principios-de-coordinacion-concurrencia-y-subsidiaridad.php>).

¹²³ La utilidad de este principio depende de la organización territorial de cada país, el nivel de autonomía de los actores y el sistema de aseguramiento de la salud.

Solidaridad: Las políticas de costos de los servicios de ILE propenderán por la creación de sistemas que permitan que quienes poseen mayores recursos financien a quienes carecen de los mismos, con la finalidad de que el acceso a ILE sea universal¹²⁴. En ningún caso, la incapacidad económica de una mujer podrá impedir su acceso a los servicios de ILE y la provisión de los servicios debe hacerse de acuerdo a sus necesidades y no a su capacidad de pago.

2. **Crear y/o consolidar redes de servicios en todo el territorio nacional, en los distintos niveles de complejidad y con adecuados sistemas de referencia y contrarreferencia¹²⁵**

Esto incluye la disponibilidad de los servicios en todo el territorio nacional ¹²⁶ y en las áreas tanto urbanas como rurales, lo que supone, entre otras, la realización de acciones para favorecer el acceso de la población más aislada, como por ejemplo brigadas educativas¹²⁷ y apoyo en líderes comunitarias para mejorar la captación de los casos de mujeres que requieren la prestación de un servicio. La participación de estas líderes es fundamental también cuando se trata de poblaciones que tienen dificultades para acceder a los servicios por otras razones coyunturales: poblaciones desplazadas, migrantes y/o en situación de crisis, como las que se presentan por ejemplo como consecuencia de los desastres naturales. Por otro lado, la consolidación de los servicios puede basarse también en el estímulo de las redes sociales de apoyo, actividad que involucra a la vez acciones de cambio cultural.

Esta regulación debe incluir la obligación de establecer claramente los responsables por la prestación de los servicios tanto en la red pública como privada y las instituciones que prestan estos servicios en las distintas zonas del territorio nacional¹²⁸.

¹²⁴ Para la definición de este principio fueron revisados: Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. *CEPAL – Documentos de proyectos* (http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/24058/LCW63_ReformasSalud_ALC_Cap2.pdf). Palabras del Sr. José Luis Machinea, secretario ejecutivo de la Comisión Económica para América latina y el Caribe (CEPAL), en la ceremonia del lanzamiento oficial de la comisión sobre determinantes sociales de la salud (CEPAL, Santiago de Chile, 18 de marzo de 2005), (<http://www.eclac.cl/prensa/noticias/discursossecretaria/3/20963/DeterminantesSalud18MarzoFinal.pdf>)

¹²⁵ [En el análisis comparado, este tema se aborda en las páginas 38–42.](#)

¹²⁶ La disponibilidad de los servicios de salud debe ser coherente con la división político administrativa (generalmente correspondiente con la división geográfica) de cada país. Estas divisiones reciben distintos nombres de acuerdo con el país: municipios, localidades, departamentos, estados, etcétera.

¹²⁷ El concepto de brigadas se refiere a la prestación de servicios de salud en forma extra mural. Es decir el desplazamiento del equipo de salud hacia aquellas zonas en que la población tiene serias dificultades de movilidad, que están muy alejadas o que concentran comunidades con escaso acceso a los servicios de salud.

¹²⁸ Ver **Colombia** y **Noruega**, Redes de servicios en todos los niveles. Organización de los servicios.

En relación con los niveles de complejidad que se requieran, es importante considerar que por tratarse de procedimientos en su mayoría sencillos, la atención de la ILE debe realizarse en instituciones de baja complejidad¹²⁹ y preferiblemente de tipo ambulatorio, procurando que la interrupción ocurra durante el primer trimestre. No obstante, es importante que se cuente con el desarrollo de capacidades en todos los niveles y disponer de la adecuada referencia entre niveles de complejidad cuando sea necesario para atender complicaciones o ILE en estadios más avanzados de la gestación.

Parte de estas medidas son también la adecuada oferta de horarios de atención, considerando a las mujeres que tienen a su cargo la responsabilidad de las tareas del hogar y/o responsabilidades por fuera del mismo, así como servicios que estén disponibles para las poblaciones que viven más alejadas.

Finalmente en este aspecto es fundamental el desarrollo de sistemas de referencia y contrarreferencia. Estos sistemas deben considerar tanto al propio sistema de salud como la participación de otros sectores¹³⁰. En cuanto al sector salud, la referencia tiene por objetivo garantizar la remisión oportuna de las mujeres a instituciones de mayor complejidad cuando las condiciones supongan un riesgo adicional para su salud o cuando no exista la capacidad resolutoria necesaria en el lugar al que ésta se aproxima por primera vez. Además de esta concepción clásica es importante generar mecanismos que permitan a las farmacias jugar un papel en la atención de ILE para hacer referencia oportuna a las instituciones adecuadas.

La contrarreferencia por su parte, es un componente fundamental de la atención integral, en tanto busca que la ILE no culmine con el procedimiento, cuando éste se haya realizado en una institución de alta complejidad, sino que las mujeres puedan recibir la orientación y los servicios necesarios para prevenir embarazos no deseados en el futuro, actividad que usualmente ocurre en niveles de menor complejidad. Este sistema debe operar también siempre que una mujer decida continuar el embarazo con el fin de garantizarle una atención integral.

Con respecto a la participación de otros sectores, éstos pueden centrarse en: instituciones de carácter social (cuando por ejemplo, la decisión de una mujer frente a un embarazo no deseado sea la continuación del mismo para una adopción); entidades relacionadas con el aparato judicial (cuando se trate de sistemas que involucran su participación, por

¹²⁹ «La prioridad inicial podría ser entrenar y equipar al personal de instituciones de menor nivel, incluyendo aquellas en áreas rurales, al menos para proveer procedimientos para el primer trimestre y una derivación efectiva en casos más complicados.» OMS. Aborto sin riesgo. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2003.

¹³⁰ Ver caso de **Noruega**.

ejemplo para la remisión de denuncias o para la toma de muestras de carácter médico legal).

- ❑ Disponer de servicios e instituciones habilitadas en todo el territorio nacional, debidamente reportadas al sector salud¹³¹.
 - ❑ Generar mecanismos que permitan la disponibilidad de las listas de las instituciones prestadoras de servicios en las entidades territoriales¹³².
 - ❑ Fortalecimiento de las redes sociales de apoyo.
 - ❑ Participación de líderes comunitarias en el desarrollo de modelos de atención en salud.
 - ❑ Contar con unidades móviles de salud.
 - ❑ Servicios ambulatorios¹³³.
 - ❑ Disponibilidad de instituciones de complejidad media y alta cuando sean necesarias para el manejo de complicaciones o para los casos que ameriten una atención especializada.
 - ❑ Horarios adecuados de atención a la población.
 - ❑ Sistemas de referencia y contrarreferencia¹³⁴.
 - ❑ Alianzas con las farmacias para una referencia oportuna de usuarias.
 - ❑ Mecanismos de coordinación entre el sector público y el privado.
 - ❑ Participación del poder judicial¹³⁵.
 - ❑ Participación de sectores sociales¹³⁶.
3. Adoptar modelos de atención integral para la ILE en el marco de políticas de SSR, enfatizando las situaciones (violencia, VIH) y grupos especiales (adolescentes) y el manejo posterior al procedimiento¹³⁷

La atención integral tiene dos elementos fundamentales: el cuidado de otros aspectos relacionados con la SSR (favoreciendo la adopción de medidas de pro-

131 Las viñetas contienen en general una síntesis de las principales medidas o criterios que deberían ser tenidos en cuenta para la formulación de una norma en cada una de las dimensiones propuestas por este modelo.

132 El término entidad territorial se refiere a la división político administrativa y geográfica por la cual se organizan los países en territorios que reciben distintos nombres de acuerdo al contexto: municipios, localidades, regiones, estados, departamentos.

133 Ver **Colombia**.

134 En **México, España, Puerto Rico, Brasil** y **Colombia** se definen sistemas de referencia. En **Colombia** y **Guyana** se definen además sistemas de contrarreferencia para consejería sobre métodos anticonceptivos y prevención de embarazos no deseados.

135 Ver **Italia**.

136 **Brasil**, por ejemplo, contempla la remisión a ONG feministas y grupos de mujeres cuando el equipo no pueda satisfacer las necesidades de la usuaria.

137 [En el análisis comparado este tema se aborda en las páginas 43–49.](#)

moción), y la inclusión de la orientación y acompañamiento como parte central del modelo¹³⁸. Dentro de los aspectos relacionados con la SSR que pueden constituirse en una oportunidad de prevención como parte de la atención de ILE están el cáncer de cuello uterino (mediante la realización de citología vaginal¹³⁹), el cáncer de mama, la detección del VIH y otras ITS y la prevención de la violencia basada en género. Con respecto al modelo de orientación y acompañamiento, éste debe favorecer las decisiones autónomas y voluntarias de las mujeres y no buscar disuadirlas.

En ningún caso, la atención de estas áreas puede constituirse en una barrera adicional para el acceso ni en un prerrequisito para la ILE.

La provisión de servicios de ILE debe realizarse en el marco de políticas integrales de SSR que favorezcan la prevención de embarazos no deseados/planeados, así como la atención especial de otras situaciones que por su particularidad en relación con la ILE, requieren una mirada especial en la atención e idealmente modelos de atención especializados. Tal es el caso de la violencia basada en género y el VIH¹⁴⁰. Estos modelos deben dirigirse a la promoción de la salud e incluir orientación y acompañamiento dirigidos a favorecer las decisiones autónomas de las mujeres y no a su disuasión y ofrecer opciones que abarquen desde la interrupción del embarazo en condiciones de seguridad para los casos de ILE, hasta la reducción de los riesgos de un aborto inseguro¹⁴¹, la atención del embarazo y el parto cuando se decida

138 El modelo de acogida del **Brasil** contiene elementos muy importantes donde la orientación presupone el repaso de la información necesaria para conducir a la mujer como sujeto de una acción de salud en la toma de decisiones y autocuidado.

139 Por ejemplo, el *Protocolo del Hospital Belén de Trujillo* considera que el examen clínico previo a la ILE es una oportunidad para hacer un Papanicolau y aquellos exámenes que contribuyan al diagnóstico de problemas concomitantes en SSR.

140 Países con modelo de atención para los casos de ILE en situaciones de violencia: **Brasil, México y Colombia**. El modelo de **Brasil** está especialmente detallado.

141 En algunos países se han venido poniendo en práctica iniciativas orientadas a la reducción de riesgos con el objetivo de disminuir la mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo. El proyecto de Iniciativas Sanitarias, iniciado en **Uruguay**, es una de estas propuestas y busca empoderar a las mujeres y a la comunidad a través de un compromiso de los/as profesionales y los equipos de la salud con las mujeres que cursan embarazos no deseados y/o no planeados. En el caso del Uruguay han sido adoptadas como normas del Ministerio de Salud. Esta entidad dictó una resolución que obliga a los médicos del sector público y privado a brindar asesoramiento a las mujeres que decidan interrumpir su embarazo. La decisión apunta a disminuir el número de muertes por abortos clandestinos, principal causa de mortalidad materna en Uruguay, así como en Argentina. La normativa incluye asesoramiento con el fin de que la mujer pueda explorar diferentes posibilidades. Si finalmente resuelve interrumpir en forma voluntaria su embarazo tendrá una consulta con el equipo de salud, donde será atendida en forma integral sobre métodos seguros y no seguros de inducción de aborto y otros componentes como la administración preventiva de antibióticos desde las 24 horas antes del supuesto momento en el cual la paciente podría decidir realizarse la intervención. La idea se basa en la inclusión dentro del sistema sanitario de la mujer con un embarazo no deseado o no planeado. Lo novedoso de este abordaje es que actúa en el antes y el después. Mediante estas medidas se disminuye la incidencia de embarazos no deseados en el futuro y con ello la necesidad de nuevos

la continuación del embarazo, y la adopción. Aunque se recomienda que se discutan contenidos sobre la orientación, en ningún momento éstos deben ser asumidos como un formato único y rígido, pues el encuentro del profesional con la mujer debe privilegiar, desde una mirada integral, las necesidades de cada mujer¹⁴². Por último es pertinente aclarar la importancia de diferenciar entre la necesidad de ofrecer orientación (para el acompañamiento emocional en la toma de decisiones) e información, esta última más en relación con los procedimientos, recursos, etcétera, como se verá más adelante.

En cuanto a la atención de la población adolescente y joven, por sus particularidades no sólo en cuanto a su titularidad como sujetos autónomos de derechos (muy limitada en los sistemas de salud), sino especialmente por sus necesidades en términos de una atención sensible a las particularidades de su ciclo de vida, los servicios de ILE deberían incorporar su atención en el marco de modelos especialmente dirigidos a esta población.

Esto implica una capacitación especial de los profesionales y la consideración de un conjunto de características que marcan este momento vital: las dificultades para la prevención de embarazos no deseados o no planeados (comúnmente asociadas a la asunción de otros riesgos comunes durante esta etapa del ciclo vital), las dificultades para negociar el uso de los métodos preventivos, para hablar abiertamente con los padres, para hablar en los servicios, etcétera.

Las consideraciones en la atención a esta población deben tener en cuenta no sólo el modelo de atención sino también asuntos relacionados con los costos y otras barreras de acceso que tienen en función de su estatus en los sistemas de salud, en los cuales son usualmente beneficiarios de adultos que pueden interferir en sus decisiones –no siempre en forma positiva– al momento de buscar orientación y atención.

Finalmente, la atención integral implica que una vez realizada una ILE, las mujeres puedan recibir orientación posterior al aborto para la prevención de nuevos embarazos no deseados/planeados¹⁴³ y también servicios relacionados con la provisión de métodos anticonceptivos, así como remisión a consulta y tratamiento cuando se trate de la presencia de alguna situación asociada a la ILE. Por ejemplo, manejo de la violencia basada en género, manejo del VIH, etcétera.

abortos. Ministerio de Salud Pública. Normativa de Atención Sanitaria y Guías de Práctica Clínica. Ordenanza 369 de 2004.

¹⁴² Ver modelos de **Brasil** y **Perú**.

¹⁴³ Ver *Norma del Instituto Materno Perinatal* del **Perú**.

Esta asesoría supone también la existencia de un espacio donde la mujer pueda culminar su proceso de orientación con el fin de recibir apoyo psicológico y emocional en los casos en que fuera necesario.

- Políticas integrales de SSR que incluyan la atención de ILE y la prevención de abortos inseguros.
- Modelo de atención integral en ILE que ofrezca una amplia gama de opciones frente al embarazo no deseado y promueva acciones de prevención y atención en temas de SSR.
- Incluir la atención de ILE en casos especiales como parte de modelos de atención integral:
 - i. Incorporar la ILE en los modelos de atención integral sobre violencia sexual¹⁴⁴.
 - ii. Incorporar la ILE en la atención integral del VIH.
- Modelo de orientación¹⁴⁵ y acompañamiento¹⁴⁶.
- Orientación para la toma de decisión como parte de la atención integral¹⁴⁷.
- Modelo de atención para adolescentes: horarios y lugares accesibles¹⁴⁸.
- Adolescentes como titulares en los sistemas de salud¹⁴⁹.
- Como parte de la orientación se debe incluir la indicación explícita a la adolescente acerca de la confidencialidad de la información y la consulta como un elemento de confianza.
- Atención y tratamiento de otros problemas relacionados con SSR¹⁵⁰ para adolescentes.
- Disponibilidad de una amplia gama de MAC (temporales y definitivos) posteriores al aborto, incluida la información sobre ACE¹⁵¹ evitando en lo posible que la decisión sobre el método sea postergada para una consulta posterior.
- Apoyo psicosocial¹⁵².

¹⁴⁴ Ver **Brasil**.

¹⁴⁵ De acuerdo con el contexto propio de cada país se habla de orientación, consejería o asesoramiento. En todos los casos se trata de un proceso dirigido a brindar acompañamiento con información a la mujer para la toma de la decisión que le sea más apropiada. En las recomendaciones se sugiere orientación.

¹⁴⁶ El *Manual de Orientación y Consejería en SSR* del **Perú** (2006) contiene una de las más detalladas propuestas de abordaje de las mujeres.

¹⁴⁷ Ver **Perú, Colombia, Noruega, Sudáfrica y Brasil**.

¹⁴⁸ Ver por ejemplo **Colombia**, que plantea la posibilidad de desarrollar «servicios amigables para adolescentes».

¹⁴⁹ Ver por ejemplo, el modelo de atención integral para derechos sexuales y reproductivos del **Perú**.

¹⁵⁰ **Colombia** por ejemplo, incluye, entre otros, prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA.

¹⁵¹ En este punto ver: **Brasil, Colombia, Perú, Italia, Guyana, Noruega y Panamá**.

¹⁵² Ver, entre otros, el apoyo psicosocial que se brinda a la mujer en **Guyana**, y cuando la mujer lo desea, también a su pareja, para asimilar adecuadamente el procedimiento.

4. Los profesionales a cargo del procedimiento¹⁵³

Con el fin de garantizar la provisión de servicios de ILE es necesario disponer de un número suficiente de profesionales de la salud (adecuadamente distribuidos geográficamente) que estén bien entrenados y cumplan los requisitos definidos para este fin¹⁵⁴. Es decir, determinar expresamente en las normas quiénes pueden proveer servicios de ILE y en qué circunstancias.

De acuerdo con la OMS el personal de salud para la prestación de ILE debe incluir enfermeras, auxiliares, parteras y médicos/as generales, es decir que en ningún caso es obligatorio restringir la provisión a médicos y/o médicos especialistas¹⁵⁵. De otro lado es ideal que se conformen equipos multidisciplinarios que permitan atender no sólo las necesidades físicas sino también las emocionales de las mujeres, antes, durante y después del procedimiento e incluso ayudar en la evaluación de sus condiciones socioeconómicas. Algunas situaciones particulares pueden requerir la presencia de un especialista en ginecología; por ejemplo, cuando se trata de situaciones de alto riesgo.

- ❑ Definición del personal a cargo: médico/a general y/o enfermeras, auxiliares, parteras, debidamente entrenadas para los casos no complicados y para la interrupción con medicamentos^{156, 157}.
- ❑ Profesionales en ginecología y obstetricia en los casos que lo ameriten.
- ❑ Equipo multidisciplinario¹⁵⁸ que incluya profesionales no médicos: psicólogos, trabajadores sociales, etcétera.

¹⁵³ [En el análisis comparado este tema se aborda en la página 52.](#)

¹⁵⁴ Ver disposiciones obligatorias de **Noruega** y **Colombia** sobre entidades que proveen servicios de aborto.

¹⁵⁵ Todo personal de salud que demuestre habilidad para realizar un examen pélvico bimanual con el fin de diagnosticar el embarazo y que esté en capacidad de llevar a cabo procedimientos transcervicales como la inserción del DIU, puede ser entrenado para la AMEU (Freedman et al. 1986, Greenslade et al. 1993. Tomado de WHO. Safe Abortion. P.60).

¹⁵⁶ En **Sudáfrica**, por ejemplo, se admite que antes de la semana doce, la interrupción del embarazo sea practicada por una enfermera o partera registrada y debidamente entrenada.

¹⁵⁷ El aborto con medicamentos mediante el uso de Mifepristona y Misoprostol abre una nueva perspectiva de prestación de servicios que se centran en una adecuada orientación previa al aborto y en un adecuado control evolutivo del proceso de la interrupción del embarazo por personal entrenado en reconocer los signos de complicaciones, y que no necesariamente deben tener el mismo grado de capacitación en maniobras intrauterinas de evacuación. Proveedores de nivel intermedio pueden perfectamente cubrir esta necesidad con el respaldo de un especialista. Rodolfo Gómez Ponce de León, ObGyn, MSPH, PhD. Senior Health System Advisor Ipas. 2007.

¹⁵⁸ El modelo de «acogida» de **Brasil** contempla la conformación de un equipo multidisciplinario que incluye asistentes sociales y psicólogos.

5. Celeridad en la prestación de los servicios¹⁵⁹

Deben incorporarse **medidas que claramente definan los plazos máximos¹⁶⁰ que son permitidos en las instituciones para prestar los servicios a las mujeres sin que éstos se constituyan en un obstáculo para el acceso.** Éstos deben ser establecidas en forma perentoria. En los casos en que la solicitud no sea atendida en forma oportuna deben figurar en la historia clínica las razones de la demora. En todos los casos es importante reconocer que la oportunidad en la prestación de los servicios es una medida crítica de la calidad de la atención.

I. Medidas para reducir las barreras provenientes de la organización de los servicios

1. Principios
2. Crear /o consolidar redes de servicios en todo el territorio nacional, en los distintos niveles de complejidad y con adecuados sistemas de referencia y contrarreferencia
3. Adoptar modelos de atención integral para la ILE en el marco de políticas de SSR, enfatizando las situaciones (violencia, VIH) y grupos especiales (adolescentes) y el manejo posterior al procedimiento
4. Los profesionales a cargo del procedimiento
5. Celeridad en la prestación de los servicios

II. Medidas para eliminar las barreras relacionadas con la calidad de los servicios: garantía de derechos y estándares de calidad

Este conjunto de medidas abarca desde aquéllas que se relacionan con la garantía del proceso de calidad de la atención, con la adecuación a normas y guías tanto para la atención como para las instituciones, hasta los aspectos más sustantivos que hacen al respeto de los derechos de las mujeres y a las garantías para su ejercicio.

6. Consentimiento informado¹⁶¹

La base de todo procedimiento de ILE debe ser el consentimiento informado de las mujeres. El consentimiento debe ser un acto por el cual se asuma la toma de una decisión libre

¹⁵⁹ [En el análisis comparado este tema se aborda en la página 60.](#)

¹⁶⁰ **Panamá, México y Colombia** enfatizan la importancia de atender a las mujeres en las etapas tempranas del embarazo.

¹⁶¹ [En el análisis comparado este tema se aborda a partir de la página 61.](#)

y plenamente orientada sobre la base de información fiel, oportuna y completa, tanto sobre el procedimiento como sobre otros asuntos que hacen a la información integral.

Como se entiende en las normas mexicanas, el consentimiento es la aceptación voluntaria de la mujer, registrada por escrito, que solicite o requiera la interrupción legal del embarazo, una vez que los servicios de salud, como obligación ineludible, le hayan proporcionado información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable. En cuanto al consentimiento de las menores de edad o de aquéllas que no están en capacidad de prestarlo, es importante determinar el valor que se le asigna a la voluntad de la mujer menor o con discapacidad en la toma de la decisión y la existencia de mecanismos para resolver la eventual discrepancia entre la voluntad de ésta y la de sus representantes.

Al respecto, una herramienta útil para regular el consentimiento de menores de edad es el concepto de «capacidades evolutivas». Este concepto fue reconocido normativamente por el artículo 5 de la *Convención sobre los Derechos del Niño* de 1989¹⁶². Mediante este concepto se reconoce que la adquisición por parte de los niños/as de competencias cada vez mayores debe incrementar a su vez la capacidad para que ellos/as mismos/as tomen las decisiones que afecten su vida y asuman responsabilidades y –en consecuencia– disminuya la necesidad de orientación y dirección. De esta manera se busca un punto de equilibrio entre el reconocimiento de la titularidad de derechos de los/as niños/as y su autonomía, con el deber de protección que les corresponde por ser, en todo caso, niños/as.

El reconocimiento de la autonomía de los/as niños/as que entraña este concepto implica la consideración de sistemas normativos para la toma de decisiones que incluyan elementos adicionales a la edad y tengan en cuenta la madurez del menor en cada caso¹⁶³. En el texto: [«La evolución de las facultades del niño»](#), publicado por el Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF se sugieren algunos modelos normativos en este sentido:

162 Artículo 5: Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

163 El texto «La evolución de las facultades del niño», publicado por el Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF señala que una de las principales limitaciones para aplicar este concepto es la falta de personal capacitado y de definiciones adecuadas de competencia, y se sugieren algunas, que podrían adoptarse, eventualmente, como criterios para evaluar en los casos concretos y definir si una menor tiene capacidad de tomar una decisión en relación con la interrupción de su embarazo:

II **«Capacidad de comprender y comunicar informaciones pertinentes.** *El niño debe ser capaz de comprender cuáles son las alternativas posibles, expresar sus preferencias, manifestar sus preocupaciones y plantear preguntas relevantes.*

- II La eliminación de todos los límites de edad fijos, sustituyéndolos con un marco de evaluación individual a fin de determinar la competencia para el ejercicio de cada derecho particular. Si no, la ley puede también introducir la presunción de competencia, dejando que incumba a los adultos la carga de probar la incapacidad del niño/a toda vez que pretendan restringir sus derechos.
- II La introducción de un modelo que comprenda límites de edad, pero que asimismo permita a toda la niño/a adquirir el derecho en cuestión antes de alcanzar la edad establecida si es capaz de demostrar su competencia.
- II La diferenciación legal entre los derechos específicos, estableciendo límites de edad solamente para aquellos derechos que presenten el peligro de ser desatendidos o violados por los adultos, e introduciendo la presunción de competencia para los demás derechos»¹⁶⁴.

El concepto de capacidades evolutivas se ha desarrollado en el tema de derechos sexuales y reproductivos para señalar que aquellos menores que son sexualmente activos y buscan información y medios para protegerse de embarazos no deseados, SIDA y enfermedades de transmisión sexual, están actuando de manera responsable en la prevención de los riesgos a los que exponen su salud. Estos/as niños/as tienen por lo tanto capacidad para disfrutar de sus derechos sexuales y reproductivos y elegir, entre otros, el número y espaciamiento de sus hijos¹⁶⁵.

En relación con el sistema que se adopte para regular el consentimiento informado de las mujeres con algún tipo de discapacidad¹⁶⁶ se recomienda por lo menos respetar los

-
- II **Capacidad de pensar y elegir con un cierto nivel de independencia.** El niño debe ser capaz de efectuar elecciones sin ser obligado ni manipulado y debe estar en condiciones de reflexionar por sí mismo sobre lo que significan las cuestiones en discusión.
 - II **Capacidad de evaluar los beneficios, peligros y daños potenciales.** El niño debe ser capaz de comprender las consecuencias de las diferentes líneas de conducta, cómo lo afectarán, a qué riesgos lo expondrán y cuáles serán las implicaciones a corto y largo plazo.
 - II **Poseción de una escala de valores relativamente estable.** El niño debe contar con un cierto sistema de valores en base al cual pueda tomar una decisión».

¹⁶⁴ Landsdown, Gerison. La evolución de las facultades del niño. Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF. 2005. Página 12, para ver en extenso el desarrollo de estas cuatro alternativas. Ver páginas 71 y siguientes, donde se señalan las ventajas y desventajas de cada modelo.

¹⁶⁵ [Gaining Ground. A Tool for Advancing Reproductive Rights Law Reform. Chapter X: Adolescents' Reproductive Rights. Center for Reproductive Rights. 2006.](#)

¹⁶⁶ [La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas \(2006\)](#) define algunos de los derechos de las personas con discapacidad que deben ser tenidos en cuenta al momento de establecer las reglas para la toma de decisiones de las mujeres con discapacidad en relación con la interrupción del embarazo. El artículo 3, en el cual se establecen **los Principios generales, indica como uno de los principios de la Convención:** «a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas (...)». Por otra parte, en el artículo 6 **se definen derechos particulares para las mujeres con discapacidad que apuntan básicamente a la garantía plena de los**

siguientes derechos mínimos: (i) se debe proporcionar información a las mujeres con discapacidad a través de medios que se compadezcan con sus limitaciones, asegurándose que la información es comprendida, que los procedimientos, los efectos y las alternativas de tratamiento son claras; (ii) se debe atender, en principio, exclusivamente a la voluntad de la mujer discapacitada en relación con si desea o no terminar el embarazo y se deben agotar todos los medios necesarios para que ésta pueda expresar su deseo en relación con el embarazo; (iii) en caso de que resulte imposible que la mujer exprese su voluntad, la persona que la ley defina para que preste el consentimiento por ella (médico no objetor, familiar, tutor, esposo) debe atender a las circunstancias del caso, a la alternativa que mejor se compadece con el ejercicio de los derechos de la mujer, a sus condiciones clínicas. En todo caso no puede ser una persona que se encuentre directamente en conflicto con sus intereses.

- Para el consentimiento debe primar exclusivamente la voluntad de la mujer (y constar por escrito), exceptuando las situaciones de urgencia en las que el profesional puede tomar la decisión para salvar la vida de la mujer¹⁶⁷.
- Deben considerarse las situaciones particulares, como el consentimiento en menores que debería orientarse a reconocer a la adolescente embarazada como sujeto de de-

derechos y libertades de que son titulares: «1. Los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales» y «2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención». Además de los anteriores, el artículo 12 de la Convención alude de manera directa a la capacidad de toma de decisiones de las personas discapacitadas. Este artículo, que tiene por objeto el **Igual reconocimiento como persona ante la ley, señala en el numeral 4:** «Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten los derechos e intereses de las personas». Reforzando lo dispuesto en el artículo 12, el artículo 23 dispone el respeto de la autonomía de las personas con discapacidad para decidir en los temas de salud sexual y reproductiva. Esta disposición, que regula el **Respeto del hogar y de la familia, señala:** «1. Los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que: (...) b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos (...).»

¹⁶⁷ Ver las normas de **Sudáfrica** que explícitamente prohíben que se soliciten consentimientos adicionales al de la mujer.

rechos y a contar siempre con su voluntad¹⁶⁸. En todos los casos debe intentarse que la participación de los padres o adultos responsables sirva para reforzar la educación y evitar futuros embarazos no planeados o no deseados y además el rol de estos adultos debe orientarse –hasta donde sea posible– a develar situaciones en que las adolescentes son víctimas de violencia.

- Prever un mecanismo especial para resolver los casos en los que existan discrepancias entre el consentimiento de la menor y su representante¹⁶⁹.
- Consentimiento de personas que no están en capacidad de otorgarlo¹⁷⁰.

7. Objeción de conciencia¹⁷¹

Con el propósito de que existan garantías para la prestación de servicios a las mujeres que voluntariamente deciden la interrupción de un embarazo es primordial que las regulaciones incluyan medidas concretas sobre la objeción, reconocida en muchas constituciones como un derecho de las personas. Por tratarse de un tema complejo y que constituye una de las más críticas barreras de acceso a los servicios para las mujeres, este apartado define tanto la idea de objeción como las características principales que deberían regirla en las regulaciones.

En primer lugar, «la libertad de conciencia debe ser entendida como la facultad de toda persona a hacer valer sus criterios individuales –dentro de las normas de convivencia elementales que implican hacer llegar sus derechos hasta donde empiezan los derechos de los otros– y sus principios por encima de todas las consideraciones de orden legal o social que conformen sus circunstancias de vida y la objeción de conciencia entendida como el mecanismo mediante el cual se hace efectiva esta libertad...No está de más enfatizar que el concepto de conciencia no depende de la opción o elección de ningún credo religioso y por lo tanto no le cabe a ninguna organización, religiosa o política, abrogarse la ‘certificación’ de los argumentos que alguien esgrima para abstenerse a cumplir lo que la ley le ordena, en razón de los dictados de su conciencia, con todo y lo ajenos que puedan resultar los argumentos al concepto de conciencia de quien los valora»¹⁷².

¹⁶⁸ Ver **Brasil, Sudáfrica y Guyana**, donde la mujer menor de edad es quien adopta la decisión.

¹⁶⁹ Ver **Italia**.

¹⁷⁰ Algunas de las preguntas mínimas que deben responderse frente a esta situación son: ¿Puede alguien, además de la mujer, presentar la solicitud para la terminación del embarazo? ¿Qué pasa si la mujer no tiene representante legal? ¿Quién puede tomar la decisión de la ILE o cómo se nombra a alguien? ¿Se debe escuchar la opinión del representante legal de la mujer discapacitada o de la persona a cargo de la misma? ¿Qué valor se le debe dar a la opinión del médico tratante? ¿Qué hacer cuando la discapacidad es severa?

¹⁷¹ [En el análisis comparado este tema se aborda en la página 74.](#)

¹⁷² [Castillo, E. Objeción de conciencia. Bogotá. En Espacio Libre, N° 10. PROFAMILIA. 2005.](#)

De acuerdo con la *Sentencia C-355* que en **Colombia** despenalizó el aborto en tres circunstancias, cabe recordar que la objeción de conciencia no es un derecho del cual son titulares las personas jurídicas¹⁷³ o el Estado. Sólo es posible reconocerlo a personas naturales¹⁷⁴, de manera que no pueden existir clínicas, hospitales, centros de salud o cualquiera que sea el nombre con que se les denomine¹⁷⁵, que presenten objeción de conciencia a la práctica de una ILE. En lo que respecta a las personas naturales, cabe advertir que la objeción de conciencia hace referencia a una convicción de carácter religioso debidamente fundamentada, y por tanto no se trata de poner en juego la opinión del médico en torno a si está o no de acuerdo con la interrupción ni tampoco puede implicar el desconocimiento de los derechos fundamentales de las mujeres. Por esta razón, si un médico alega objeción de conciencia, debe proceder inmediatamente a derivar a la mujer –que se encuentre en las hipótesis previstas– a otro profesional que sí pueda llevar a cabo la ILE, sin perjuicio de que posteriormente se determine si la objeción de conciencia era procedente y pertinente, a través de los mecanismos establecidos por la profesión médica¹⁷⁶.

Para asegurarse de cumplir con la disponibilidad en cada lugar de residencia tanto como sea posible, la respectiva entidad territorial puede, cuando advierta una vacante de personal de salud, convertir en una condición para el empleo, que la persona nombrada para el puesto esté preparada para cumplir los deberes y tareas impuestas por el hospital unidad/institución, incluida la terminación de embarazos. El personal de salud que aplique a instituciones donde puedan interrumpirse embarazos debe manifestar su deseo de estar exentos de practicar o asistir terminaciones de embarazos¹⁷⁷.

- II La objeción aplica a personas naturales¹⁷⁸.
- II No puede ejercerse cuando está en riesgo la vida de la mujer¹⁷⁹.
- II En todos los casos las instituciones deben garantizar un número adecuado de profesionales de la salud no objetores¹⁸⁰.

¹⁷³ Morales en otros contextos.

¹⁷⁴ En otros países como **México**, personas físicas o individuales.

¹⁷⁵ A título institucional de servicios de salud. O incluso a título de grupos organizados como asociaciones de profesionales o universidades.

¹⁷⁶ Tomado de la *Sentencia C-355* de 2006 de la Corte Constitucional de **Colombia**. Ver también normas de **Colombia** y **México**.

¹⁷⁷ Ver **Noruega**.

¹⁷⁸ Ver **Italia** y **Colombia**.

¹⁷⁹ Ver **México** y **Brasil**.

¹⁸⁰ En **Noruega**, incluso se permite poner como condición para contratar personal médico que éste no sea objetor para poder cumplir con los requisitos de disponibilidad de servicios de ILE en cada área del país.

- ❑ En los casos en que el profesional sea objetor, está obligado a remitir en forma oportuna a la mujer a un profesional no objetor dentro de la misma institución o a un servicio apropiado¹⁸¹.
- ❑ No se puede negar u ocultar información sobre los derechos de la gestante en materia de ILE ni coartar su voluntad para persuadirla de su decisión. Tampoco se puede negar información sobre opciones terapéuticas y de manejo diferentes a la ILE, para el caso específico, si las hay.
- ❑ No pueden objetar personas que no están directamente involucradas en el procedimiento¹⁸².
- ❑ El ejercicio de la objeción no puede extenderse a las actividades previas ni posteriores a la ILE¹⁸³.
- ❑ Se debe incluir como parte de la regulación un procedimiento formal (por escrito) para constituirse en objetor dentro de las instituciones,¹⁸⁴ evitando que esta decisión sea promovida por la propia institución.
- ❑ Elaborar directrices para disponer de un listado de las instituciones que están habilitadas para la prestación de servicios de ILE dentro de la red pública y privada¹⁸⁵. Este mecanismo debe contribuir a mantener un número adecuado de médicos no objetores en las instituciones, de tal manera que las mujeres tengan servicios disponibles en forma permanente.

¹⁸¹ **Colombia** cuenta con una regulación completa de las garantías de las mujeres frente al personal objetor.

¹⁸² **Noruega, Italia y México.**

¹⁸³ **Noruega.**

¹⁸⁴ Ver los casos de **Italia y Noruega**. De no constituirse estos procedimientos, el médico puede declararse objetor ante la inminencia de un caso que debe atender, en lugar de tener que alegar sus razones para ser objetor. Esto ayuda también a que se tenga algún tipo de control sobre el personal de las instituciones según sean o no objetores.

¹⁸⁵ Países como **España, Noruega, Guyana y Colombia** tienen disposiciones en esta dirección. En España, se ordena a las autoridades sanitarias publicar periódicamente listados de los centros acreditados para la práctica de abortos (*Art. 2, Real Decreto sobre Centros Acreditados y Dictámenes Preceptivos para la Práctica de Abortos Legales*, 1986). En Noruega, se establece la obligación de la municipalidad del condado de publicar una lista mostrando los hospitales unidades/instituciones que practiquen terminaciones de embarazos (*Art. 19. Regulation for the Implementation of the Act concerning Termination of Pregnancy, 1975*). En **Guyana** se ordena al Ministerio notificar en la Gaceta y en un periódico de circulación en Guyana, el nombre y la dirección de todas las instituciones aprobadas así como de la persona que sea dueña o maneje la institución (*Art. 4. Medical termination of Pregnancy Act – Legal Supplement B*). En la misma norma se ordena que un certificado de que la institución se encuentra aprobada para la práctica de ILE esté dispuesto por la institución aprobada en un lugar prominente en la institución. Finalmente en **Colombia**, las Entidades Promotoras de Salud y las Direcciones Departamentales y Distritales de salud deberán remitir a la Dirección General de Calidad de los Servicios del Ministerio, las instituciones que –dentro de la red habilitada para prestar servicios de gineco–obstetricia de baja, mediana y alta complejidad– cuentan con profesionales dispuestos a proveer los servicios de ILE. Esta información deberá mantenerse actualizada y disponible para las usuarias que requieran estos servicios y deberá reportarse anualmente a la *Dirección General de Calidad de los Servicios de este Ministerio (Circular 0031 de 2007)*.

8. Confidencialidad, secreto médico y privacidad de los servicios¹⁸⁶

Uno de los aspectos más importantes para garantizar la búsqueda oportuna de servicios por parte de las mujeres es la observancia de la confidencialidad de la información, que se traduce en la práctica en el sigilo del secreto médico. Se trata del deber ético y legal que tiene el médico/a de mantener en secreto toda información que provenga de su relación profesional con las usuarias de los servicios de salud, en este caso. Revelar esta información es vulnerar los derechos¹⁸⁷ a la intimidad y a la salud de las mujeres, tal como lo reconocen diversos instrumentos internacionales de derechos humanos¹⁸⁸. Es importante resaltar que el sigilo del secreto debe entenderse como un deber de todos los profesionales de la salud y no sólo de los médicos/as¹⁸⁹.

La confidencialidad debe guardarse también con los documentos que contienen información privada de la usuaria, por lo que el manejo de las historias clínicas debe responder a ciertas medidas que la garanticen, sin que esto obstaculice al acceso a dichos documentos cuando sean necesarios para soportar pruebas judiciales o cuando se trate de evaluar la calidad de sus contenidos.

En cuanto a la privacidad, todos los servicios de salud deberían realizarse observando condiciones de privacidad, esto es, creando espacios donde las usuarias se sientan seguras y cuyas condiciones físicas garanticen la debida intimidad. En los casos de ILE es especialmente importante que su atención no ocurra en los mismos servicios en que se atienden el embarazo y el parto, en razón del respeto a la mujer y su decisión de interrumpir el embarazo. La privacidad debe orientarse a generar en la mujer confianza en el espacio físico y en el profesional que le brinda el servicio. De particular importancia son

¹⁸⁶ En el análisis comparado este tema se aborda en las páginas 78–82.

¹⁸⁷ Mayor información sobre los derechos de las usuarias se encuentra en [Medical and Service Delivery Guidelines for Sexual and Reproductive Health Services](#). IPPF. Third Edition. 2004. Chapter 1.

¹⁸⁸ IPAS. *Entre la espada y la pared: el secreto profesional y la atención posaborto*. Managua. 2004.

¹⁸⁹ Países como **Noruega, Guyana, Brasil y Colombia** tienen disposiciones en este sentido. En Noruega se señala que todas y cada una de las personas que participen en el examen de los casos de terminación de embarazos están obligadas a observar el secreto profesional en relación con toda información que llegue a su conocimiento (*Art. 11, Act N° 50 concerning Termination of Pregnancy, 1975, with amendments, 1978*). En **Guyana** se ordena que cualquier profesional médico, profesional médico autorizado, la persona propietaria o directora de un establecimiento aprobado, cualquier persona empleada por, o trabajando en, o que tenga acceso legal a una institución aprobada, debe guardar el secreto y la confidencialidad respecto a los documentos y temas relacionados con el acto y no puede usar ninguna información para su ventaja o la de otra persona (*Art. 14, Medical Termination of Pregnancy Act, 1995*). En **Brasil** la obligación del secreto profesional cubre a los médicos y los profesionales de la salud (II. Aspectos ético profesionales y jurídicos del aborto, 5. Ética profesional, *Norma para la Atención Humanizada del Aborto, 2005*). En **Colombia** se habla de secreto profesional para «Las personas integrantes del equipo de salud que conozcan o brinden atención en salud en ILE» (*Art. 6. Características del servicio, Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo ILE*).

los servicios de atención en casos de violación que por las múltiples implicaciones que tienen para las mujeres deberían tener en cuenta, en forma especial, la privacidad.

- ❑ Preservar el secreto médico¹⁹⁰.
 - ❑ Crear la obligación explícita para los médicos/as de no revelar ni denunciar ninguna información que pueda exponer a una paciente a ser investigada penalmente o que le cause cualquier otro tipo de perjuicios¹⁹¹.
 - ❑ Además de guardar el secreto profesional, médicos y personal de salud que atiendan a la paciente deben velar porque todo el equipo de salud respete también el secreto profesional y deben instruirlos en ese sentido.
 - ❑ Establecer sanciones éticas y administrativas frente a la violación del secreto profesional¹⁹².
 - ❑ Guardar adecuadamente las historias clínicas sin obstaculizar el uso de los datos de la historia cuando sean necesarios para evaluar la calidad de los servicios o por otras razones.
 - ❑ Incluir el deber de que las instituciones se responsabilicen de la confidencialidad de la información¹⁹³, que debe estar adecuadamente protegida para que las personas que no están obligadas a guardar secreto profesional no puedan acceder a ella¹⁹⁴.
 - ❑ Disponer de consultorios que aislen del espacio exterior la conversación de la mujer y el o la profesional¹⁹⁵.
 - ❑ Los servicios de ILE deberían estar separados físicamente de los de atención de embarazo.
 - ❑ La privacidad es un pilar fundamental del modelo de atención a víctimas de violación.
9. Consideración de las condiciones culturales¹⁹⁶
- ❑ Garantizar la disponibilidad de profesionales que se comuniquen en la lengua de las usuarias cuando se trate de comunidades o etnias que así lo requieran¹⁹⁷.

¹⁹⁰ Ver **México, Brasil, Guyana, Noruega**.

¹⁹¹ Este punto y el siguiente han sido tomados de la Declaración de La Facultad de Medicina de la Universidad de la República en conjunto con el Consejo Arbitral del Sindicato Médico del **Uruguay** (SMU) y el Tribunal de Ética de la Federación Médica del Interior (FEMI) acerca de la confidencialidad y el secreto médico. Uruguay. 2007. Esta declaración fue producida a raíz del procesamiento el 16 de mayo de 2007 de una joven por el delito de aborto consentido como consecuencia de la denuncia del médico consultado.

¹⁹² Modelos de **Sudáfrica, Guyana y Noruega**.

¹⁹³ En **Guyana**, por ejemplo, además de quienes tienen contacto con la paciente, todos los empleados, incluyendo al director o dueño del establecimiento tienen obligación de conservar la confidencialidad de la información.

¹⁹⁴ Ver nota 183. Declaración **Uruguay**.

¹⁹⁵ Ver Anexo 2. **Colombia**.

¹⁹⁶ [En el análisis comparado este tema se aborda en la página 82.](#)

¹⁹⁷ Ver **Brasil**, *Norma Técnica para Atención Humanizada del Aborto*.

10. Acciones sistemáticas de promoción de los servicios a nivel colectivo e información individual a las usuarias¹⁹⁸

La salud pública se fundamenta en la realización de acciones que se orienten a la prevención de problemas de salud y sus complicaciones. En el caso de la ILE, las actividades orientadas a proporcionar información a las mujeres deben referirse, en primer lugar, a la promoción de sus derechos en este campo de acuerdo con las circunstancias legales propias de cada contexto. **Todas estas acciones deben ser gratuitas y estar a cargo del estado y buscan fundamentalmente que la mujer conozca sus derechos y encuentre en los servicios un instrumento para ejercerlos.** Las mujeres –y los profesionales de la salud– tienen que conocer que existen causas en las que el aborto no está penalizado por la ley y esta conciencia tiene que contribuir a generar un marco de derechos que haga disponibles los servicios que se requieren para garantizar el acceso en los casos despenalizados. La información colectiva debe también considerar aspectos relacionados con los servicios y las condiciones en que se puede acceder a los mismos cuando se trate de una ILE. Deben contribuir fundamentalmente a la búsqueda oportuna de servicios y también a la reducción de los riesgos de abortos inseguros y complicaciones. Estas acciones por supuesto deben complementarse con otras dirigidas a los profesionales de la salud (como se verá más adelante) con el fin de que las mujeres encuentren una respuesta adecuada y se contribuya a su empoderamiento.

En cuanto a la información individual que se brinde a las mujeres, es importante resaltar que el momento del encuentro entre el o la profesional de la salud y la usuaria es un momento privilegiado para el proceso de atención puesto que constituye la oportunidad primordial de entregar información fidedigna, oportuna y de calidad. Se relaciona tanto con la información que proporciona el/la médico/a o cualquiera que sea el o la profesional a cargo del procedimiento, como con la que es tarea de las orientadoras, eslabón fundamental del proceso de atención integral en materia de ILE.

Dos consideraciones son importantes para proporcionar información: la de garantizar un enfoque de derechos y la de asegurar unos contenidos mínimos¹⁹⁹. En relación con los enfoques, el momento de entrega de información puede ser una instancia privilegiada para abordar asuntos relacionados con las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres, tales como la violencia basada en género, la imposibilidad de negociar el uso de métodos anticonceptivos, etcétera. De esta manera mediante la información como vehículo, las instituciones de salud pueden contribuir a desarticular las desigualdades de género que son una enorme barrera cultural para las mujeres cuando se trata de cuidar

¹⁹⁸ En el análisis comparado este tema se aborda en la página 83.

¹⁹⁹ Uno de los países que se ocupa del contenido de la información, pero además se asegura de la comprensión de la misma, es **Perú** (*Directiva del Instituto Materno Perinatal*).

su SSR²⁰⁰. El contenido de la información debe referirse al menos a los procedimientos, los riesgos y las consecuencias de los mismos, así como al momento posterior a la ILE.

- Incluir en las políticas las acciones colectivas de salud pública²⁰¹.
- Realizar campañas sobre derechos sexuales y reproductivos con énfasis en ILE que incluyan la promoción de los servicios disponibles²⁰².
- Acciones de movilización social.
- Actividades de trabajo comunitario para generar conciencia de derechos y aumentar la demanda oportuna de servicios.
- Realizar actividades orientadas al fortalecimiento de las redes sociales de apoyo.
- Fomentar las bases sociales de apoyo para el cambio legal.

Esta relación con la información individual debe garantizar:

- El respeto por las decisiones de la mujer²⁰³.
- Información oportuna y veraz sobre el procedimiento y posterior al mismo, incluida la información sobre métodos anticonceptivos (temporales y definitivos), el preservativo y la ACE.
- Definir los contenidos mínimos de la información. Al respecto es necesario resaltar el deber de otros actores sociales de brindar información sobre ILE: por ejemplo en las instancias judiciales a las que las mujeres acuden en los casos de violación.
- Establecer formatos de orientación que favorezcan el empoderamiento de las mujeres²⁰⁴.
- Comprensión de las condiciones culturales²⁰⁵ e intelectuales de las mujeres.

11. Adopción de protocolos o guías técnicas de atención²⁰⁶

La mejor forma de garantizar el cumplimiento de una serie de requisitos mínimos durante el proceso de atención es la adopción de guías técnicas que sirvan de pauta a los profesionales acerca de los mejores procedimientos para la ILE de acuerdo con las semanas de gestación, los métodos disponibles, el manejo del dolor, la realización de exámenes

²⁰⁰ Las normas de **Colombia** incluyen en la asesoría a las mujeres contenidos específicos para aquéllas con VIH o en situación de violencia. En **Brasil** existe igualmente una norma sobre ILE para las mujeres víctimas de violencia.

²⁰¹ En **México** se ordena al gobierno la promoción y aplicación de políticas integrales de capacitación en salud sexual y reproductiva, derechos reproductivos, maternidad y paternidad responsables.

²⁰² Con la despenalización del aborto efectuada recientemente en **México**, se radicó en cabeza de la Asamblea, la obligación de adelantar campañas de difusión de esta nueva medida en el Distrito Federal. En **Colombia**, actualmente se están desarrollando campañas nacionales de movilización social sobre SSR con énfasis en ILE.

²⁰³ En **Brasil**, uno de los componentes de la asesoría es el respeto por las decisiones de la mujer, cualquiera que sean.

²⁰⁴ Ver modelo de acogida del **Brasil**.

²⁰⁵ Parte del modelo de acogida en el **Brasil** está orientado a que el profesional que atiende a la mujer se adapte a su universo cultural.

²⁰⁶ [En el análisis comparado este tema se aborda en las páginas 89–103.](#)

previos y posteriores, la profilaxis con antibióticos, la asesoría posterior al procedimiento (incluido el acceso a información y MAC²⁰⁷), entre otras. Deben también orientar sobre el tipo de profesionales recomendados para la realización de los procedimientos, los niveles de complejidad, etcétera.

La OMS diseñó en el año 2003 la guía «Aborto sin riesgo. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud», cuyos contenidos se refieren en forma explícita a todos estos elementos y son un buen punto de partida para la elaboración de protocolos²⁰⁸.

- ❑ Adoptar una guía técnica de atención²⁰⁹.
- ❑ Incluir aspectos sobre: técnicas para la realización de ILE, exámenes previos al procedimiento, manejo del dolor, profilaxis con antibióticos, niveles de complejidad de los servicios, profesional a cargo del procedimiento, manejo de las complicaciones, manejo posterior al procedimiento. En cuanto al manejo del dolor es importante ofrecer un esquema que combine medicamentos y apoyo emocional para aliviar el dolor²¹⁰.
- ❑ En cuanto a los límites para la edad gestacional, deben tener en consideración las distintas razones que motivan la solicitud de una ILE²¹¹. En los casos de malformación fetal o cuando se trate de salvar la vida de la mujer, por ejemplo, los límites gestacionales pueden convertirse en una barrera adicional. Por tal razón es necesario que se determine qué métodos son más apropiados según las semanas de gestación y que características debe cumplir el servicio de acuerdo con el número de semanas en que sea necesario realizar la interrupción, puesto que se trata de abordar distintos niveles de riesgo²¹².
- ❑ Deben ser guías de obligatorio cumplimiento para todos los actores involucrados en la prestación de los servicios de salud en un país, tanto públicos como privados.
- ❑ En ningún caso la exigencia de exámenes previos pueden ser un requisito para la realización de la ILE²¹³.

207 Para una información más comprensiva sobre los MAC, ver Medical and Service Delivery Guidelines for Sexual and Reproductive Health Services. IPPF. Third Edition. 2004.

208 Los contenidos mínimos del protocolo deben incluir medidas referidas a: cuidados previos de la ILE (historia clínica, examen físico, estudios de laboratorio, ecografía, condiciones preexistentes, infecciones, embarazo ectópico, isoinmunización, citología cervical, información y asesoría), métodos de aborto (preparación cervical, manejo del dolor, aborto quirúrgico, aspiración al vacío, dilatación y curetaje, dilatación y evacuación, otros métodos, análisis de los tejidos, métodos médicos), otros temas relacionados con los procedimientos de aborto (control y prevención de infecciones, manejo de las complicaciones), seguimiento (recuperación), implementación de los servicios (tipo de servicios, mecanismos de derivación, toma de decisión), capacidad y desempeño de los prestadores, monitoreo y evaluación. Aborto sin riesgo. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. OMS. 2003.

209 Para ver guías de atención completas: OMS (nota anterior), **Colombia, Brasil y Perú**.

210 **Colombia, Perú y Brasil**.

211 Ver **Colombia**, que no establece límites de edad gestacional. Para ver sistemas que tienen en cuenta las circunstancias, **Sudáfrica y Guyana**.

212 Ver guía de la OMS, Métodos de aborto.

213 Una prohibición explícita como ésta se encuentra contenida en la regulación de **Colombia**.

De acuerdo con la OMS, en cuanto a los exámenes de laboratorio: «en la mayoría de los casos, los profesionales sólo precisan la información obtenida a través de la historia clínica y el examen físico para confirmar el embarazo y estimar su duración. Los análisis de laboratorio para corroborar el embarazo pueden no ser necesarios, a no ser que los signos típicos de gestación no estén claramente presentes y el profesional no esté seguro de si la mujer está embarazada. Sin embargo, el hecho de realizar dichos tests no debe obstaculizar ni retrasar la evacuación uterina. La detección de anemia mediante la medición de los niveles de hemoglobina y hematocrito en áreas donde la misma es prevalente le permite al profesional comenzar el tratamiento y estar preparado si eventualmente se presenta una hemorragia durante o después del aborto. En caso de complicaciones que puedan requerir una transfusión sanguínea, deben determinarse el grupo ABO y el factor Rh sanguíneo, siempre que sea posible, especialmente en centros de derivación de alto nivel. De la misma manera, la exploración ecográfica no es necesaria para la realización de un aborto temprano (RCOG, 2000). En lugares donde se encuentra disponible, la ecografía puede colaborar para la detección de un embarazo ectópico mayor a seis semanas. En etapas tardías del embarazo, algunos profesionales encuentran esta tecnología de ayuda antes o durante el procedimiento abortivo»^{214, 215}.

Las guías de atención tienen que incluir también aspectos relacionados con la bioseguridad²¹⁶. Dentro de los aspectos que deberían considerar los protocolos de bioseguridad se destacan ²¹⁷:

- i. Aseo del personal antes y después del procedimiento.
- ii. Antisepsia antes del procedimiento.
- iii. Desecho de agujas y jeringas y otros objetos con filo.
- iv. Descontaminación de los instrumentos reutilizables.
- v. Desinfección de alto nivel – Esterilización.
- vi. Almacenamiento de los instrumentos y otros materiales.

²¹⁴ Aborto sin riesgo. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. OMS. 2003. Pág. 24.

²¹⁵ En cuanto a la obligatoriedad de los exámenes, tenemos el caso de **Colombia**, donde es obligatoria la oferta para prueba de VIH/SIDA. Hemoclasificación en caso de requerir transfusión. Se recomienda suministro de inmunoglobulina anti-D para mujeres Rh negativo, pero no ordena el examen para determinar Rh (*Artículos 6.4.1.3 y 6.4.2, Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE*). En **Brasil**: oferta de examen de clasificación sanguínea, test serológico para sífilis y búsqueda de VIH (*4. Atención clínica del aborto, Norma para la Atención Humanizada del Aborto*). En **Puerto Rico**, se ordena prueba para determinar factor Rh y detección de anticuerpos (*Artículo H, Reglamento General para la Operación y Funcionamiento de las Facilidades de Salud en Puerto Rico*).

²¹⁶ **Sudáfrica**, por ejemplo, ha desarrollado una guía para reutilización de los equipos de AMEU y recomienda seguir los estándares internacionales de uso de guantes, mascarillas, etcétera.

²¹⁷ *Promoviendo Opciones Reales: Propuesta de Varios países para el Manejo Integral del Embarazo no Deseado y Aborto en América Latina y el Caribe. Evaluación de la Calidad en el Manejo Integral del Embarazo no Deseado. 2007. IPPF/RHO.*

- vii. Uso de implementos de protección por parte del personal (guantes, gafas, lente, mandil).
- viii. Zonas de lavado y desinfección.
- ix. Eliminación de residuos contaminados.

12. Determinar los requisitos de infraestructura para la prestación del servicio y mecanismos para la acreditación (certificación) de profesionales y contenidos de la acreditación basados en los elementos de formación propuestos^{218,219}

De acuerdo con la OMS la interrupción del embarazo es en general un procedimiento sencillo cuando se lleva a cabo por parte de profesionales adecuadamente entrenados. En consecuencia, una buena cantidad de las ILE pueden realizarse en servicios ambulatorios²²⁰ (especialmente durante las primeras semanas de gestación, cuando no hay complicaciones) que deben cumplir unos requisitos mínimos como los que se exigen para la provisión de otros servicios de SSR que son ambulatorios.

II. Medidas para eliminar las barreras relacionadas con la calidad de los servicios: garantía de derechos y estándares de calidad

- 6. Consentimiento informado
- 7. Objeción de conciencia
- 8. Confidencialidad, secreto médico y privacidad de los servicios
- 9. Consideración de las condiciones culturales
- 10. Acciones sistemáticas de promoción de los servicios a nivel colectivo e información individual a las usuarias
- 11. Adopción de protocolos o guías técnicas de atención
- 12. Determinar los requisitos de infraestructura para la prestación del servicio y mecanismos para la acreditación (certificación) de profesionales y contenidos de la acreditación basados en los elementos de formación propuestos

218 Esto implica que se tengan mecanismos para controlar su cumplimiento.

219 [En el análisis comparado este tema se aborda en las páginas 103–108.](#)

220 Servicios ambulatorios son aquellos que no requieren infraestructura de hospitalización. De acuerdo con algunos sistemas de habilitación de servicios de salud, el término se utiliza como una modalidad de atención que agrega un grupo de servicios que no implican la «internación» u «hospitalización» de la persona, tales como consulta, terapias, imagenología, urgencias, laboratorio, etcétera. Según algunas definiciones adoptadas, internación es el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro (24) horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria. Por último, en el diccionario de la Real Academia Española «ambulatorio» se define como una enfermedad o un tratamiento: que no obligan a estar en cama.

III. Medidas para eliminar las barreras relacionadas con la formación y la capacitación de los profesionales de la salud

13. Capacitación/formación en aspectos médicos y psicosociales²²¹

Con el fin de brindar una atención integral y realmente orientada a favorecer el ejercicio de derechos, todo el personal de salud involucrado con los servicios de ILE debería recibir una formación especializada que garantice no sólo el manejo de las técnicas directamente relacionadas con el procedimiento, sino también la atención desde un enfoque de género y derechos dirigido a favorecer el empoderamiento de las mujeres. Esto incluye el tratamiento de los aspectos éticos y sociales.

La formación debe darse en varios niveles y contribuir también a eliminar estereotipos y barreras culturales. Los niveles más importantes son: la formación universitaria propiamente dicha y en las instituciones para las que trabajan donde deberían recibir capacitación en forma periódica²²². Las asociaciones de profesionales son una instancia privilegiada para impulsar estas iniciativas²²³. La formación a su vez debe servir para garantizar que los profesionales que proveen los servicios cumplan los requisitos de acreditación que exigen las autoridades sanitarias.

En cuanto a los contenidos de género, derechos, bioética y empoderamiento, éstos deben dirigirse a médicos/as, parteras, enfermeras, consejeras, trabajadoras sociales y personal administrativo. Estas actividades deben contribuir a reducir o eliminar los estereotipos de género en la atención, pero al mismo tiempo deben sensibilizar al personal para detectar situaciones como la violencia basada en género. Respetando estos enfoques, el personal debe ofrecer orientación sobre distintas opciones frente al embarazo no deseado y brindar apoyo emocional a la mujer y respeto por sus decisiones. En cuanto a los estereotipos y prácticas perjudiciales consuetudinarias –a las que las actividades de formación y capacitación podrían ayudar a evitar– están la solicitud del consentimiento de la pareja, la sanción moral frente a la decisión de la interrupción, etcétera.

Por su parte la capacitación en aspectos técnicos debe incluir por lo menos el manejo de las técnicas de interrupción del embarazo (quirúrgicas y con medicamentos), manejo del dolor, manejo de las complicaciones, profilaxis con antibióticos, exámenes previos, ase-

²²¹ [En el análisis comparado este tema se aborda en la página 111.](#)

²²² El entrenamiento periódico debe ser responsabilidad de las instituciones que tienen a su cargo la prestación de los servicios de ILE.

²²³ Las asociaciones de profesionales deben tener un rol importante en diversos aspectos relacionados con la ILE a este nivel: el debate académico, la argumentación científica, la definición de criterios para certificación de profesionales, el entrenamiento de profesionales, las veedurías al cumplimiento de las normas, la elaboración de informes para el congreso, etcétera.

soría posterior a la ILE (incluida la asesoría y atención sobre MAC). Como queda claro de los contenidos de la atención es conveniente que este tipo de servicios involucren otros profesionales con el fin de que se integren equipos multidisciplinarios.

- II Formación periódica dentro de los servicios.
- II A nivel de los departamentos y/o municipios, junto con las universidades y establecimientos hospitalarios se debe promover la actualización periódica del personal de salud²²⁴.
- II Contenidos de la formación: enfoque de género y derechos y aspectos técnicos²²⁵
- II Como resultado de la formación, los profesionales de la salud deben brindar apoyo emocional a la mujer.
- II La capacitación debe contribuir a la eliminación de prácticas consuetudinarias que sean negativas o limiten el ejercicio de los derechos de las mujeres.
- II Fomentar la conformación de equipos multidisciplinarios para la atención.
- II Involucrar a las facultades de medicina para que incorporen en sus programas académicos la SSR y en especial la atención integral del ILE ²²⁶.

III. Medidas para eliminar las barreras relacionadas con la formación y la capacitación de los profesionales de la salud

13. Capacitación/formación en aspectos médicos y psicosociales

IV. *Medidas orientadas a eliminar las barreras relacionadas con los sistemas de información, vigilancia y control*

14. Sistema de registro de información²²⁷

La disponibilidad de información oportuna y veraz es un requisito fundamental para la adecuada toma de decisiones en salud pública. Por esta razón y dadas las dificultades que se presentan para registrar aquélla relacionada con la ILE, es clave que este aspecto de la salud se incorpore como parte de los sistemas de información existentes –o en desarrollo– que tengan los países. Para ello debe disponerse de un registro que permita codificar los procedimientos y reportar –como parte del sistema de vigilancia epidemio-

²²⁴ Italia: Norma para Tutela Social de la Maternidad sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (1978).

²²⁵ Ver entrenamiento del personal en Brasil, cuyo énfasis es la sensibilización.

²²⁶ La regulación de Italia incluye a las universidades entre los responsables del entrenamiento del personal de salud.

²²⁷ En el análisis comparado este tema se aborda en la página 116.

lógica— la presencia de complicaciones, con el fin de hacer seguimiento a la calidad de los servicios y especialmente a la oportunidad con que son atendidas las mujeres. El reporte no debería reducirse a los aspectos técnicos sino incluir también todo lo relacionado con las barreras para la provisión de este tipo de servicios, así como aspectos relacionados con el perfil de la usuaria.

Estos sistemas de información deben nutrirse de otras fuentes, como son las evaluaciones de calidad, críticas en materia de ILE. Como bien se ha dicho, la calidad de los servicios, especialmente cuando se trata de situaciones que como ésta suponen dilemas en distintos niveles, es un aspecto crítico de la atención y por lo tanto debe ser incorporado en las regulaciones sobre ILE, atendiendo aspectos tan importantes como la evaluación de los servicios—instituciones y profesionales—. Aunque estas evaluaciones suelen ser parte de la rutina de las instituciones (por ejemplo, mediante el control de los registros de información, el manejo adecuado de las historias clínicas, etcétera.), el eslabón más importante de las mismas es la propia usuaria que es quien puede calificar cómo ha sido brindada la atención.

Por último, en cuanto a generación de información se recomienda promover el desarrollo de investigaciones como una herramienta clave para profundizar en el conocimiento de la problemática de la ILE y especialmente para determinar la forma en la que el acceso a servicios legales y oportunos puede contribuir a reducir las complicaciones. Aspectos tales como el costo beneficio de la atención segura en materia de ILE, circunstancias de las mujeres que acuden a los servicios, magnitud de la problemática de la violación y su relación con la ILE, etcétera, son algunos de los tópicos que sin duda contribuirían a mejorar la atención integral de ILE. Toda la información —la proveniente de registros, de evaluaciones y de investigación— debe servir para retroalimentar a los servicios y al mismo tiempo ser una herramienta para trabajar por el cambio que sea necesario en distintos niveles: mejorar las regulaciones y garantizar su cumplimiento, mejorar la calidad, mejorar las condiciones para el ejercicio de derechos, entre otras.

- II Registro de información sobre ILE²²⁸.
- II Reporte al sistema de vigilancia sobre complicaciones²²⁹ e infecciones.
- II Que la información se destine a un sistema estadístico²³⁰ para la toma de decisiones en forma oportuna.
- II Se debería incluir la obligación de hacer pública periódicamente dicha información²³¹.

228 Colombia, Guyana, España, Sudáfrica y Noruega.

229 Incluyendo las muertes maternas.

230 España (Orden de 16 de Junio de 1986, Art. 1). Colombia (Circular 0031 de 2007).

231 Ver España donde se presenta un informe anual.

- ❑ Asegurar la transparencia, confiabilidad y seguridad de la información pública.
- ❑ Sistemas de manejo continuo del cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios por parte de la institución.
- ❑ Evaluaciones de calidad desde los propios prestadores: cómo ven, desde su perspectiva, las condiciones para su trabajo, y al mismo tiempo autoevaluarse frente a la calidad y oportunidad de los servicios, incluido el pleno respeto por las mujeres y sus decisiones.
- ❑ Evaluaciones de calidad de los prestadores por parte de las usuarias.
- ❑ Establecer medidas para promover el manejo adecuado de las historias clínicas, incluida la información que se registra (que sea completa y legible) y hacer monitoreo y auditoría clínica.

15. Sistema de supervisión, vigilancia y control de las instituciones²³²

Si bien la regulación en todos sus aspectos técnicos, emocionales y psicosociales es un requisito importante para la prestación de los servicios, si ésta no se acompaña de mecanismos eficaces que garanticen su cumplimiento por parte de todos los actores que hacen parte de un sistema de salud, pierde todo sentido la existencia de la norma. Por esta razón es clave que las autoridades sanitarias en ejercicio de la rectoría establezcan mecanismos que aseguren el cumplimiento de las normas y especialmente que garanticen el acceso oportuno a servicios de ILE.

- ❑ Establecer registros periódicos de cumplimiento de las actividades relacionadas con la ILE.
- ❑ Definir en cada caso la autoridad competente para el ejercicio del control²³³.
- ❑ Velar para que no se impongan requisitos administrativos adicionales que conduzcan a dilaciones en la atención.
- ❑ Vigilar la oportunidad en la prestación del servicio.
- ❑ Crear mecanismos en las instituciones para apelar la negación de los servicios²³⁴ con instancias superiores que lleguen al más alto nivel de las autoridades sanitarias como último recurso o a alguna superintendencia.
- ❑ **Establecer medidas para eliminar la discriminación laboral o social contra los/as prestadores de servicios de ILE²³⁵.**
- ❑ Generar mecanismos para el monitoreo social.

²³² En el análisis comparado este tema se aborda en la página 119.

²³³ Países que han desarrollado esta competencia son **Guyana, Colombia y España**.

²³⁴ **Noruega** tiene la más amplia regulación del mecanismo de apelación. Uno de los aspectos interesantes es que es automática: cuando se niega el procedimiento se remite inmediatamente al superior.

²³⁵ Ver Decreto 4444 de 2006. **Colombia**.

- II Crear mecanismos para establecer un reporte obligatorio al Parlamento²³⁶, como parte del control al Ejecutivo.
- II Definir sanciones ante el incumplimiento o negación de los servicios²³⁷.
- II Establecer mecanismos para dar inicio al proceso de sanción²³⁸.

En cuanto al establecimiento de las sanciones, éstas deberán ser definidas por ley y estar relacionadas con el incumplimiento en la provisión de los servicios²³⁹, la dilación innecesaria, la solicitud de requisitos adicionales a los permitidos por ley o que supongan cargas desproporcionadas para las mujeres. Estas sanciones deben tener en cuenta la violación del secreto médico que debe ser contemplada como una prohibición por los tribunales de ética médica²⁴⁰.

IV. Medidas orientadas a eliminar las barreras relacionadas con los sistemas de información, vigilancia y control

- 14. Sistema de registro de información
- 15. Sistema de supervisión, vigilancia y control de las instituciones

V. Medidas orientadas a reducir las barreras relacionadas con los costos: financiamiento

16. Generar una política de costos²⁴¹

Por tratarse de servicios que generan una alta relación costo–beneficio²⁴² deberán ser gratuitos para las mujeres de los niveles socioeconómicos más bajos²⁴³ y en ninguna

²³⁶ Italia.

²³⁷ Ver México, Guyana, Colombia, Perú, Brasil y Noruega.

²³⁸ Colombia. Artículo 7 del Decreto 4444 de 2006.

²³⁹ Ver modelos de Colombia, Guyana, Noruega, Brasil y México.

²⁴⁰ Ver nota 191. Declaración Uruguay.

²⁴¹ [En el análisis comparado este tema se aborda en la página 127.](#)

²⁴² La atención oportuna y segura de la ILE tiene una serie de impactos positivos en términos de los beneficios que supone para los sistemas de salud y para las mujeres. Por el contrario, la atención inoportuna genera enormes costos. En este sentido, no realizar las acciones que tienen un impacto positivo termina generando lo que se denomina «costos de la omisión» –aquéllos que ocurren cuando no se realizan las acciones que son necesarias para evitar mayores costos en distintos niveles–. Por lo tanto, la atención de una ILE resulta en: protección de vidas humanas (al evitar las muertes por abortos inseguros) y reducción de los costos para los servicios de salud (al reducir las complicaciones). Cristovan Buarque, Brasil.

²⁴³ México y Colombia determinan explícitamente la atención gratuita para la población pobre en la red hospitalaria pública.

circunstancia el pago de cuotas (tickets, cuotas moderadoras, copagos, vales²⁴⁴) deberá significar una barrera para el acceso²⁴⁵. Idealmente los servicios deben ser gratuitos para toda la población aunque puede pensarse en una escala diferencial de pagos y subsidios cruzados, que permita que las mujeres con mayores recursos financien a las de menores recursos económicos.

Las medidas que se desprendan de una política de costos deben abarcar tanto al sector público como privado –de acuerdo con cada contexto– y deben orientarse a que las cuotas de pago –si las hay– se establezcan de acuerdo con la capacidad de pago y no con las necesidades. Implica además la revisión de las políticas de pago de la población adolescente con el fin de garantizar la gratuidad de los servicios para este sector y crear mecanismos para que se les reconozca la titularidad en materia de SSR.

- Gratuidad para las mujeres más pobres.
- Gratuidad para las adolescentes.
- Generar mecanismos para el reconocimiento de la titularidad de DSR para la población adolescente.
- Prohibición de que los costos se conviertan en una barrera para el acceso.
- Cuando se permita el pago de cuotas, éstas deben basarse en escala diferencial de pagos de acuerdo con las capacidades económicas y no con las necesidades²⁴⁶.

17. Creación y adopción de instrumentos para la identificación de las condiciones socioeconómicas de la población^{247,248}

Estos instrumentos deben servir para la identificación de la capacidad de pago de la población en su conjunto, de tal manera que sea posible favorecer en primer lugar a quienes no pueden pagar por los servicios. A manera de ejemplo, la definición de costos para los servicios de ILE en **Colombia** se basa en la identificación de la capacidad de pago de la población mediante el denominado SISBEN²⁴⁹. Este sistema permite definir cuál es la población para la cual el servicio es gratuito y cuál aquella que debe realizar algún tipo de pago. Estos mecanismos no tienen que ser específicos para la clasificación de la po-

²⁴⁴ Éstos son algunos de los nombres que reciben los pagos (gasto de bolsillo) que deben hacer las mujeres al momento de la prestación del servicio.

²⁴⁵ Estas recomendaciones sobre los costos deberían aplicarse también a la provisión de métodos anticonceptivos posteriores al aborto para lograr una disminución de los embarazos no deseados o no planeados, abortos repetidos y complicaciones.

²⁴⁶ Éste es un principio básico de las reformas del sector salud que propenden por la equidad.

²⁴⁷ La utilidad de esta medida dependerá del funcionamiento de los sistemas de financiamiento de los sistemas de salud en cada contexto particular.

²⁴⁸ [En el análisis comparado este tema se aborda en la página 129.](#)

²⁴⁹ Ver capítulo IV de análisis comparado sobre la definición de SISBEN.

blación en los servicios de ILE, sino que deben ser mecanismos generales que funcionen para las prestaciones de salud.

V. Medidas orientadas a reducir las barreras relacionadas con los costos: financiamiento

- 16. Generar una política de costos
- 17. Creación y adopción de instrumentos para la identificación de las condiciones socioeconómicas de la población

VI. *Medidas para reducir las barreras relacionadas con aspectos administrativos*

Si bien el marco legal es el que establece las condiciones en las que las mujeres pueden recurrir a una ILE, hay una serie de medidas de carácter administrativo que son expedidas por las autoridades sanitarias nacionales o que son establecidas por las propias instituciones que prestan los servicios. Estas medidas muchas veces intentan restringir los marcos que han sido definidos por los instrumentos legales o simplemente resultan haciéndolos más complejos utilizando argumentos «científicos» que limitan la atención. En este sentido la regulación debe dirigirse a evitar que tales situaciones sucedan y por el contrario debe crear condiciones para que a las mujeres no se les impongan barreras adicionales ni cargas desproporcionadas para acceder al servicio.

18. Evitar requisitos adicionales para acceder al procedimiento²⁵⁰

Entre ellos, la denuncia penal (cuando no esté establecida por ley), la autorización judicial, el examen médico legal, el concepto de varios profesionales para determinar la realización del procedimiento, la creación de comités éticos, el consentimiento de un tercero, etcétera.²⁵¹ En todos los casos se trata de favorecer la adopción de procedimientos y requisitos simples para el acceso a los servicios y evitar la participación de múltiples profesionales o esquemas de juntas que dilaten la provisión de los mismos.

²⁵⁰ En el análisis comparado este tema se aborda en la página 129.

²⁵¹ Colombia cuenta con uno de los modelos más sencillos en términos de los requisitos que fueron establecidos en la Sentencia de la Corte: certificado médico (sin determinar especialidad) y denuncia en casos de violación.

Durante las primeras doce semanas la ILE debería realizarse siempre por la sola voluntad de la mujer.

19. Evitar interpretaciones restrictivas de las causales, cuando el acceso a los servicios de ILE esté establecido según causales²⁵²

La interpretación de la causal de salud a menudo se convierte en un listado de patologías que no miran a la mujer integralmente de acuerdo con la definición de salud de la OMS, que tiene que ver con atributos físicos, mentales y sociales y no sólo con la mera ausencia de enfermedad²⁵³.

En este sentido es importante impulsar esfuerzos para definir criterios que ayuden a los profesionales de la salud –en su relación con la usuaria– a interpretar en forma integral, desde las perspectivas de derechos humanos, justicia social y equidad de género, causales como la salud de las mujeres y las razones socioeconómicas. Con respecto a estas últimas, es importante tener en cuenta que pueden ser estructurales o coyunturales. Los criterios deben apuntar a hacer operativas estas definiciones.

20. Crear condiciones para disponer de los medicamentos que la OMS recomienda para la ILE, particularmente el Misoprostol y la Mifepristona²⁵⁴

En aquellos países donde los medicamentos no cuentan con registro deberían establecerse mecanismos para que –por razones de salud pública– se puedan iniciar los trámites que conduzcan a obtenerlo. Si bien esta decisión no puede ser determinada por las propias instituciones de servicios de salud, está claro y así lo demuestra la experiencia de algunos países, que cuando se trate de que el medicamento (como es el caso del Misoprostol en muchos contextos) cuenta con registro pero no tiene indicación de uso para ginecología y obstetricia, las autoridades sanitarias deben poner en marcha todos los mecanismos que sean necesarios para que se lleve a cabo la ampliación de indicación y

²⁵² [En el análisis comparado este tema se aborda en la página 138.](#)

²⁵³ En **Perú**, por ejemplo (*Protocolo del Hospital de Belén de Trujillo y la Directiva del Instituto Materno Perinatal*) se han incluido definiciones sobre la causal de salud que resultan en principio restrictivas de acuerdo con la definición más amplia de salud de la OMS.

²⁵⁴ [En el análisis comparado este tema se aborda en la página 140.](#)

se garantice su disponibilidad para la ILE²⁵⁵. Esta indicación debe extenderse en general al manejo de la hemorragia obstétrica²⁵⁶.

Dos hechos más dan soporte a esta recomendación. La Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. FLASOG, expresa en su reciente edición²⁵⁷ que «no cabe duda que en el momento actual el Misoprostol es un medicamento de uso común por los gineco–obstetras latinoamericanos. En una encuesta aplicada en tres países acerca del uso del Misoprostol, los médicos respondieron que lo usaban para la evacuación uterina en caso de feto muerto intraútero (61%), en abortos retenidos (57%) y para inducir el parto (46%). Su popularidad se explica por ser un fármaco barato, termoestable y efectivo para provocar contracciones uterinas. Por otro lado, se reconoce que el uso de un medicamento fuera de su indicación aprobada es una práctica bastante común y aceptada, por ejemplo, por la Food and Drug Administration de los Estados Unidos, que al respecto dice lo siguiente: «La buena práctica médica y el mejor interés de los pacientes requiere que los médicos utilicen drogas (...) legalmente disponibles de acuerdo a sus conocimientos y mejor juicio. Si un médico usa una droga con una indicación diferente de aquella para la cual la droga fue aprobada, él está obligado a estar muy bien informado sobre el producto y basar su uso en un raciocinio médico firme y en sólidas evidencias científicas, además de mantener un registro del uso del producto y de sus efectos».

Por su parte la OMS lo ha incluido en la lista de medicamentos esenciales, como parte de la lista complementaria²⁵⁸. «La **lista complementaria** presenta los medicamentos esenciales para las enfermedades prioritarias que requieren medios especializados de diagnóstico o de vigilancia, asistencia médica por parte de un especialista o formación especializada. En caso de duda, también se pueden incluir en la lista medicamentos con carácter de complementarios, si presentan siempre un costo más elevado o una relación

²⁵⁵ En **Colombia**, la Comisión Revisora del Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), a solicitud de la Dirección Nacional de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social, autorizó el uso del Misoprostol para la ILE en aquellos casos definidos por la *Sentencia C–355* que despenalizó al aborto en algunas circunstancias. La solicitud del Ministerio se basó en razones de salud pública y acudió a la figura de ampliación de indicación de un producto registrado previamente por un laboratorio para otros fines distintos al gineco–obstétrico. Acta 20 de 2007. INVIMA.

²⁵⁶ Por supuesto debe impulsarse el uso de este medicamento también para otras indicaciones gineco–obstétricas distintas a la ILE, tales como la hemorragia obstétrica.

²⁵⁷ [Uso del Misoprostol en obstetricia y ginecología](#). FLASOG. Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Editor Aníbal Faúndes. Segunda Edición. Marzo de 2007.

²⁵⁸ [La Lista Modelo de la OMS de medicamentos esenciales](#) (revisada en marzo de 2005) señala en las notas explicativas dos tipos de listas en las cuales se clasifican los medicamentos: «La **lista básica** enumera los medicamentos mínimos necesarios para un sistema básico de atención de salud, e incluye los medicamentos más eficaces, seguros y eficientes para las enfermedades prioritarias. Estas enfermedades se seleccionan en función de su importancia actual o futura desde el punto de vista de la salud pública y de las posibilidades de aplicar un tratamiento seguro y eficiente». Además la OMS maneja la lista complementaria definida en esta misma página

coste–efectividad menos atractiva en diversas situaciones». El Misoprostol (comprimidos vaginales 25 ug y Mifepristona y Misoprostol comprimidos de 200 mg y 200 ug con exigencia de estrecha supervisión médica) forman parte de la lista complementaria Oxitócicos (Número 22.1) ubicada en 22. Oxitócicos y antioxitócicos²⁵⁹. En todos los casos esto implica que se hagan capacitaciones a los profesionales de la salud en el uso del medicamento toda vez que ha sido incluido en la lista de medicamentos esenciales de la OMS.

21. Definir mecanismos y elaborar estrategias para que cuando las mujeres acudan a las farmacias en búsqueda de servicios, éstas sean un aliado que proporcione información oportuna y veraz así como una remisión oportuna a la respectiva institución de salud. En todos los casos las autoridades sanitarias deberían realizar actividades de información con las farmacias para que puedan jugar un rol en la prevención.
22. Tomar medidas para involucrar y coordinar con otros sectores clave: educación, comunicación, justicia.

VI. Medidas para reducir las barreras relacionadas con aspectos administrativos

18. Evitar requisitos adicionales para acceder al procedimiento
19. Evitar interpretaciones restrictivas de las causales, cuando el acceso a los servicios de ILE esté establecido según causales
20. Crear condiciones para disponer de los medicamentos que la OMS recomienda para la ILE, particularmente el Misoprostol y la Mifepristona
21. Definir mecanismos y elaborar estrategias para cuando las mujeres acudan a las farmacias en búsqueda de servicios
22. Tomar medidas para involucrar y coordinar con otros sectores clave: educación, comunicación, justicia

²⁵⁹ No está demás aclarar que en dicho listado es el único medicamento que aparece con la siguiente anotación: Siempre que la legislación nacional lo permita y que sea aceptable culturalmente.

Nota final

El establecimiento de regulaciones sanitarias o el mejoramiento de las ya existentes, requiere de un compromiso claro por parte de las autoridades sanitarias para con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y en este caso particular con la creación de condiciones que permitan el acceso oportuno a servicios de ILE que sean seguros. Sin duda, tal compromiso se moviliza cuando la sociedad promueve la inclusión de estos debates en la agenda de salud pública.

Por esta razón, se hace necesario por un lado, disponer de información que contribuya a la toma de estas decisiones, y por otro, la organización de los grupos de la sociedad y el establecimiento claro de estrategias de incidencia política, de la cual formen parte alianzas tan estratégicas y necesarias como las que se logren con las sociedades de los profesionales de la salud de las distintas ramas.

En cuanto a la información, este documento pretende ser una herramienta de consulta para que quienes toman decisiones puedan acudir en forma sencilla a la experiencia de regulación de otros países, puedan conocer los aspectos más positivos de algunas de ellas y también reconocer las medidas que por una u otra razón pueden, en lugar de permitir avances, convertirse en barreras o generar cargas desproporcionadas para las mujeres. Pero además de la información que se encuentra en el análisis comparado, esta herramienta proporciona también un modelo con recomendaciones para las múltiples dimensiones que deberían ser consideradas al momento de establecer regulaciones sanitarias para los servicios de ILE. **Medidas que –como se ha mencionado antes– contribuyan a eliminar las barreras de acceso, asegurando el ejercicio de los DSR de las mujeres y la certidumbre para los prestadores.**

En cuanto a las estrategias de incidencia, esta herramienta también pretende ser útil para todos aquellos grupos que en la región buscan ampliar el horizonte de los derechos de las mujeres en un ámbito tan crítico de su vida como el de la sexualidad entendida no sólo como reproducción. Esto implica en primer lugar, un análisis del contexto en el cual los grupos quieren impulsar regulaciones que sean comprensivas y determinar el nivel de compromiso político para su realización y cumplimiento. En segundo lugar, es importante que se discutan las distintas estrategias para avanzar en materia de derechos con el fin de evitar falsas diferencias entre las estrategias que propenden por la legalización del aborto y aquéllas que buscan crear condiciones para el acceso en los casos de despenalización. Algunos elementos son clave en la elaboración de cualquier estrategia de incidencia política:

- Realizar análisis de contexto y establecer una ruta para lograr regulaciones sanitarias que sean favorables al ejercicio de derechos.

- Elaborar el mapa de actores buscando establecer la caracterización de aquéllos que pueden tener influencia sobre el objetivo de lograr regulaciones sanitarias, al menos en dos niveles: su nivel de influencia y su posición frente al objetivo.
- Crear espacios para estimular la coordinación entre sectores del movimiento de mujeres que trabajan en los aspectos médicos relacionados con el acceso y las que trabajan en los aspectos legales para cambiar la situación de criminalización del aborto, buscando que el lugar del debate no sea el código penal sino la salud pública.
- Involucrar a profesionales del derecho interesados en el litigio de alto impacto (de interés público o estratégico) para la defensa ante la negligencia o negación de los servicios de ILE.
- Involucrar a las asociaciones de profesionales de la salud (incluidas las parteras y obstetras) con el fin de convertirlas en aliadas y principales protagonistas en la implementación de las normas sobre ILE.

No cabe duda de que esta herramienta es una invitación para tomadores de decisión y para actores sociales que tengan el compromiso de avanzar en la creación de condiciones que permitan el ejercicio de los derechos de las mujeres en materia de interrupción legal del embarazo.

Índice de normas revisadas

Índice de normas revisadas

País	Norma	Fuente	Tema
Brasil ¹	Norma Técnica de Atención Humanizada del Aborto (2005).	Ministerio de Salud	Diversos aspectos para la atención de todo tipo de abortos, incluidos los permitidos legalmente: consentimiento, procedimientos, privacidad, etc.
	Norma Técnica para la Atención de los Agravios (daños) resultantes de la Violencia Sexual contra las Mujeres y las Adolescentes (2005).	Ministerio de Salud	Todos los aspectos para atender los casos de aborto en violencia sexual.
	Norma Técnica para la atención de los daños resultantes de la Violencia Sexual contra las Mujeres y las Adolescentes (2002).	Ministerio de Salud	Todos los aspectos para atender los casos de aborto en situaciones de violencia sexual.
	Portaria N° 48, Inclusión para el reembolso del AMEU (2001).	Ministerio de Salud	Inclusión de los procedimientos de Aspiración Manual al Vacío para reembolso.
Bolivia ²	Código Penal (1972).	Gobierno	Define algunas condiciones de acceso.
	Seguro Universal Materno Infantil (2002).	Congreso de la República	Sin información relevante para el tema.
	Protocolo para la Atención de la Mujer Embarazada.	Ministerio de Salud	Atención aborto incompleto y séptico.
Canadá	Paquete de Servicios Mujer Embarazada.	Ministerio de Salud	Atención aborto incompleto y séptico.
	Morgentaler vs la Reina (1988).	Corte Suprema de Canadá	Legalización del aborto.
	Tremblay vs Daigle (1989).	Corte Suprema de Canadá	Autonomía de la mujer.
	Civil Liberties Association vs British Columbia (1988).	Corte Suprema de Canadá	Aspectos económicos.
Colombia	Morgentaler vs Prince Eduard Island (1995).	Corte Suprema de Canadá	Aspectos económicos.
	Decreto que reglamenta Aspectos de Salud Sexual y Reproductiva (2006).	Ministerio de Protección Social	Disponibilidad del servicio, obligatoriedad de normas técnicas, objeción de conciencia, prohibición de discriminación, sanciones.
	Resolución que adopta Norma Técnica (2006) con Anexos.	Ministerio de Protección Social	Adopción de norma técnica, codificación de procedimientos, registro información, vigilancia, formación de profesionales.
	Norma Técnica IVE (2006).	Ministerio de Protección Social	Métodos, admisión gestante y seguimiento.
	Acuerdo CNSSS que incluye procedimientos (2006).	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Inclusión procedimientos en sistema.
	Circular 031 de 2007 con «Información sobre la provisión de servicios seguros de interrupción voluntaria del embarazo, no constitutiva del delito de aborto» (2007).	Ministerio de Protección Social	Reporte de instituciones habilitadas y disponibles y especificación algunos puntos del registro de información.
España ³	Acta de aprobación uso de medicamentos (2007). Ver punto 2.9.39.	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)	Aprobación Misoprostol.
	Código Penal (1985).	Congreso de la República	Límites semanas de gestación, especialistas, consentimientos, autorizaciones.
	Ley General de Consentimiento Informado (2002).	Congreso de la República	Condiciones del consentimiento informado.
	Real Decreto sobre Centros Acreditados y Dictámenes Preceptivos para la Práctica de Abortos Legales (1986).	Ministerio de Salud	Requisitos de Acceso.
	Orden de 16 de junio de 1986 sobre Estadística e Información Epidemiológica de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985 (1986).	Ministerio de Sanidad y Consumo	Registro de información IVE.
Resolución de 4 de febrero de 2000, de la Subsecretaría, sobre Estadística e Información Epidemiológica de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio (2000).	Ministerio de Sanidad y Consumo	Formato para recaudar la información.	
Guyana	Medical Termination of Pregnancy Act (1995).		Todos los aspectos relacionados con la terminación del embarazo.

Índice de normas revisadas [continuación]

País	Norma	Fuente	Tema
	Medical Termination of Pregnancy Regulations (1995).		Consejería, aprobación instituciones, autorización médico, registros.
Italia ⁴	Norma para la Tutela Social de la Maternidad y sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (1978).	Congreso de la República	Condiciones de acceso, privacidad, límites semanas de gestación.
México	Código Penal (2004). Ver modificación abajo.		Requisitos dependiendo de causales y derecho a la información.
	Modificación Código Penal (2007).	Asamblea Legislativa del Distrito Federal	Permite la interrupción del embarazo libremente antes de la semana 12.
	Código de Procedimiento Penal (2004).		Permiso en caso de violación o inseminación no consentida y derecho a la información.
	Ley de Salud Pública (2004). Ver modificación abajo.	Asamblea Legislativa del Distrito Federal	Acceso a los servicios en instituciones públicas, consentimiento informado, objeción de conciencia.
	Modificación Ley de Salud Pública (2007).	Asamblea Legislativa del Distrito Federal	Precisión en gratuidad de los servicios y políticas en salud sexual y reproductiva.
	Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal (2006) que modificó una circular anterior (2002). Ver nueva modificación abajo.	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Requisitos en relación con las causales, personal médico, objeción de conciencia, establecimientos, procedimientos, consentimiento informado, relación con otras dependencias.
	Reforma Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal (2007).	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Definiciones de algunos conceptos, requisitos para acceder al procedimiento, dictámenes, requisitos de las instituciones, tiempos de espera, expediente clínico, reserva.
	Acuerdo para Procedimiento en caso de Violación (2006) que reformó acuerdo anterior (2002)	Procurador General de Justicia del Distrito Federal	Procedimiento para obtener permiso del ministerio en caso de violación, procedimiento con menores que discrepen con padres.
Noruega	Termination of Pregnancy Act (1975, enmendada en 1978).		Relación semanas causales, lugar y profesional que puede practicarlo, consentimiento informado, procedimientos administrativos, objeción de conciencia.
	Regulation for the Implementation of the Act concerning Termination of Pregnancy (1975).		Procedimiento técnico de terminación del embarazo.
Panamá ⁵	Código Penal (1982).	Congreso de la República	Requisitos de acceso: causales, profesional, permiso de Comisión Multidisciplinaria Nacional de Aborto Terapéutico.
	Oferta de Servicios de Salud del Sistema de Protección Social (2005).	Ministerio de Salud	Tratamiento, control y seguimiento en post-aborto (no indica el contenido de la atención).
	Resuelto N° 02007 de agosto 2 de 1988 del Ministerio de Salud (1988).	Ministerio de Salud	Ordena la conformación de La Comisión Nacional Multidisciplinaria de Aborto Terapéutico.
	Resolución 1 de abril de 1989 de la Comisión Multidisciplinaria Nacional de Aborto Terapéutico (1989).	Comisión Nacional Multidisciplinaria de Aborto Terapéutico	Requisitos para acceder, consentimiento, tiempos de espera, profesionales a cargo del procedimiento, instituciones donde puede practicarse, periodicidad de reunión de la comisión y algunas competencias.
Perú ⁶	Código Penal (1924).	Congreso	Causales y exigencia de consentimiento y médico para su práctica.
	Guía de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (2004).	Ministerio de Salud	Atención post-aborto (tratamiento de hemorragia obstétrica asociada a aborto), tratamiento de aborto incompleto con diferentes complicaciones (incluye asesoría en planificación posterior), también incluye el tratamiento debido a mujeres con aborto incompleto.
	Manual de Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (2006).	Ministerio de Salud	Consejería en post-aborto, contenido de la consejería (página 23), consejería especializada para adolescentes que no incluye aborto explícitamente (página 31).

Índice de normas revisadas [continuación]

País	Norma	Fuente	Tema
	Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de SSR (2004).	Ministerio de Salud	Incluye un capítulo de derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y entre ellos, atención integral en aborto, especificando servicios (página 6), también hay atención en la edad adulta y sólo incluye atención post-aborto (página 7), uno de los objetivos es mejorar la atención de aborto incompleto (página 8), servicios especiales para adolescentes en salud sexual y reproductiva pero sólo incluye aborto incompleto y complicaciones.
	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.	Ministerio de Salud	No se menciona el tema.
	Directiva del Instituto Materno Perinatal (2007).	Instituto Nacional Materno Perinatal. Actualmente derogada	Acceso al aborto terapéutico.
	Protocolo de Manejo de Casos para la Interrupción Legal del Embarazo (2006).	Departamento de Ginecología Hospital de Belén Trujillo	Acceso al aborto terapéutico.
	Informe técnico Misoprostol.	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas	Considera justificada la aprobación para compra de medicamentos por el Comité Farmacológico del Instituto Materno Perinatal para aborto frustrado e incompleto.
	Resolución Directorial 1988 (2003).	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Ministerio de Salud	Autorización de Prostokos.
	Guía de Práctica Clínica de Emergencias Obstétricas, según nivel capacidad resolutoria (2007).	Ministerio de Salud	Procedimientos en aborto inevitable, aborto completo, aborto incompleto, aborto retenido, aborto séptico en relación con el equipamiento, los exámenes y los procedimientos, protocolo para AMEU y consejería post-aborto (si bien no se habla de aborto legal se refiere al aborto completo).
Puerto Rico ⁷	Reglamento General para la Operación y Funcionamiento de las Facilidades de Salud en Puerto Rico (1999).	Gobierno de Puerto Rico, Departamento de Salud	Requisitos de los establecimientos médicos, requisitos de los médicos, disponibilidad para urgencias, competencia de facilidades para hacer sus propios protocolos, anestesia, exámenes (artículo H).
	Ley de Facilidades de Salud (1965).		Facultad del Departamento de Salud para reglamentar «los lugares donde se practican abortos».
	Proyecto para Reglamentar el Licenciamiento, Operación y Mantenimiento de Facilidades de Salud Ambulatorias (Centros de Planificación Familiar y Terminaciones de Embarazo).	Departamento de Salud	Licencia para las instituciones de salud, estadísticas en los centros, inspección, organización interna y reglamentación, personal médico, exámenes, requisitos establecimientos salud, control de infecciones, programa de mejoramiento de calidad, recaudo y manejo de la información.
Sudáfrica	Choice on Termination of Pregnancy Act (1996).	Parliament	Circunstancias y condiciones para interrumpir el embarazo, lugar donde se puede practicar el procedimiento, personal autorizado para practicar el procedimiento, información, consentimiento menores.
	Amendment (2004).	Parliament	Relacionado con las autoridades y el personal que puede practicar los procedimientos.
	Circular H97/2000 (2000).	Departamento de Salud	Atención de primer nivel, referencia, información, procedimientos, objeción de conciencia, personal médico, manejo post-aborto, consejería, manejo de infecciones, estándares de bioseguridad, sistema de información.

¹ Aborto legal sólo para salvar la vida de la mujer y en caso de violación o incesto. Autorización caso por caso cuando hay malformación del feto incompatible con la vida

² Aborto legal en caso de violencia sexual, incesto, estupro, salud o vida de la mujer. Es importante tener en cuenta que el seguro materno infantil (SUMI) es todo un paquete de atención.

³ Aborto permitido para salvar la vida o la salud de la madre, malformaciones del feto o violación.

⁴ Antes de los noventa días por salud, vida, condiciones socioeconómicas familiares, de la concepción o problemas del feto. Después de noventa días: vida de la madre y malformación

⁵ En Panamá existen dos normas importantes de salud –el Código Sanitario y la Política de Salud– donde sería previsible encontrar normativa sobre interrupción del embarazo y sin embargo no contienen ninguna disposición al respecto.

⁶ En Perú existe abundante regulación sanitaria en el tema de salud sexual y reproductiva, especialmente, en el tema de anticoncepción de emergencia.

⁷ Aborto legal en las mismas condiciones que en USA. Servicio gratuito en los casos de violación e incesto.

Índice de documentos

Índice de documentos

Nombre del documento	Autor	Tema
La objeción de conciencia al aborto: su encaje constitucional.	Cebriá García, María	Objeción de conciencia en España.
Objeción de conciencia médica. Bogotá (2005).	Castillo Vargas, Elizabeth	Objeción de conciencia en Colombia.
Invoking Conscientious Objection In Reproductive Health Care: Evolving Issues In Latin America. Thesis for the degree of Master of Laws Graduate Department of Law University of Toronto (2005).	Lidia C. Casas	Objeción de conciencia en América Latina.
Uso del Misoprostol en obstetricia y ginecología. Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (2007).	Faúndes, Aníbal (editor)	Uso de Misoprostol en la región de América Latina.
Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 2007.	Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología	Dosis de Misoprostol en diferentes casos.
Instructions for use Misoprostol for treatment of incomplete abortion and miscarriage. Gynuity Health Projects and Reproductive Health Technologies Project (2004).	Gynuity Health Projects and Reproductive Health Technologies Project	Dosis de Misoprostol.
Misoprostol using in obstetrics and gynecologic. Outlook. Volumen 21. Número 4 (2005).	PATH. Cristina Herdman (editora)	Misoprostol en Estados Unidos.
Entre la espada y la pared: el secreto médico y la atención pos aborto. Ipas Centroamérica. Nicaragua (2004).	Heathe Luz McNaughton, MPH; Dra. Karen Padilla Z.; Dra. Emilia Hernández; Dra. Patricia de Hernández; Dra. Patricia Ramírez	Denuncia de mujeres que se practican abortos por los médicos en El Salvador.
Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra (2003).	OMS	Protocolo de atención de aborto.
Declaración sobre secreto médico. Uruguay (2007).	La Facultad de Medicina de la Universidad de la República en conjunto con el Consejo Arbitral del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y el Tribunal de Ética de la Federación Médica del Interior (FEMI)	Reiteración de obligación de los médicos y el personal de salud de guardar el secreto médico y profesional.
Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006).	Naciones Unidas	Declaración de derechos de las personas con discapacidad.
Medicamentos esenciales. Listado Modelo de la OMS. 14° edición Marzo de 2005.	OMS	Listado de medicamentos esenciales y explicación del concepto.
Código Penal Noruega (1902).		Tipos penales de abuso sexual.
Gaining Ground. A Tool for Advancing Reproductive Rights Law Reform. Chapter X: Adolescents' Reproductive Rights (2006).	Center for Reproductive Rights	Temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.
Implementing Adolescent Reproductive Rights Through the Convention on the Rights of the Child (1999).	Center for Reproductive Rights	Temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes y acceso a servicios.
Medical and Services Delivery Guideliness (2004).	IPPF	Temas relacionados con salud sexual y reproductiva: anticoncepción, esterilización, fertilización, VIH, aborto seguro, entre otros.
Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context (1994).	Thaddeus, Sereen y Maine, Deborah. Publicado en: Social Science & Medicine	Estudio sobre factores que afectan la mortalidad materna en países en desarrollo.
La Evolución de las Facultades del Niño (2005).	Instituto de Investigaciones Inocenti de UNICEF	Estudio amplio sobre el concepto, aplicación y modelos de estimulación de las facultades evolutivas de los niños con miras a que adopten sus propias decisiones.

Federación Internacional de Planificación
de la Familia / Región del Hemisferio Occidental, Inc.
120 Wall Street, 9th Floor, New York, NY 10005 - 3902
Tel 212 - 248 - 6400, Fax 212 - 248 - 4221
Email info@ippfwhr.org, Web www.ippfwhr.org