



MISOPROSTOL

REGULACIONES Y BARRERAS EN EL ACCESO AL ABORTO LEGAL

Regulación del uso obstétrico del misoprostol
en los países de América Latina y El Caribe

Barreras en el acceso a los abortos legales:
una mirada a las regulaciones sanitarias
que incluyen el uso del misoprostol

Producido por el Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro – CLACAI, CEDES y FLASOG

Producido en Perú

Para obtener más información:

Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI)

Secretaría ejecutiva alojada en Promsex

Av. José Pardo 601, Oficina 604, Miraflores, Lima – Perú

(511) 4478668

susana@promdsr.org

www.clacai.org

MISOPROSTOL

REGULACIONES Y BARRERAS EN EL ACCESO AL ABORTO LEGAL

Regulación del uso obstétrico del misoprostol
en los países de América Latina y El Caribe

Barreras en el acceso a los abortos legales:
una mirada a las regulaciones sanitarias
que incluyen el uso del misoprostol

Introducción

La publicación “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2003, puso en evidencia el incumplimiento sistemático de muchos Estados de la Región en relación al acceso de la interrupción legal del embarazo (ILE).

Hoy, aun con legislaciones que permiten alguna causal de aborto desde, por lo menos, hace 5 décadas, persisten obstáculos para el acceso a la interrupción legal del embarazo en los establecimientos públicos de salud. Asimismo, existen grupos de interés que trabajan de manera activa para restringir mucho más los limitados alcances de la permisión, al extremo de restringir su acceso o, lo que es peor, prohibir de manera absoluta el aborto, aun cuando este podría salvar la vida o evitar cargas de enfermedad a las mujeres, cuando el feto es inviable, o cuando el embarazo es producto de una violación.

Es así que la reglamentación de la ley se ha convertido en un segundo campo de batalla del aborto no punible, reeditando arbitrariamente debates y restricciones en el sistema público de salud, que ya se dieron en los congresos o parlamentos. Obligando a las mujeres a llevar embarazos no deseados y peligrosos para su integridad física y psicológica, o sometiéndolas al trato indigno del silencio, como si se tratara de algo ilegal o de un favor especial, situación que resulta inaceptable porque se niega a las mujeres un derecho que les corresponde.

La ausencia de la reglamentación o la creación de requisitos no contemplados en las leyes han sido mecanismos frecuentes para negar el acceso al aborto legal. Es así que en la actualidad se constituye en una de las principales exigencias para el cumplimiento de derechos de las mujeres que vienen enarbolando, tanto las organizaciones defensoras de los derechos de las mujeres y las organizaciones médicas, representadas en la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG).

La negación de acceso a la interrupción legal del embarazo constituye en sí misma una violación de derechos de las mujeres. Es así que tanto el Sistema Regional de Derechos Humanos como el Sistema Universal se han manifestado, en reiteradas oportunidades, sobre ese punto, a través de dictámenes y recomendaciones. Por ejemplo, el caso Paulina vs. México (CIDH; 2007), KL vs. Perú (Comité de Derechos Humanos; 2005) y L.C vs. Perú (Comité CEDAW; 2011). Asimismo, se han emitido reportes especiales por parte de los relatores de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental (Paul Hunt y Annad Grover).

Estas denuncias han hecho que recién en los últimos años las normas o protocolos ocupen algún nivel de atención (a excepción de Brasil, cuyas normas, anteceden los 90s), pues aunque la mayoría de las intervenciones en salud sexual y reproductiva, han sido protocolizadas (particularmente la atención materna y el acceso a métodos anticonceptivos), no ha ocurrido lo mismo con la atención de la ILE, cuya tendencia tal como señalan las autoras del CEDES en el análisis que en esta publicación se presenta, ha sido el desarrollo de protocolos aislados de la atención integral de salud sexual y reproductiva.

Esto obliga a que los protocolos pongan especial énfasis en enmarcarse en los estándares de derechos humanos y de la equidad de género, dado que no sólo se trata de intervenciones eficaces, sino también de trato digno y de calidad, en donde se debería garantizar como un principio elemental, el respeto pleno a las decisiones de las mujeres.

Desde sus orígenes CLACAI no ha estado ajeno a las exigencias de regulaciones que cumplan con estándares de calidad y derechos humanos. Es por ello que se ha unido al esfuerzo regional por crear referentes, como el desarrollado, hace algunos años, por la IPPF cuando se propuso analizar las normativas regulatorias de ILE, cuyos resultados fueron presentados en “Aborto Legal, Regulaciones Sanitarias Comparadas” (IPPF RHO, 2008). Hoy, cinco años después, hemos querido contribuir a la actualización de dicho análisis con el añadido particular de cómo se están incluyendo en estas regulaciones el aborto con medicamentos, procurando de esta manera avanzar en la mejora de la atención del aborto seguro, particularmente en los servicios públicos de salud.

De cara a estos resultados podemos ver que aunque el aborto con medicamentos, especialmente con misoprostol, es bastante conocido y muy usado fuera del sistema sanitario, no siempre está disponible en los servicios de salud para la provisión de aborto y menos aún se encuentra la mifeprestona, negando a las mujeres que necesitan interrumpir un embarazo, la elección de una técnica sencilla y de bajo costo. De allí nuestro interés particular de desarrollar dos análisis; La regulación del uso obstétrico del misoprostol en los países de América Latina y el Caribe, (Luis Távora, Susana Chavez, 2013), publicado en la Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología (Vol, 59 Nro 2, Abril Junio del 2013), y, Barreras en el acceso a los abortos legales; una mirada a las regulaciones sanitarias que incluyen el uso del misoprostol, elaborado por Agustina Ramón Michel, Silvina Ramos y Mariana Romero, del equipo del CEDES.

Ambos estudios muestran el estado de la cuestión, en las normativas sanitarias, proponen establecimientos de estándares de atención de la ILE basado en los derechos humanos, la equidad de género y la disponibilidad de recursos, como es el aborto con medicamentos.

Como CLACAI nos complace aportar con el desarrollo de recursos que transformen los servicios de salud sexual y salud reproductiva para que cumplan con su obligación sin los obstáculos que aún se encuentran. De tal manera que ninguna mujer tenga que seguir siendo vejada, encarcelada, obligada a continuar un embarazo forzado o morir; pues negar una ILE es una violación a los derechos de la mujer, que bajo ninguna circunstancia debe ser tolerada.

Susana Chàvez A.

Secretaría Ejecutiva

Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro

Regulación del uso obstétrico del Misoprostol en los países de América Latina y El Caribe

RESUMEN

Objetivos: Actualizar la información sobre regulaciones para el uso obstétrico del misoprostol en América Latina y El Caribe. **Metodología:** Se elaboró un formato semiestructurado de encuesta, que fue enviado a informantes clave en los países de América Latina y El Caribe. Los informantes consultaron diferentes fuentes en el sector público y privado de cada país. Las encuestas contestadas fueron incorporadas dentro de una base de datos que permitió obtener la frecuencia de cada una de las variables estudiadas. **Resultados:** De los 19 países a los que se envió la encuesta, 18 respondieron. En el caso de México se utilizó dos formularios, para el Distrito Federal y para el resto del país. Todos los países de América Latina y El Caribe cuentan con regulaciones para usar el misoprostol en obstetricia, mayoritariamente elaboradas por el Ministerio de Salud. El misoprostol está indicado mayormente para la inducción del parto con feto vivo y con feto muerto; pero más de la mitad de los países lo utilizan en la prevención y manejo de la hemorragia posparto, en el manejo del aborto incompleto y en la inducción del aborto dentro del marco legal. La norma se cumple bastante bien en los países, pero también es evidente que mantienen control sobre su uso, puesto que en 11 de ellos se retiene la receta, en dos el uso del medicamento es solo institucional y en uno la receta se retiene ocasionalmente. Los médicos que no usan el medicamento según la Norma lo hacen principalmente por desinformación, falta de capacitación y temor; la objeción de conciencia y la falta de acceso al medicamento están presentes en un tercio de los países. **Conclusiones:** El misoprostol es un fármaco que se utiliza en todos los países de América Latina y El Caribe, y su uso en obstetricia está regulado. Los profesionales lo vienen usando regularmente según lo establecido en la Norma.

Palabras clave: Misoprostol, regulación del uso del misoprostol en América Latina y El Caribe, misoprostol en Obstetricia

Luis Távara Orozco ¹, Susana Chávez Alvarado ²

¹ Director Ejecutivo de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología; Presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología; Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras Working Group for Prevention of Unsafe Abortion

² Directora Asociada de Promsex; Directora Ejecutiva de CLACAI

Participaron en la recopilación de la información: Sandra Vázquez (Argentina), Elbio Fernández, Jackeline Severich y Roberto Baldiviezo (Bolivia), Cristiao Rosas y Vanusa Baeta Figueiredo (Brasil), Miriam González y Eghon Guzmán (Chile), Pio Iván Gómez (Colombia), Angélica Vargas (Costa Rica), Evelio Cabezas (Cuba), Patricio Jacome y Andrés Calle (Ecuador), Edwar Herrera (El Salvador), Rossana Cifuentes (Guatemala), Karla Castellanos (Honduras), Antonio Peralta y Héctor Santana (México), José De Los Ángeles Méndez (Nicaragua), Raúl Bravo (Panamá), Luis Távara (Perú), José Figueroa (República Dominicana), Francisco Coppola (Uruguay) y Leonor Zapata (Venezuela).

Artículo recibido el 6 de febrero de 2013 y aceptado para publicación el 12 de marzo de 2013.

Correspondencia:
Dr. Luis Távara Orozco Correo electrónico: luis.tavara@gmail.com

Rev peru ginecol obstet. 2013;59: 85-94

Misoprostol obstetrical use regulation in Latin America and The Caribbean countries

ABSTRACT

Objectives: To update information on misoprostol obstetrical use regulations in Latin America and The Caribbean. **Methods:** A semi structured questionnaire was sent to key Latin America and The Caribbean countries' informants. The informants consulted different sources in each country either public or private sectors. Answers were incorporated in a database in order to obtain the frequency of each variable studied. **Results:** Eighteen of the 19 countries where the questionnaire was sent answered. In the case of Mexico two formularies were used, for the Federal District and for the rest of the country. All Latin America and The Caribbean countries have regulations to use misoprostol in Obstetrics, usually elaborated by the Ministry of Health. Misoprostol is mainly indicated for labor induction with either live or dead fetus; but most countries use it for prevention and management of post partum hemorrhage, in treatment of incomplete abortion, and in the legal setting of abortion induction. The norm is very well accomplished in the various countries, but it is evident that they control its use, because in ten of them the prescription is retained, in two the medication is institutional only and in one the prescription is retained occasionally. Physician not using the medication according to Norm was mainly because of lack of information, lack of capacitation and fear; conscientious objection and nonaccess to the medication were present in one third of the countries. **Conclusions:** Misoprostol is a drug used in all Latin America and The Caribbean countries and its use in Obstetrics is regulated. Professionals are using it regularly according to the Norm established.

Key words: Misoprostol, regulation of misoprostol use in Latin America and The Caribbean, misoprostol in Obstetrics.

INTRODUCCIÓN

Las prostaglandinas (PGs) son un grupo de sustancias lipídicas que en su forma natural se pueden encontrar en casi todas las células del organismo y tienen como precursor el ácido araquidónico. En 1960, Bergstrom logró cristalizar las prostaglandinas E y F(1). El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1 (PG E1), que comenzó a ser vendido en las farmacias de América Latina desde fines de la década de los 80 con el nombre comercial de *Cytotec*, indicado en el tratamiento de la úlcera péptica, especialmente en aquellos casos provocados por el uso de antiinflamatorios no esteroideos. Su uso con este fin se ha contraindicado en las mujeres embarazadas porque puede causar aborto⁽²⁻⁴⁾.

La primera publicación acerca del uso del misoprostol para la inducción del parto en casos de feto muerto apareció en Brasil⁽⁵⁾, la que fue seguida de otros reportes⁽⁶⁾. Más

adelante, en los años 90, se comunicó la utilidad de esta droga en la inducción del parto con feto vivo⁽⁷⁻⁹⁾. Asimismo, los empleados de las farmacias advirtieron que podían utilizar el efecto secundario del *Cytotec* y empezaron a venderlo como un medicamento efectivo para el 'retraso menstrual'⁽¹⁰⁾, y fue después de esto que aparecieron prontamente publicaciones del uso del misoprostol para inducir con éxito el aborto en el primer y segundo trimestre del embarazo, especialmente en Brasil⁽¹¹⁻¹⁶⁾. En 1993 se publicó el primer reporte sobre el uso del misoprostol en el manejo del aborto incompleto⁽¹⁷⁾ y en 1998 se publicó acerca de la administración rectal del fármaco para el tratamiento de la hemorragia posparto que no respondía a los oxitócicos convencionales⁽¹⁸⁾.

Lo cierto es que en el momento actual el misoprostol es un medicamento de uso común por los ginecoobstetras latinoamericanos⁽¹⁰⁾. En una encuesta llevada a cabo hace algunos años en tres países⁽¹⁹⁾ se encontró que los

médicos lo venían usando para la evacuación uterina en casos de feto muerto intraútero (61%), en abortos retenidos (57%) y en la inducción del parto (46%).

A finales del año 2008, publicamos un trabajo sobre la disponibilidad del misoprostol en América Latina y El Caribe (LAC), en donde encontramos que solo unos pocos países tenían regulado el uso obstétrico del misoprostol⁽²⁰⁾. Sin embargo, hoy en día, debido a la amplia investigación científica en el mundo, este medicamento es de utilización cada vez más difundida y es aplicado en diferentes situaciones clínicas⁽²¹⁾.

Con estos antecedentes, en este artículo se ha querido poner al día la información acerca de las regulaciones existentes para el uso obstétrico del misoprostol en los países de LAC.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este trabajo se diseñó una encuesta semiestructurada (Anexo 1), la misma que fue enviada a los/as diferentes informantes clave en los 19 países de LAC, cuyas sociedades científicas están afiliadas a la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Para responder la encuesta, cada informante clave consultó a diferentes instituciones públicas y privadas en sus países, así como a médicos ginecoobstetras que trabajaban a nivel de los servicios, y revisaron los documentos oficiales que regulan el uso obstétrico del misoprostol. La información fue recogida entre noviembre y diciembre del año 2012.

VARIABLES ESTUDIADAS:

- Normas oficiales que regulan el uso del misoprostol
- Naturaleza de la Norma
- Aplicaciones obstétricas del misoprostol según la Norma
- Cumplimiento de la Norma por los médicos en el sector público
- Cumplimiento de la Norma por los médicos en el sector privado
- Retención de la receta por el farmacéutico
- Razones por las cuales los médicos no aplican la Norma.

Para el procesamiento, cada uno de los formularios diligenciados fue incorporado dentro de una base de datos para obtener la frecuencia de cada una de las variables estudiadas, la misma que se expone en tablas en la sección de Resultados.

Con relación a los aspectos éticos, el formato de encuesta explica a los/as informantes la naturaleza del documento y el hecho de haber recibido respuesta confirma su aceptación voluntaria.

RESULTADOS

De los 19 países a los cuales se envió la encuesta, todos los integrantes de América Central, México y El Caribe respondieron, mientras que de los 10 países de América del Sur no respondió Paraguay. En el caso de México se utilizó dos formularios para la encuesta, uno para México DF y otro para el resto del país, por ser realidades diferentes.

Los/as informantes clave consultaron diversas fuentes para poder contestar la encuesta, dentro de las cuales estuvieron las siguientes:

- Funcionarios de los Ministerios de Salud
- Funcionarios de la Seguridad social
- Oficinas de medicamentos, fueran dependientes o no de los Ministerios de Salud
- Normas y Protocolos institucionales de maternidades y hospitales públicos sobre el uso del misoprostol en Ginecología y Obstetricia
- Guías Nacionales de Salud Reproductiva
- Guías de Salud Materna y/o Perinatal
- Guías Técnicas para el Manejo del Aborto
- Normas Nacionales del Ministerio de Salud
- Código Penal
- Ley de Despenalización del aborto
- Sociedades y Asociaciones científicas
- Jefes de servicios o departamentos de Ginecoobstetricia
- Organizaciones No Gubernamentales
- Funcionarios de Laboratorios farmacéuticos

- Personal de Clínicas privadas
- Médicos de los servicios
- Experiencia personal de cada uno/a de los/as informantes
- Páginas web.

Los 18 países que respondieron la encuesta cuentan con regulaciones oficiales para el uso del misoprostol en Obstetricia. En el caso de México se incluye además el Distrito Federal (DF).

Con relación a la naturaleza de la Norma que regula el uso del misoprostol, como se puede apreciar en la tabla 1, la

mayor parte de Normas que regulan el uso obstétrico del misoprostol son de carácter de Resolución a Nivel de los Ministerios de Salud; en la mayoría de países se requiere además de una Norma que proviene de la Agencia Gubernamental de Medicamentos. En tres países se complementa la disposición Ministerial con las Normas o Protocolos de nivel local, en los hospitales públicos. Solo un país (Guatemala) comunicó que la regulación es dependiente de la ley y de la resolución ministerial y, finalmente, en el caso del DF México registra una Norma Estadual. Se puede entonces entender que el número total suma más de 19 y los porcentajes suman más de 100% debido a que en algunos países existe más de una regulación.

Tabla 1. Naturaleza de la Normatividad.

NATURALEZA DE LA NORMA	NÚMERO DE PAÍSES (INCLUYE MÉXICO DF)	PORCENTAJE
Ley	1	5,3
Resolución Ministerial	16	84,2
Resolución de la Agencia Gubernamental de Medicamentos	12	63,2
Normas o Protocolos institucionales	3	15,8
Norma del Gobierno Estadual	1	5,3

Respecto a las indicaciones para el uso obstétrico del misoprostol, las regulaciones establecen mayoritariamente el uso del misoprostol para la inducción del parto con feto vivo o muerto.

Resulta importante la indicación de su uso en la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto (HPP) en las $\frac{3}{4}$ partes de los países. Igualmente, hay 11 países de 18 (+ México DF) en donde se ha regulado el uso para el aborto incompleto y para la inducción del aborto, dentro de lo que establece el marco legal.

En la tabla 3 apreciamos que la regulación se cumple bastante bien a nivel de los médicos del sector público; solo en un país se registra incumplimiento a este nivel, debido a que en los servicios no se usa regularmente de acuerdo a lo normado. En el sector privado igualmente se cumple la Norma bastante bien.

Si bien es cierto que en la tabla 4 podemos ver que la receta de misoprostol es retenida por el farmacéutico en 11 países, hay además dos en los cuales el medicamento solo se maneja a nivel institucional y en uno la receta es

retenida ocasionalmente, de tal manera que en términos reales 14 son los países en donde se controla el expendio del misoprostol a través del farmacéutico. Solo 5 países comunican explícitamente que la receta no es controlada.

A pesar de que la Norma se cumple en gran medida en el sector público y en el privado, sin embargo todavía existen profesionales médicos que no la cumplen por diversas razones, conforme se expresa en la tabla 5.

Claramente aparecen tres razones importantes por las cuales algunos médicos no aplican el misoprostol en la práctica obstétrica, a pesar de lo establecido en la Norma: la desinformación, la falta de capacitación y el temor. La objeción de conciencia aparece solo en un tercio de los países.

DISCUSIÓN

No en vano se ha dicho que el misoprostol es un medicamento que salva vidas humanas^[22]. El misoprostol ha sido el medicamento más discutido y más estudiado

en salud reproductiva en los últimos 20 años, luego de los cuales se ha construido una evidencia sólida de sus aplicaciones benéficas para la inducción del parto con feto vivo y feto muerto, inducción del aborto por diversas causas, manejo del aborto fallido y del aborto incompleto, prevención y manejo de la hemorragia posparto (HPP)^[23,24].

Antes de proceder al comentario de nuestros resultados es conveniente situar el estudio del misoprostol dentro de los Objetivos del Milenio, una de cuyas metas en el Objetivo 5 establece la reducción de las muertes maternas en 75% hasta el año 2015^[25], y el misoprostol es un medicamento que, conforme discutiremos más adelante, allana el camino para la reducción de las complicaciones y muertes maternas.

Tabla 2. Indicaciones para el uso obstétrico del misoprostol.

INDICACIÓN	NÚMERO DE PAÍSES (INCLUYE MÉXICO DF)	PORCENTAJE
Inducción del parto con feto vivo	17	89,5
Inducción del parto con feto muerto y retenido	18	94,7
Prevención de la hemorragia posparto	11	57,9
Tratamiento de la hemorragia posparto	14	73,7
Inducción del aborto dentro del marco legal	11	57,9
Tratamiento del aborto incompleto	11	57,9

Los organismos de Naciones Unidas (NU) han precisado que al año 2010 hubo en el mundo 380 000 muertes maternas, que la razón de muerte materna (RMM) para los países en desarrollo es 290 por 100 000 nacidos vivos, siendo 14 para los países desarrollados y 85 para LAC^[26]. De otro lado, la OMS ha publicado en el 2010 que anualmente en el mundo ocurren 42 millones de abortos inducidos; de ellos, 21,6 millones son abortos inseguros o de riesgo y en LAC ocurren 4 millones de estos abortos; en tanto, como consecuencia de las complicaciones del aborto inseguro, ocurren 47 000 muertes maternas a nivel global^[27,28]. La OMS publicó en el 2007 que la mortalidad materna es causada en un 24% por las hemorragias, principalmente por la HPP, y en un 13% por las complicaciones del aborto^[29]. Estas muertes por HPP y por aborto son evitables si las mujeres tuvieran acceso oportuno a los servicios de salud sexual

y reproductiva, lo que necesariamente implica acceso al uso del misoprostol.

Tabla 3. Cumplimiento de la Norma a nivel público y privado.

CUMPLIMIENTO DE LA NORMA	NÚMERO DE PAÍSES (INCLUYE MÉXICO DF)	PORCENTAJE	
A nivel público	Sí	18	94,7
	No	1	5,3
A nivel privado	Sí	16	84,2
	No	2 ^(*)	10,5

() En el caso de Cuba no se registra ejercicio privado.*

Tabla 4. Retención de la receta por el farmacéutico.

RETENCIÓN DE LA RECETA	NÚMERO DE PAÍSES (INCLUYE MÉXICO DF)	PORCENTAJE
Sí es retenida la receta	11	57,9
El medicamento solo se maneja a nivel institucional	2	10,5
La receta se retiene ocasionalmente	1	5,3
No es retenida la receta	5	26,3
Total	19	100

Tabla 5. Razones por las que los médicos no aplican la Norma.

RAZONES PARA NO USAR MISOPROSTOL	NÚMERO DE PAÍSES (INCLUYE MÉXICO DF)	PORCENTAJE
Por desinformación	10	52,6
Por falta de capacitación	11	57,9
Por temor	8	42,1
Por objeción de conciencia	6	31,6
Porque no siempre está disponible el medicamento	6	31,6
Por el costo elevado	3	15,8
Por otras razones. Obligación de hacer registro de su uso	1	5,3

El presente es un estudio basado en una encuesta semiestructurada, resuelta por informantes clave en todos los países de LAC, cuyas Federaciones/ sociedades/ asociaciones científicas se encuentran afiliadas a la FLASOG, habiéndose encontrado resultados interesantes que pasaremos a comentar.

En primer lugar, de este estudio resulta evidente el compromiso de los/as informantes en los países de LAC que para resolver la encuesta en todas sus variables debieron consultar diversas fuentes, desde funcionarios y documentos del sector público, hasta jefes de servicios, sociedades científicas, laboratorios, páginas web y hacer uso de su experiencia personal y de otros colegas especialistas. Después de ello entregaron la información correspondiente a 18 países.

Es evidente también que desde la publicación del estudio del 2008⁽²⁰⁾, las Normas que regulan el uso del misoprostol en Obstetricia ahora las podemos encontrar en todos los países que contestaron la encuesta (18 más el DF de México), lo que representa un avance importante. Si bien es cierto que desde la década de los 80 el medicamento fue registrado en LAC para uso gastrointestinal, progresivamente las autoridades que toman decisiones han entendido la utilidad del mismo en diferentes problemas obstétricos. Puntualizamos que, a la fecha, 12 organismos reguladores de medicamentos a nivel de países han precisado el uso obstétrico del medicamento, por lo que mantenemos la expectativa que los demás países faltantes procedan al registro regular. Sin embargo, también es cierto que las Normas Técnicas garantizan el uso apropiado del misoprostol en salud reproductiva⁽²³⁾. La ausencia de registro del misoprostol para uso obstétrico ha retrasado la información de los médicos sobre este medicamento y esto se tradujo en una brecha que ha debido

ser llenada por las asociaciones profesionales⁽³⁰⁾, que en LAC han sido representadas por FLASOG.

La Naturaleza de la Norma cobra distintas formas según los países. La mayoría de países de LAC ha aprobado Normas acerca del uso obstétrico del misoprostol a nivel de los Ministerios de Salud. Una parte importante de estos países acompañan además Normas aprobadas por los organismos reguladores de medicamentos, sea que dependan o no de los Ministerios de Salud. Unos menos, además de la Norma Ministerial, han aprobado Guías y Protocolos a nivel de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Como decimos en el párrafo anterior, la Norma garantiza el uso adecuado y seguro de este medicamento y se convierte, además, en una intervención importante y efectiva que se va a traducir en un impacto clínico y a costo bajo⁽²³⁾.

Las Normas que se traducen en Guías y Protocolos permiten identificar las indicaciones para el uso obstétrico del misoprostol, además de hacer precisiones de formas de uso y vías de administración, importantes para una intervención ordenada⁽³¹⁾.

Uno de los hallazgos más importantes de esta investigación es lo referente a las indicaciones para el uso obstétrico que prevén las Normas en los diferentes países. Es claro que más de 90% de los países ha normado el uso del misoprostol para la inducción del parto con feto vivo y con feto muerto, el 60% o más ha regulado su uso en la prevención y tratamiento de la HPP y menos de 60% lo ha hecho para manejar el aborto incompleto y fallido o inducir el aborto dentro del marco legal del país. Estas regulaciones hacen que las complicaciones y muertes maternas puedan ser reducidas. Con más detalles comentaremos a continuación este aspecto.

Desde que Mariani Neto, en Brasil⁽⁵⁾, utilizara el misoprostol para inducir el parto en casos de feto muerto y retenido y Margulies, en Argentina⁽⁷⁾, probara que es posible inducir un parto a término con feto vivo, se han sucedido una gran cantidad de investigaciones que han permitido extender el uso del misoprostol por vía vaginal en la inducción del parto, motivada por diferentes causas⁽³²⁻³⁴⁾. Estas propiedades del medicamento han hecho posible resolver favorablemente el parto en casos de complicaciones como hipertensión inducida por el embarazo, rotura prematura de membranas, corioamnionitis, embarazo postérmino, condiciones médicas maternas diversas, lo que determina una menor frecuencia de complicaciones y muertes maternas y perinatales⁽³⁵⁻³⁷⁾. Asimismo, el misoprostol por vía vaginal es muy efectivo para reducir las inducciones fallidas y el número de cesáreas por esta causa⁽³⁰⁾, y para lograr la evacuación del útero en caso de feto muerto y retenido, que ocurre aproximadamente en 1% de los embarazos, lo que alivia a la mujer de la posibilidad de un trastorno de coagulación^(5,38,39). Debido a estos efectos beneficiosos, afirmamos que el misoprostol es un medicamento que salva vidas.

El aborto espontáneo e incompleto es una grave preocupación de salud pública, ocurre en 10 a 15% de los embarazos⁽⁴⁰⁾ y su falta de tratamiento adecuado puede provocar alta morbilidad e incluso la muerte. El principal peligro del aborto incompleto no infectado es el *shock* hipovolémico⁽⁴¹⁾. Existen diferentes formas de resolver el aborto incompleto mediante métodos quirúrgicos, dentro de los cuales la regla de oro hasta ahora viene siendo la aspiración manual endouterina⁽⁴²⁾; sin embargo, es evidente que el tratamiento médico mediante el uso del misoprostol viene ganando cada vez más terreno y se ha convertido en una opción importante para tal fin, no solo en los embarazos de 12 semanas o menos, sino también en aquellos menores de 22 semanas, lo que libera a la mujer de una intervención quirúrgica y el manejo se hace ambulatoriamente, con el valor agregado de un costo menor^(40,43-45). Así mismo, el misoprostol ha sido demostrado como medicamento muy eficaz en el tratamiento del aborto fallido o retenido^(46,47). Estos beneficios del misoprostol en el manejo de este tipo de patologías determinó que la Organización Mundial de la Salud lo incorpore dentro de la Lista de Medicamentos Esenciales, en el año 2009, para ser usado en dosis de 600 ug vía oral o 400 ug vía sublingual⁽⁴⁸⁾.

El aborto provocado es una de las causas más importantes de muerte materna (MM) en los países en donde no está legalizado y muchas mujeres, que no mueren, tienen complicaciones graves, como hemorragia, peritonitis, sepsis y *shock*⁽⁴⁹⁾. En esta investigación se ha podido verificar que 10 países + México DF utilizan el misoprostol para interrumpir los embarazos dentro de su marco legal. Tal decisión tiene sustento en evidencias científicas que muestran la eficacia de este medicamento para evacuar el útero, liberando a las mujeres de severas complicaciones hemorrágicas e infecciosas que las exponen a serias complicaciones y muerte materna⁽⁵⁰⁻⁵⁴⁾. Estos estudios y muchos otros llevados a cabo en el mundo han sustentado la decisión de la OMS para recomendar el uso del misoprostol para la interrupción del embarazo en el primero y segundo trimestre, pudiendo ser usado por vía vaginal, oral o sublingual⁽⁵⁵⁾. Existen evidencias científicas que el uso del misoprostol en la inducción del aborto dentro de un marco legal, y aún dentro de marcos legales restrictivos, es capaz de reducir significativamente las complicaciones y las muertes maternas^(22,30,49). El misoprostol también ha sido estudiado en la inducción del aborto en adolescentes, pero se recomienda un uso supervisado y con procedimientos claramente establecidos⁽⁵⁶⁾.

Del total de muertes maternas en el mundo, 99% ocurren en los países menos desarrollados y la causa más importante es la HPP, por la cual se muere 1 mujer cada 7 minutos⁽⁵⁷⁾. Esta es una brecha que necesariamente debemos cerrar^(58,59).

La evidencia actual sugiere que el manejo activo del alumbramiento disminuye la incidencia de la HPP, alumbramiento prolongado, necesidad de transfusión sanguínea y anemia materna. Esta intervención, inicialmente fue propuesta mediante la aplicación de oxitócicos inyectables como la oxitocina y la ergometrina, luego de la expulsión del feto^(60,61).

La propuesta para usar misoprostol en la prevención de la HPP se basa en el efecto de contracción uterina en un tiempo corto; además, este medicamento tiene un excelente perfil de seguridad, es estable en clima cálido y de costo bajo⁽⁶²⁻⁶⁴⁾. Luego de las propuestas iniciales se ha investigado mucho sobre este tema y se ha llegado a acumular evidencia suficiente que permite recomendar 600 ug por vía oral como medida profiláctica para la HPP en aquellos lugares en que no se disponga de oxitócicos inyectables, lo que permitiría su uso

a nivel rural o comunitario por personal convenientemente capacitado^[24,65-67].

Igualmente, desde el trabajo de O'Brien⁽¹⁸⁾ se ha investigado intensamente el efecto del misoprostol en el tratamiento de la HPP, habiéndose encontrado suficientes argumentos de eficacia clínica, facilidad de uso y costo-efectividad para este fármaco que lo hacen recomendable a dosis de 800 ug por vía sublingual en los lugares en donde no se dispone de oxitócicos inyectables^[67-70].

Además de las indicaciones encontradas en esta investigación, debemos agregar que el misoprostol también es eficaz en la preparación del cuello uterino para facilitar procedimientos transcervicales y reducir los efectos colaterales de esos procedimientos, como terminación quirúrgica del embarazo, evacuación uterina, histeroscopia, inserción de un dispositivo intrauterino (DIU), dilatación + curetaje en mujeres no gestantes^[71].

El grado de cumplimiento de lo que establece las Normas para el uso del misoprostol en Obstetricia es relativamente alto en LAC, porque supera el 80% en el sector privado y 90% en el sector público, lo cual traduce un fuerte compromiso de los profesionales de la salud para otorgar a sus usuarias los beneficios que ofrece el uso del misoprostol. Sin embargo, todavía existen médicos que se resisten al uso del misoprostol, principalmente por desconocimiento, falta de información, falta de capacitación y temor, aunque una tercera parte de esos colegas lo hacen por razones de objeción de conciencia, a lo que FLASOG responde con la ejecución de talleres de discusión y capacitación en esta temática^[72].

Finalmente, debemos decir en este comentario que, no obstante que todos los países tienen regulaciones para la administración del misoprostol en la práctica obstétrica, también es cierto que se mantiene un control importante sobre su uso a través de la retención de las recetas, probablemente derivada del temor a la posibilidad de uso de este medicamento en la interrupción de embarazos fuera del marco legal.

Si nuestros tomadores de decisión entendieran convenientemente las bondades que el misoprostol tiene en la reducción de las complicaciones obstétricas y de las muertes maternas, encontrarían argumentos para disponer su uso por parte de los profesionales y de las

usuarias, en estricto apego a las evidencias científicas y al respeto por los derechos humanos de las mujeres, fundamentalmente del derecho a su autonomía y al beneficio de los adelantos científicos.

COMENTARIO FINAL

Queda claro que el misoprostol es un fármaco que tiene un probado efecto favorable en la producción de contracciones uterinas y ha popularizado su aplicación en obstetricia y ginecología. Es claro también que su uso ha ido en aumento, de la mano con una frondosa bibliografía, pero quedan aún algunas preocupaciones por resolver:

- Se requiere una aplicación más amplia en obstetricia y ginecología, la que debe estar precedida de información, educación y desarrollo de competencias.
- La normatividad para el uso del misoprostol debiera ser más contundente en los países y abarcar las diferentes indicaciones que este fármaco tiene en la práctica obstétrica en el marco de las recomendaciones de la OMS.
- Existe un evidente subregistro en el uso del misoprostol por parte de los especialistas, porque se sabe de su uso amplio; pero, hay un número muy pobre de publicaciones sobre su uso en LAC.
- Debe mejorarse cuidadosamente la información sobre el misoprostol, tanto a los profesionales cuanto a las usuarias.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en la elaboración y publicación de este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cecatti JG, Moraes Filho O. Farmacodinamia y vías de administración. En: Faundes A y col. *Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología*. FLASOG. 2007:17-31.
2. Garris RE, Kirkwood CF. Misoprostol: a prostaglandin E1 analogue. *Clin Pharm*. 1989;8(9):627-44.
3. Walt RP. Misoprostol for the treatment of peptic ulcer and antinflammatory-drug-induced gastroduodenal ulceration. *N Engl J Med*. 1992;327:1575-80.
4. Barradell LB, Whittington R, Bufield P. Misoprostol: pharmacoeconomics of its use as prophylaxis against gastroduodenal damage induced by nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Pharmacoeconomics*. 1993;3(2):140-71.
5. Mariani Neto C, Leao EJ, Barreto MCP, Kenj G, Aquino MM, Tuffi VHB. Uso do Misoprostol para inducao do parto com feto morto. *Rev Paul Med*. 1987;105:305-8.
6. Bugalho A, Bique C, Machungo F, Faundes A. Induction of labor with intravaginal misoprostol in intrauterine fetal death. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;171:538-41.
7. Margulies M, Campos-Perez G, Voto LS. Misoprostol to induce labor [letter]. *The Lancet*. 1992;339:64.
8. Bugalho A, Bique C, Machungo F, Faundes A. Low-dose vaginal misoprostol for induction of labor with a live fetus. *Int J Gynecol Obstet*. 1995;49:149-55.
9. el-Refaey H, Jauniaux E. Methods of induction of labour. *Curr Opin Gynecol*. 1997;9(6):375-8.
10. Faundes A. Uso del Misoprostol en la Región. En: Faundes A y col. *Uso del Misoprostol en obstetricia y ginecología*. FLASOG 2007.
11. Barbosa RM, Ariha M. The Brazilian experience with Cyto-tec. *Stud Fam Plann*. 1993;24:236-40.
12. Costa SH, Vessey MP. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet*. 1993;341(8855):1258-61.
13. Paxman JM, Rizzo A, Brown L, Benson J. The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America. *Stud Fam Plann*. 1993;24:205-26.
14. Costa SH. Commercial availability of Misoprostol and induced abortion in Brazil. *Int J Gynecol Obstet*. 1998;63(Suppl 1):S131-S139.
15. Bugalho A, Bique C, Almeida L, Faundes A. The effectiveness of intravaginal misoprostol (Cytotec) in inducing abortion after eleven weeks of pregnancy. *Stud Fam Plann*. 1993;24:319-23.
16. Scheepers HC, van Erp EJ, van den Bergh AS. Use of misoprostol in first and second trimester abortion: a review. *Obstet Gynecol Surv*. 1999;54:592-600.
17. Henshaw RC, Cooper K, el-Refaey H, Smith NC, Templeton AA. Medical management of miscarriage non surgical uterine evacuation of incomplete and inevitable spontaneous abortion. *BMJ*. 1993;306(6882):894-5.
18. O'Brien P, el-Refaey H, Gordon A, Geary M, Rodeck CH. Rectally administered misoprostol for the treatment of postpartum hemorrhage unresponsive to oxytocin and ergometrine: a descriptive study. *Obstet Gynecol*. 1998;92:212-4.
19. Clark S, Blum J, Blanchard K, Galvao L, Fletcher H, Winikoff B. Misoprostol use in Obstetrics and Gynecology in Brazil, Jamaica and the United States. *Int J Gynecol Obstet*. 2002;76:65-74.

20. Távara L, Chávez S, Grossman D, Lara D, Blandón MM. Disponibilidad y uso del misoprostol en los países de América Latina y El Caribe. *Rev peru ginecol obstet.* 2008;54(4):253-63.
21. Terrero A. Prólogo a la segunda edición. En: Faundes A y col. *Uso del Misoprostol en obstetricia y ginecología*, 2ª edición. FLASOG Marzo 2007.
22. Faundes A. Misoprostol: Life-saving. Editorial. *The Europe J Contracep & Reprod HealthCare.* 2011;16:57-60.
23. Shaw D. Misoprostol for reproductive health: Dosage recommendations. *Int J Gynecol Obstet.* 2007;99:S155.
24. WHO. Department of Reproductive Health and Research. Clarifying WHO position on misoprostol use in the community to reduce maternal death. WHO Statement 2010.
25. United Nations. UN Millenium Development Goals 2000. <http://www.un.org/millenniumgoals>. Access Dec 15, 2012.
26. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trends in mater- nal mortality 1990 to 2008; Geneva: WHO 2010:pp 53.
27. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion in 2008. *Reproductive Health Matters.* 2010;18:90-101.
28. WHO. Unsafe abortion in 2008. Geneva: WHO 2010.
29. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Maternal mortality in 2005: estimated developed by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank; Geneva: WHO 2007.
30. Weeks A, Faundes A. Misoprostol in obstetrics and gynecology. *Int J Gynecol Obstet.* 2007;99:S156-S159.
31. Tang OS, Gemzell-DanielsonK, Ho PC. Misoprostol: pharmacokinetics profiles, effects on the uterus and side-effects. *Int J Gynecol Obstet.* 2007;99:S160-S167.
32. Sánchez-Ramos L, Kaunitz AM. Misoprostol for cervical ripening and labor induction: a systematic review of literature. *Clin Obstet Gynecol.* 2000;43(3):475-88.
33. Wing DA, Tran S, Paul RH. Factors affecting the likelihood of successful induction after intravaginal misoprostol application for cervical ripening and labor induction. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(6):1237-43.
34. Hofmeyr GJ, Gulmezoglu AM, Pilegi C. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, 2011.
35. Escobedo J. Inducción del parto con feto vivo. En: Faundes A (Edit). *Uso de misoprostol en Obstetricia y Ginecología.* FLASOG 2007:32-45.
36. Weeks A, Alfirevic Z, Faundes A, Hofmeyr GJ, Sefar P, Wing D. Misoprostol for induction of labor with a live fetus. *Int J Gynecol Obstet.* 2007;99:S194-S197.
37. Dodd J, Crowter C. Misoprostol for induction of labour to terminate pregnancy in the second or third trimester for women with a fetal anomaly or after intrauterine fetal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, 2011.
38. Bell R, Parker L, MacPhalls, Wright C. Trends in the cause of late fetal death 1982-2000. *BJOG.* 2004;111:1400-7.
39. Távara L. Interrupción del embarazo con feto muerto y retenido. En: Faundes A (Edit). *Uso de misoprostol en Obstetricia y Ginecología.* FLASOG 2007:46-58.

40. Neilson JP, Gyte GML, Hickey M, Vasquez J, Dow L. Medical treatment for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, 2011.
41. Rizzi RG. Tratamiento del aborto incompleto. En: Faundes A (Edit). *Uso de misoprostol en Obstetricia y Ginecología*. FLASOG 2007;77-89.
42. Forna F, Gulmezoglu AM. Surgical procedures to evacuate incomplete abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, 2005.
43. Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielson K, Ho PC, Schiavon R, Weeks A. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *Int J Gynecol Obstet*. 2007;99:S186-S189.
44. Diop A, Raghavan S, Rakotovo JP, Comendant R, Blumethal PD, Winikoff B. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*. 2009;79:113-20.
45. Blum J, Bynum J, Dabash R, Diop A, Durocher J, Dzuba I, Peña M, Raghavan S, Winikoff B. *Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto*. New York: Gynuity. 2009:54.
46. Harwood B, Nansel T. Quality of life and acceptability of medical versus surgical management of early pregnancy failure. *BJOG*. 2008;115:501-8.
47. Gemzell-Danielson K, Ho PC, Gómez Ponce de Leon R, Weeks A, Winikoff B. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. *Int J Gynecol Obstet*. 2007;99:S182- S185.
48. WHO. *Model List of Essential Medicines*. Misoprostol added to WHO List for treatment of incomplete abortion and miscarriage. Geneva: WHO, Ap 9, 2009.
49. Viggiano MG, Faundes A, Borges AL, Ferreira AB, Ribeiro de Souza G, Rebello I. Disponibilidad de misoprostol e complicacoes de aborto provocado em Goiana. *J Brasileiro de Ginecologia*. 1996;106(3):55-61.
50. Ho PC, Blumethal P, Gemzell-Danielson K, Gomez Ponce de Leon R, Mittal S, Tang OS. Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus from 13 to 26 weeks. *Int J Gynecol Obstet*. 2007;99:S178-S181.
51. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Chen L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 02, 2011.
52. Faundes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *Int J Gynecol Obstet*. 2007;99:S172-S177.
53. Faundes A, Santos LC, Carvalho M, Gras C. Post abortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol. *Advances in Contraception*. 1996;12:1-9.
54. Fjerstad M, Trussell J, Sivin I, Lichtenberg ES, Cullins V. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *N Eng J Med*. 2009;361:145-51.
55. WHO. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*, second ed. Geneva: WHO 2012:pp 123.
56. Adebiji GA, Ojabo A. Unsupervised medical abortion with misoprostol among adolescents – What is the prospect of demedicalise abortion in Sub-Sahara Africa? *Open J Obstet Gynecol*. 2011;1:235-8.
57. Potts M, Prata N. Comment on Maternal mortality: one death every 7 minutes. *Lancet*. 2010;375:1762-3.

58. Prata N, Passano P, Bell S, Rowen T, Potts M. New hope: community based- misoprostol use to prevent postpartum haemorrhage. *Health Policy and Planning*. 2012;1:1-8.
59. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Lock PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006;367:1066-74.
60. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expected management in the third stage of labour. *Cochrane Review*. En: *Reproductive Health Library*, Issue 9, 2006.
61. Conde-Agudelo A. Hemorragia postparto. En: Faundes A (Edit). *Uso de misoprostol en Obstetricia y Ginecología*. FLASOG 2007:90-6.
62. el-Refaey H, O'Brien P, Morafa W, Walder J, Ro-deck C. Misoprostol for third stage of labour. *Lancet*. 1996;347:1257-62.
63. Goldberg AB, Greenberg MB, Darney PD. Misoprostol and pregnancy. *N Engl J Med*. 2001;344:38-47.
64. Alfircvic Z, Blum J, Walraven G, Weeks A, Winikoff B. Prevention of postpartum hemorrhage with misoprostol. *Int J Gynecol Obstet*. 2007;99:S198-S201.
65. Sanghvi H, Ansar H, Prata N, Gibson H, Ehsan A, Smith J. Prevention of postpartum hemorrhage at home birth in Afganistan. *Int J Gynecol Obstet*. 2010;108:276-81.
66. Rajbhandari S, Hodgins S, Sanghvi H, McPherson R, Pradhan YV, Baqui AN. Expanding uterotonic protection following childbirth through community-based distribution of misoprostol: Operations research Study in Nepal. *Int J Gynecol Obstet*. 2010;108:282-8.
67. FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. FIGO Guidelines Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage in low-resources settings. *Int J Gynecol Obstet*. 2012;117:108-18.
68. Sutherland T, Meyer C, Bishai D, Geller S, Miller S. Community-based distribution of misoprostol for treatment or prevention of postpartum hemorrhage: Cost-effectiveness, mortality and morbidity analysis. *Int J Gynecol Obstet*. 2010;108:289-94.
69. Leon W, Durocher J, Barrera G, Pinto E, Winikoff B. Dose and side effects of sublingual misoprostol for treatment of postpartum hemorrhage: What difference do they make? *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012;12:65-9.
70. Winikoff B, Dabash R, Durocher J, Darwish E, Nguyen TH, Leon W, et al. Treatment of postpartum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women not exposed to oxytocin during labour: a doubleblind, randomized, non inferiority trial. *Lancet*. 2010;375 (9710):210-2165.
71. Fiala C, Gemzell-Danielson K, Tang OS, von Hertzen H. Cervical priming with misoprostol prior to transcervical procedures. *Int J Gynecol Obstet*. 2007;99:S168- S171.
72. FLASOG. Taller sobre Objeción de Conciencia. II Congreso Latinoamericano de Derechos Sexuales y Reproductivos. Relato del Taller. San José de Costa Rica: Dirección Ejecutiva de FLASOG, 2011:pp 22.

Barreras en el acceso a los abortos legales: una mirada a las regulaciones sanitarias que incluyen el uso del misoprostol

Agustina Ramón Michel (CEDES)
Silvina Ramos (CEDES)
Mariana Romero (CEDES)

Septiembre de 2013

ÍNDICE

Introducción	20
Metodología	21
Marco analítico	23
Resultados	30
Bibliografía	54
Anexos	57

INTRODUCCIÓN

Esta investigación es una revisión del conjunto de regulaciones sanitarias de atención del aborto legal¹ que rigen en América Latina y el Caribe (LAC), y tiene como objetivo identificar aquellos aspectos que presentan ciertos inconvenientes normativos o que han generado barreras en su implementación.

En primer término, la regulación supone la existencia de una norma base (en general, en el caso estudiado estas normas son penales) sobre la que se precisa el alcance, las condiciones y otros elementos complementarios. En segundo término, respecto del aborto legal, “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 interrupción legal del embarazo (ILE) se refiere” (International Planned Parenthood Federation, 2007, pág. 25). Por lo tanto, cuando las mismas normativas son las que producen, reproducen o profundizan las barreras de acceso, no solo su justificación se ve debilitada sino que, principalmente, es necesario emprender un reajuste que, en ocasiones, puede derivar en una readecuación del texto.

En parte, la iniciativa emprendida obedece a la situación en la región respecto del tema, puesto que un grupo de países ya cuenta con protocolos de atención con más de seis o siete años de antigüedad². En algunos de estos países se han realizado modificaciones en varias disposiciones, en tanto que en otros se avista la posibilidad de elaborar regulaciones para institucionalizar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

En ese sentido, este trabajo es un estudio cualitativo-exploratorio que pretende ser el comienzo de investigaciones más exhaustivas, y que tiene como objetivo identificar aquellos aspectos que deben ser ajustados en las regulaciones sobre aborto legal, así como ofrecer mejores pautas para orientar a los países

de la región que se encuentran camino a elaborar regulaciones sanitarias sobre este tema. Este objetivo se concreta a través de la revisión de las regulaciones que rigen la atención de la IVE en América Latina y el Caribe.³ No se pretende presentar una comparación sistemática de todas las normativas ni abarcar todo el sistema normativo que refiere al aborto en cada país, sino recurrir a un análisis y, en ocasiones, a la comparación, para reflejar los núcleos de temas sobre los que se debe enfocar la atención cuando se institucionalizan guías de procedimiento para el aborto legal.

Siguiendo con lo anterior, el objeto de estudio son los protocolos⁴ de atención de aborto no punible de un conjunto de países seleccionados; por lo tanto, no son objeto de estudio las guías de uso de medicamentos para la interrupción del embarazo, aunque en algunas oportunidades los primeros incluyen una sección técnica sobre esta cuestión. En esta misma línea, y solo a modo adicional, se tomaron normas complementarias cuya revisión era necesaria para contar con una reflexión adecuada de los aspectos de la regulación que generan ciertos inconvenientes, problemas o barreras en la prestación de servicios de aborto legal.

El análisis de las regulaciones seleccionadas se sustentará en la lectura de sus textos en base a un marco analítico diseñado especialmente para este trabajo.⁵ De modo complementario, se llevaron a cabo entrevistas a informantes claves con la finalidad de obtener información sobre la implementación de los protocolos. Estas entrevistas se realizaron en base a un conjunto de preguntas diseñadas de acuerdo al marco analítico.⁶

Es importante destacar que el presente trabajo se apoya en un documento anterior dedicado a la materia: el documento de la International Planned Parenthood Federation (IPPF) (2007), en el que se realiza una comparación sistemática de un conjunto de regulaciones sanitarias en el mundo así como una serie de recomendaciones para tener en cuenta.

Las regulaciones seleccionadas y analizadas en este documento forman parte de lo que se podría considerar

¹ En el texto se han utilizado de modo indistinto los términos aborto legal, aborto no punible, abortos permitidos, interrupción legal del embarazo (ILE) e interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

² En países como Brasil existen lineamientos regulatorios propuestos por los primeros servicios de salud que ofrecieron atención de abortos legales hacia fines de la década de 1980.

³ Para un mapa de la situación legal del aborto en LAC, véase González Vélez (2011).

⁴ Se utilizan de modo indistinto los términos regulación, guía, protocolo y normativa.

⁵ Ver las secciones de Metodología y anexos.

⁶ Ver las secciones de Metodología y anexos.

una ola de regulación en la región, iniciada en el año 2005.⁷ La actual, es una nueva etapa que presenta una variedad de situaciones y desafíos, como lo han puesto de manifiesto los casos uruguayo,⁸ chileno⁹ y ecuatoriano¹⁰, por citar algunos ejemplos.

A diferencia de los Estados Unidos, donde en varios estados la regulación de la prestación de servicios de aborto ILE ha sido parte de una estrategia obstaculizadora (Metzger, 2007; Guttmacher Institute, 2012), en los países o jurisdicciones de LAC cuyas normas específicas sobre atención del aborto no punible se analizan aquí (Brasil, Chubut/Argentina, Colombia, Ciudad de México, hospital de Perú), el origen de los protocolos de atención del periodo 2005- 2010 ha respondido a la intención de profundizar la garantía del acceso. De hecho, dado que varias de las normas penales que establecen los permisos para la interrupción del embarazo datan de comienzos del siglo XX pero no se aplicaban en los contextos nacionales, la elaboración de regulaciones sanitarias fue una estrategia para la implementación del modelo de regulación vigente en gran parte de los países de LAC (modelo de causales). Por supuesto, al ser utilizada como un paraguas para la resistencia conservadora, en general por medio de un “legalismo conservador” que lleva a cabo una interpretación y aplicación restrictiva y discrecional del texto de la ley, en ciertos espacios locales la normativa puede convertirse en una barrera. Tal es el caso de la implementación de la causal salud y de la consejería previa a la decisión sobre interrumpir o continuar el embarazo. Asimismo, esta producción de protocolos viene acompañada y compite con otros intentos jurídicos (sanción de normas vinculadas a la provisión del aborto, por ejemplo las referidas a la disponibilidad del misoprostol, el secreto profesional o cobertura de la prestación) para restringir el acceso al aborto, como lo sugieren las trayectorias de Brasil, Ciudad de México, Colombia, Argentina y Perú.

Como se señaló, las regulaciones sanitarias sobre atención del aborto legal en la región surgieron, en general,

⁷ Esta descripción está estilizada y circunscripta a los últimos años, pues han existido regulaciones y servicios de salud en algunas partes de Brasil (Arihla, 2009; Faundes 2002; Castelbajac, 2009) y posiblemente de otras jurisdicciones desde hace más de veinte años. Agradecemos la advertencia realizada por Margareth Arihla y esperamos que en futuras investigaciones se pueda trazar la historia de las regulaciones de atención de aborto legal en la región, desde sus primeros intentos hasta la actualidad, como parte de la historia de las mujeres y el aborto en LAC.

⁸ Véase <http://www.mysu.org.uy/Aborto>

⁹ Véase <http://www.mileschile.cl/>

¹⁰ Véase, por ejemplo, <http://www.crin.org/resources/infoDetail.asp?ID=31685>

como estrategia para la implementación del modelo de despenalización parcial vigente (modelo de causales). En este grupo se pueden distinguir distintos casos. Por un lado, la regulación como **parte de un episodio de reforma legal contemporáneo**, en el que constituye un eslabón más de las condiciones habilitantes ofrecidas por el derecho (por ejemplo, Colombia; ciudad de México respecto de la normativa sobre ILE en las doce primeras semanas). Por el otro, la regulación como **pieza jurídica protagonista** para impulsar el acceso al aborto no punible y primer gesto de una política pública en un contexto en el que se cuenta con permisos para abortar en una norma penal de larga data, pero que no es aplicada (por ejemplo, Argentina; algunos estados de México).

En síntesis, este documento es el resultado de un trabajo exploratorio que analiza los textos de algunas de las regulaciones sanitarias sobre aborto legal en LAC con el objetivo de identificar, en las normas y las experiencias en la implementación de los últimos años, aspectos regulatorios que podrían mejorarse por medio de una reformulación o ajuste de las normativas y, eventualmente, ofrecer ciertas sugerencias para aquellos países y jurisdicciones que en el futuro se dispongan a diseñar protocolos. Este análisis se apoyó en un marco analítico que las autoras esperan pueda servir para futuras indagaciones destinadas a promover la reflexión y el interés por profundizar las decisiones acertadas, así como indagar nuevas y mejores respuestas para ampliar el acceso al aborto legal y seguro.

METODOLOGÍA¹¹

Criterios utilizados para la selección de los protocolos de aborto legal.¹²

- De países o jurisdicciones de América Latina y el Caribe.
- Referidos a la atención del aborto en los servicios de salud.
- Que la jurisdicción posea una regulación sanitaria sobre aborto legal que incluya el misoprostol.¹³

¹¹ Agradecemos al Repositorio de CLACAI por facilitar la búsqueda documental y bibliográfica.

¹² Uruguay fue excluido de la lista por estar actualmente en una etapa de transición del modelo de indicaciones al modelo de plazos. (Nota aclaratoria: este documento se comenzó a trabajar en septiembre de 2012).

¹³ Este criterio se incluyó como forma de recortar la muestra, y para que futuros análisis que pretendan centrarse en el estado de situación legal, política o social del misoprostol puedan tener como base el análisis general de la normativa sobre aborto legal.

- Ley XV N° 14 (2010), de Chubut, provincia de Argentina.
- Norma Técnica de Atención Humanizada del Aborto (2005), de Brasil.
- Norma Técnica de Interrupción Legal del Embarazo (2006), de Colombia.¹⁴
- Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal –reformado– (2007), de Ciudad de México.¹⁵
- Directiva del Instituto Materno Perinatal (2007), de Instituto Perinatal de Perú.

Preguntas de investigación:

¿Cuáles son los aspectos de las regulaciones de atención del aborto legal que generan barreras en el acceso?

- Aspectos que surjan de la aplicación del texto de las regulaciones.
- Aspectos que surjan de la lectura del texto de las regulaciones.
- Aspectos que surjan de la brecha entre el texto de las regulaciones y su implementación.

Universo analizado: protocolos y guías (normativas) de atención de los abortos legales.¹⁶

Métodos de recolección:

Revisión documental: principal

- Las normativas de atención de la ILE, y solo de modo complementario otras normas que son parte del complejo legal referido al aborto.

¹⁴ Esta norma actualmente no se encuentra vigente en el ordenamiento jurídico colombiano. La misma había sido elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social a instancias del decreto reglamentario 4444, expedido luego de la sentencia de la Corte Constitucional [C-355] de 2006, y solo se ocupa de un aspecto formal que fue suspendido por el Consejo de Estado en octubre de 2009. Dada la dependencia jurídica que tiene la norma de ILE al decreto 4444, esta también se encuentra suspendida, pese a mantener su valor como guía técnica que puede ofrecer pautas a los servicios y profesionales de la salud. Dada la importancia que tuvo esta norma en el país y en la región, se la atomado como una de las guías a ser analizadas. (Nota de las autoras: este trabajo se inició en septiembre de 2012, cuando aún estaba pendiente el destino jurídico final del decreto 4444. En 2009, el Consejo de Estado anuló definitivamente el decreto 4444). Agradecemos a Cristina Villareal, quien nos señaló la importancia de aclarar este punto acerca del estado actual de la normativa colombiana.

¹⁵ Esta norma es una de las regulaciones básicas que refieren a la provisión de abortos legales bajo el modelo de plazos. No obstante, hay otras normas importantes vinculadas y que completan a esta, además de la regulación sobre aborto en caso de violación, a la que haremos referencia, no de modo sistemático, a lo largo del documento.

¹⁶ En algunos casos se incluyó el análisis de otras normas que tienen un objeto más amplio pero que regulan el acceso a ILE. Esto se hizo solo cuando era necesario a efectos del análisis, y por lo tanto no se trató de una revisión sistemática de normativas secundarias. Asimismo, cuando se consultó una normativa complementaria esta fue de tipo jurídica (y por lo tanto se excluyeron documentos autoritativos no legales) y en general centrada en normas generales (leyes, decretos, reglamentaciones) y no en normas particulares (sentencias).

- Sucesos relevantes a tener en cuenta para el análisis de las regulaciones.

Entrevistas:¹⁷ secundario

- Cuestionario realizado sobre la base del marco analítico construido por el equipo para este estudio exploratorio y futuros estudios más detallados.
- Entrevista no estructurada, en la que se utilizaron las preguntas como guía para la conversación.
- Por Skype, salvo un caso en el que la persona prefirió responder las preguntas por escrito.
- Duración aproximada: 60 minutos.
- Se utilizó la técnica de bola de nieve.
- Entrevistados por cada país: se consultó a informantes claves de cada país, quienes identificaron/refirieron las personas a entrevistar. Se propuso entrevistar a tres personas por jurisdicción: un funcionario de la autoridad sanitaria, un/a abogada de organización de la sociedad civil que trabaje en derechos de las mujeres y un/a profesional de efector de salud donde se realizan abortos legales.
- Se entrevistaron a un total de doce (12) personas; en Brasil y ciudad de México no se logró que fueran de diferente perfil ni satisfacer la cantidad de personas a entrevistar.¹⁸ Las entrevistas fueron realizadas por una integrante del equipo. Dado que algunas de las personas entrevistadas solicitaron mantener su nombre en reserva, es decir, que no se publicara, se tomó la decisión de respetar la confidencialidad en todos los casos (Babbie, 2011).¹⁹

El cuestionario consta de dos partes:

General: sobre los aspectos de la regulación de la atención de la IVE considerados relevantes (de acuerdo con el marco analítico), teniendo especial atención en las cuestiones referidas al misoprostol.

Especial: construcción *ad hoc*, de acuerdo con la información relevada e identificada en la revisión documental por cada país, y el perfil del entrevistado.

¹⁷ Véase los cuestionarios en la sección de Anexos.

¹⁸ Esto se debió a la imposibilidad de concretar la entrevista con las personas identificadas pese a la reiteración del pedido por medio de correo electrónico. Se fijó un plazo de cuarenta días para esta etapa de investigación. Dado que se trata de un trabajo exploratorio, se esperan y se apoyan estudios por país que integren el conocimiento, opiniones y percepciones de operadores locales.

¹⁹ Para una distinción entre anonimato y confidencialidad, véase Babbie (2011, págs 68 y 69).

MARCO ANALÍTICO²⁰

MARCO ANALÍTICO			
DESCRIPCIÓN EN LOS LIBROS	RELEVAMIENTO EN ACCIÓN	PREGUNTA/S	PERFIL ENTREVISTADA/O AUTORIDAD SANITARIA (AS) INTEGRANTE ONG (ONG) PROFESIONAL DE SALUD (PS)
LECTURA DE LAS NORMAS LEGALES	PERCEPCIÓN Y OPINIÓN DE ENTREVISTADAS/OS		
SITUACIÓN LEGAL			
<p>Norma base:</p> <p>Modelo</p> <p>Establecimiento del modelo: norma penal o no penal</p> <p>Tipo de permiso penal</p> <p>Condiciones adicionales establecidas en la norma base de los permisos legales (por ejemplo, plazo legal; autorización judicial)</p> <p>Regulación sanitaria:</p> <p>Tipo de norma</p> <p>Especial o incorporada a norma general</p> <p>Órgano emisor</p> <p>Valor jurídico de la norma</p> <p>Alcance:</p> <ul style="list-style-type: none"> Territorial Sistema de salud <p>Incorporación al programa de salud</p> <p>Jurisprudencia</p>	<p>Regulación sanitaria:</p> <p>Comparación de status con normas similares;</p> <p>Valor jurídico de la norma;</p> <p>Incorporación al programa de salud</p>	<p>En su país, el sistema de despenalización del aborto es [...], de acuerdo con lo dispuesto por el texto de la norma [...] Asimismo, cuentan con una regulación para la atención de los abortos legales (permitidos):</p> <p>¿Esta norma es similar a otras regulaciones y protocolos que usan los servicios de salud? (Por ejemplo, tiene la misma fuerza jurídica, el mismo estatus)</p> <p>¿Esta norma está incorporada a alguna política pública? ¿Y a algún espacio institucional? (por ejemplo, programa de maternidad e infancia, de salud sexual y reproductiva, de violencia de género).</p> <p>¿Cuál es su alcance territorial? ¿Hay homogeneidad regulatoria o hay diferencias entre las distintas jurisdicciones?</p> <p>¿Se han dictado sentencias judiciales que han contribuido o reformado parte de la normativa sobre aborto legal?</p>	<p>AS</p> <p>ONG</p>

²⁰ Nota de las autoras: Agradecemos a integrantes del Comité Coordinador de CLACAI la revisión de la propuesta de marco analítico.

ROL DE LAS REGULACIONES SANITARIAS			
----	<p>Su influencia en:</p> <p>Legitimar la práctica;</p> <p>Las decisiones institucionales de dar acceso a los abortos legales;</p> <p>En el comportamiento de los profesionales de la salud;</p> <p>El acceso de las mujeres;</p> <p>Facilitador u obstaculizador.</p>	<p>¿Cuál cree que ha sido el rol del protocolo en la atención de los abortos legales? En este sentido, ¿cree que ha tenido algún efecto en:</p> <p>Disminuir las barreras existentes en los servicios de salud;</p> <p>Legitimar la práctica entre los profesionales de la salud;</p> <p>Promover y ampliar el acceso de las mujeres a los abortos legales?</p>	<p>PS</p> <p>AS</p>
LENGUAJE DE LAS REGULACIONES			
<p>Técnico</p> <p>Jurídico</p> <p>Derechos humanos</p> <p>Derecho a la salud específicamente</p> <p>Penal</p> <p>Otro</p>	<p>Similar a otras normas destinadas a los profesionales.</p> <p>Adecuación a la audiencia a la que va dirigida.</p>	<p>¿Cree que el lenguaje utilizado en el protocolo de abortos legales es similar al de otros protocolos sanitarios?</p> <p>Si identifica diferencias, ¿cuáles cree que son? ¿a qué podrían deberse?</p> <p>¿Considera que es justificada esta diferencia en el lenguaje?</p>	<p>ONG</p> <p>PS</p>
ESTRUCTURA			
<p>Disposiciones específicas y principios guías</p> <p>Reenvíos a otras normas</p> <p>Apoyo técnico en otros instrumentos</p> <p>A quién va dirigido</p> <p>Justificación: deberes legales, éticos y bioéticos</p>	<p>Comparado a otras regulaciones sanitarias</p>	<p>La estructura del texto del protocolo de aborto legal es...:</p> <p>¿Tiene conocimiento de hay otros protocolos sanitarios que siguen esta estructura?</p> <p>En caso negativo ¿cuál podría ser el motivo de esta diferencia? ¿Cree que esta diferencia está justificada? ¿Por qué?</p>	<p>AS</p> <p>ONG</p> <p>PS</p>

ALCANCE DE LAS CAUSALES			
<p>Causal salud:</p> <p>Diferencias entre la norma básica y la regulación</p> <p>Alcance</p> <p>Cualificaciones</p> <p>Causal violación</p> <p>Diferencias entre la norma básica y la regulación</p> <p>Alcance</p> <p>Cualificaciones</p> <p>Otras causales: malformaciones</p>	<p>Causal salud</p> <p>Interpretación más instalada</p> <p>Aplicación</p> <p>Causal violación</p> <p>Violencia sexual</p>	<p>En relación a la causal salud (esto es, el aborto permitido cuando la salud de la mujer está en riesgo):</p> <p>¿Cuál ha sido la interpretación que se le ha dado la causal salud en el contexto local?</p> <p>¿Este alcance de la causal salud se replica en los servicios de salud?</p> <p>Opciones para causal violación, según esté o no establecida como no punible:</p> <p>a. No tiene causal violación</p> <p>¿Se atienden casos de mujeres embarazadas como resultado de violación en el marco de los abortos legales?</p> <p>b. Si tiene causal violación</p> <p>¿Cómo se interpreta y aplica esta causal en los servicios de salud? Por ejemplo, violencia sexual, violación por parte de la pareja, etc.</p> <p>Otras causales. ¿Requisitos? ¿Limitaciones?</p>	<p>ONG</p> <p>PS</p>
PLAZO DE GESTACIÓN			
<p>Establecimiento en la regulación</p>	<p>Establecimiento en la práctica</p> <p>Opiniones acerca de la conveniencia</p> <p>Diferenciación por causales</p>	<p>¿Existe algún plazo gestacional para la realización de los abortos legales establecido en alguna norma o documento?</p> <p>¿Existe algún plazo gestacional para la realización de los abortos legales establecido en la práctica?</p> <p>¿Cuál es su opinión acerca de los plazos gestacionales en los casos de aborto legal por causal salud y en los casos por causal violación?</p>	<p>AS</p> <p>PS</p>

EFECTORES			
<p>Efectores, servicios y profesionales autorizados (nivel de complejidad, tipo de servicio, especialidad)</p> <p>Formación y capacitación de los prestadores</p>	=	<p>¿Cualquier servicio de salud puede ofrecer atención en los casos de aborto legal?</p> <p>¿La norma exige un nivel de complejidad al servicio de salud? ¿Algún tipo de especialidad?</p> <p>¿Cómo funciona en la práctica?</p> <p>¿Los profesionales de la salud han recibido información y capacitación sobre este tema?</p> <p>En caso afirmativo: ¿quién ha coordinado estas capacitaciones? ¿Han tenido un buen impacto y recepción? En caso negativo. ¿Cree que la falta de capacitaciones es un problema particular en la atención de los abortos legales, o una situación extendida en salud, o en salud sexual y reproductiva?</p>	<p>AS</p> <p>PS</p> <p>ONG</p>
OBLIGACIONES FUNDAMENTALES			
<p>Informar opción a aborto legal</p> <p>Confidencialidad y secreto profesional</p>	=	<p>De acuerdo con su conocimiento sobre la atención de los abortos legales en los servicios de salud:</p> <p>¿Cree que los profesionales ofrecen a las mujeres información y la opción de interrumpir legalmente el embarazo para alguna de las causales habilitantes?</p> <p>¿Qué sucede en caso de desacuerdo entre la mujer y su pareja, o algún familiar?</p> <p>¿Cuál cree es el cumplimiento del deber de confidencialidad? ¿Hay algunos casos en el que este deber está en peligro?</p>	<p>PS</p>
PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD			
<p>Opciones:</p> <p>Trámite administrativo</p> <p>Solicitud ante médico tratante</p> <p>Permiso judicial</p> <p>Autorización de otros</p>	<p>=</p> <p>Estándar a otras prácticas, diferente pero análogo, diferente pero cualificado</p>	<p>¿Cuál es el proceso que, en la práctica y en términos generales, se lleva a cabo para la realización de un aborto legal? Por ejemplo:</p> <p>Trámite administrativo</p> <p>Solicitud ante médico tratante</p> <p>Permiso judicial</p> <p>Autorización de otros</p>	<p>ONG</p> <p>PS</p>

PROCEDIMIENTO DE CERTIFICACIÓN DE LA CAUSAL Y REALIZACIÓN DEL ABORTO			
Profesional Por tipo de causal: requisitos específicos Violación Salud: física; mental; social Malformaciones Exámenes clínicos previos Mecanismos Mecanismo en casos de desacuerdo Plazo para pronunciarse Otros formalismos	=	En relación con el punto anterior: ¿Cuántos profesionales intervienen, en general, en la certificación de la causal? Salud Violación ¿Considera que esto es un facilitador o barrera para el acceso de las mujeres a los abortos legales? ¿Existe algún procedimiento específico para la certificación de la causal psíquica y social? ¿Qué sucede cuando hay un desacuerdo entre la mujer solicitante y el profesional interviniente? ¿Se llevan a cabo exámenes clínicos previos a la certificación de la causal? De acuerdo con su criterio ¿estos exámenes están justificados? ¿Cuándo? ¿Hay un plazo en el servicio de salud debe ofrecer el tratamiento? ¿Conoce otros trámites, procedimientos o requisito para la provisión del aborto legal? En términos generales, el procedimiento de los abortos legales, ¿se parece o se diferencia de otras prácticas de salud de complejidad similares?	PS ONG
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
General Mujeres con discapacidad mental Mujeres adolescentes	= Mecanismos de resolución de conflictos	¿El proceso de consentimiento es diferente según cada causal? ¿Hay algunos casos más complejos en el proceso del consentimiento informado? ¿Están previstos mecanismos de resolución de conflictos?	ONG PS

HISTORIA CLÍNICA Y SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO			
Referencia	Registro	De acuerdo a su conocimiento: ¿Se constata el aborto legal en las historias clínicas? ¿Está establecida una modalidad de registro de los abortos legales? Dentro del sistema de registro e información a las entidades gubernamentales, ¿qué datos se deben colocar? ¿Se adicionan datos como causal, edad gestacional, edad de la mujer, complicaciones, método empleado? ¿Los profesionales de la salud, registran los abortos legales? En caso negativo ¿Por qué?	AS PS
SISTEMA DE SANCIÓN			
Quién A quién Cuándo Cómo	Existencia Problemas Casos Propuestas	¿Existe algún sistema de sanción para la atención de los abortos legales? ¿Tiene conocimiento de algún caso que haya tenido impacto en materia de responsabilidad profesional y gubernamental?	AS PS
OBJECCIÓN DE CONCIENCIA			
Regulación: General Especial Modelo Quiénes Cómo Alcance Límites Otros	Situación Aplicación Efectos Propuestas	¿Cuál es la situación de la objeción de conciencia en los servicios de salud? ¿Existe alguna normativa, mecanismo para la objeción de conciencia en los servicios de salud? ¿Cómo funciona? ¿Cree que la objeción de conciencia actúa como facilitador (por ejemplo, para tener un diagnóstico de los profesionales que no están dispuestos a realizar la práctica) o una barrera (por la inaccesibilidad, por el efecto de deslegitimar a los profesionales de la salud comprometidos, etc.)?	AS ONG PS

COBERTURA DE LOS SERVICIOS			
Referencia Quién Alcance Otros	Funcionamiento Disputas	¿Están cubiertos los abortos legales? (gratuitos; porcentaje que debe afrontar la mujer; etc.)	AS
		Esta situación de la cobertura, ¿es similar a la de otras prestaciones en salud sexual y reproductiva?	PS
		¿Han existido inconvenientes en la cobertura?	

MÉTODOS			
Misoprostol AMEU/otros Otros	Registro sobre misoprostol: indicación, dosis, presentación, para uso institucional o no, condición de venta [receta; tipo de receta; libre]; franja [institucional; de control especial] Disponibilidad: Por parte de los efectores (compra institucional, donaciones; etc.) Por parte de los profesionales de la salud Por parte de los usuarios de los servicios Uso off label Costo Capacitación y formación Aceptabilidad Otros	¿Es el AMEU una práctica generalizada? ¿El legrado aún se utiliza?	De acuerdo a las preguntas:
		¿Se utiliza el misoprostol para la atención de los abortos legales? En caso de estar aprobado el medicamento en la dosis, indicación y presentación adecuada: ¿cuáles son las barreras aún existentes para un uso más extendido y generalizado del medicamento? En caso de no estar aprobado el medicamento en la dosis, indicación o presentación adecuada: ¿cuán extendido está el uso off label? ¿El suministro y la disponibilidad del misoprostol en los servicios de salud son adecuados? ¿Las pacientes deben obtener por su parte el medicamento? ¿Hay donaciones a los hospitales? ¿Están previstas las compras institucionales? ¿Cuál es la aceptabilidad del misoprostol entre los profesionales de la salud? Las autoridades sanitarias, ¿han capacitado a los profesionales para el uso del misoprostol? ¿Cree que esto es necesario? ¿Cree que la falta de capacitación e información tiene incidencia en el uso y la forma de uso de este medicamento? ¿Cuál es la aceptabilidad del misoprostol entre las mujeres solicitantes de aborto legal?	

OTROS

Sistemas de información, vigilancia y control
Referencia y contrarreferencia
Posatención
Calidad de los servicios: derechos, obligaciones, estándares
Autoridad responsable
Evidencia forense (violación)
Contradicciones con otras normas
Vacíos regulatorios
Contradicciones o diferencias respecto a:
otros procedimientos estandarizados
la organización de los servicios
Otras dificultades:
aplicación de principios
trasladar la práctica estándar a al aborto legal
falta de conocimiento de la norma
falta de legitimidad, disputa constante

RESULTADOS

DIMENSIONES DE LAS REGULACIONES DE ATENCIÓN DEL ABORTO LEGAL EN LAS QUE SE IDENTIFICAN ASPECTOS QUE GENERAN BARRERAS EN EL ACCESO

A partir del marco analítico y de la revisión de normativas y textos descriptivos sobre la situación de acceso al aborto legal en los países analizados, se construyeron las dimensiones sobre las que se presentará el análisis de los protocolos seleccionados de atención del aborto no punible. Como se observará, en esta parte del trabajo hay categorías que se han colapsado, esto es, el procesamiento, el análisis y la presentación de la información obtenida, que originalmente estaban incluidos en el marco analítico sobre el que se diseñaron las revisiones documentales y bibliográficas, así como las entrevistas.

Las dimensiones se armaron a partir de criterios que se consideraron problemáticas fundamentales en la atención de la ILE o ausentes (ya sea porque hay vacíos o indefiniciones regulatorias). Es decir, aspectos del texto de las regulaciones que, de acuerdo con una visión integral del acceso al aborto legal, podrían mejorarse o que la práctica mostró como aspectos problemáticos, productores o reforzadores de barreras.

Por lo tanto, si bien se realizaron una lectura y un análisis completos de las normativas, la reflexión se centra en las dimensiones señaladas y no en cada uno de los puntos que abarcan las regulaciones.

A continuación, se presentan la construcción de dimensiones propuestas y su desagregación en distintos aspectos considerados relevantes por las razones indicadas.

Dimensiones:

Marco legal

- 1.1 Algunas cuestiones generales.
- 1.2 Alcance territorial y del sistema de salud.

Marco conceptual

Marco institucional

- 1.1 Ubicación institucional.

- 1.2 Modelo de atención.
- 1.3 Prestaciones en salud sexual y reproductiva, y políticas públicas.

Organización de los servicios

- 1.1 Efectores, servicios y profesionales.
- 1.2 Sistema de registro.
- 1.3 Sanción y fijación de responsables en la prestación del servicio.

Alcance de las causales

Procedimiento legal, administrativo y de salud para la prestación de abortos legales

- 1.1 Plazo para la prestación del servicio.
- 1.2 Requisitos para la certificación de las causales: salud, violación y malformaciones.
 - 1.2.1 Constatación del embarazo y otros exámenes previos.
 - 1.2.2 Certificación del riesgo para la salud.
 - 1.2.3 Denuncia para la causal violación.
 - 1.2.4 Exámenes para la causal malformaciones fetales.
- 1.3 Consentimiento informado.
- 1.4 Atención especializada: adolescentes, mujeres con discapacidad y otras condiciones de elevada vulnerabilidad.
- 1.5 Recolección de evidencia forense.
- 1.6 Plazo gestacional.
- 1.7 Causales de denegación del servicio.
- 1.8 Recursos en casos de denegación del servicio o desacuerdos.

Técnicas de interrupción del embarazo

Derechos y deberes fundamentales

- 1.1 Derecho y deber de información.
- 1.2 Secreto profesional y confidencialidad.

Algunas cuestiones relativas a la oferta de abortos legales

- 1.1 Objeción de conciencia.
- 1.2 Capacitación.

Algunas cuestiones relativas a la demanda de abortos legales

- 1.1 Derecho a la información y campañas de difusión.

RESULTADOS

1. MARCO LEGAL

1.1. Algunas cuestiones generales

En lo referido al régimen de despenalización por plazos, salvo la ciudad de México el resto de los países relevados tienen definida la permisión para la interrupción del embarazo en sus códigos penales.

Esto marca una diferencia, pues genera la idea de una línea entre lo legal y lo ilegal. Lo legal se ve construido y guiado por la norma permisiva del Código Penal y, eventualmente, por la regulación sanitaria. Por lo tanto, la regulación sanitaria que se dicta como consecuencia de esta norma básica de despenalización debe reforzar el lenguaje de derechos y de permisión, de modo tal de no quedar absorbidos por la regla general existente en todos los países estudiados (salvo en la ciudad de México), es decir, la penalización. En este sentido, la norma peruana estudiada (Directiva del Instituto Materno Perinatal, 2007) tiene mayores limitaciones que el resto de las regulaciones seleccionadas, pues es la única que mantiene un lenguaje más técnico, con escasas referencias a derechos.

En los últimos años, tanto en el sistema universal de derechos humanos de Naciones Unidas como en el Sistema Interamericano se ha observado una expansión de resoluciones y estándares a favor del derecho al aborto (Zampas y Tood-Gher, 2011), que también amplían las posibilidades discursivas y normativas para los protocolos de atención.

Uno de los aspectos identificados como generadores de ciertos inconvenientes por algunos de los entrevistados y por registros de la experiencia en la prestación de servicios está vinculado al complejo normativo. Legalmente, resulta imposible que una única norma regule todos los aspectos de una cuestión. No obstante, hay normas que son más exhaustivas que otras y que incluyen en su articulado componentes de otras normas. Hay casos en los que el completo tratamiento de la atención del aborto se encuentra en un grupo de normas de distinto tipo y nivel jurídico. De ellas, el protocolo es la herramienta más técnica, pero depende de otras normas para resolver algunas cuestiones. Así, por ejemplo,

para la regulación del consentimiento informado, en un protocolo de atención se puede optar por alguna fórmula que indique que lo concerniente a ese punto se verá regulado por las normas civiles y reenviar a esas sin explicitar su contenido en el propio protocolo o, por el contrario, afirmar que la regla es civil e incluirla en el texto del protocolo.

La barrera que puede generarse por esta dispersión normativa podría resolverse armando rutas de acción para la prestación de servicios, elaboradas a partir de este complejo normativo.

Todas las regulaciones fijan principios, pero en sus objetivos no se observó que se dirigieran al mismo fin. En general, los principios se establecen para la prestación de los servicios o se los enuncia al comienzo como parte del marco jurídico que justifica y avala el protocolo. Por ejemplo, la norma colombiana establece que los servicios se prestarán teniendo en cuenta los principios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Lo mismo se estipula en Brasil en relación con los principios de bioética.

Sin embargo, una de las posibles barreras que se ha visualizado es que a veces no se especifica con mayor detalle el rol que deben cumplir estos principios en ciertas circunstancias concretas, o solo se menciona su aplicación en la prestación de servicios. Los principios son también pautas de guía para la interpretación del texto de la norma, especialmente útiles cuando se trata del alcance de las causales (por ejemplo, riesgo para la salud). Asimismo, se advierte que, en general, los protocolos fracasan al enfatizar la fuerza vinculante de algunos de estos principios. En este sentido, los principios constitucionales que se pueden mencionar en la guía tienen un alto carácter vinculante, distinto a un principio bioético incluido en normas que regulan la práctica profesional, por ejemplo, que tiene un valor jurídico pero distinto al anterior. También se observó que en los protocolos existe una tendencia mayoritaria a distinguir los principios legales, éticos y bioéticos sin mostrar cómo están vinculados y cómo cada uno de estos “tres tipos” recepta cierto contenido expuesto por los otros tipos y, por lo tanto, se refuerzan y reconocen recíprocamente. Por ejemplo, el principio bioético de justicia encuentra su manifestación en el principio jurídico de no discriminación (presente en las constituciones

nacionales de nuestros países y en los tratados de derechos humanos] y en el principio ético de la igualdad. Mostrar esta conexión ayudaría a que los principios tengan un papel más contundente en situaciones críticas y colaboren en el acceso al aborto legal.

1.2. Alcance territorial y en el sistema de salud

Uno de los inconvenientes de las regulaciones estudiadas es que no definen el alcance de la prestación en el ámbito territorial.

Con excepción de Colombia,²¹ las normativas no definen los niveles de atención del sistema de salud en los que se brindará esta prestación, ni tampoco los subsistemas que pudiese haber en los países. Esto tiene una gran vinculación con los seguros de salud.

Salvo el colombiano, ninguno de los protocolos hace referencia a la institucionalización de una red de prestadores. “Estas definiciones explícitas son muy importantes porque constituyen una herramienta para que las mujeres puedan exigir la prestación de los servicios en las instituciones determinadas” (International Planned Parenthood Federation, 2007, pág. 39).

2. MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual de las regulaciones responde las preguntas acerca del por qué y el cómo de la prestación de abortos no punibles y, por lo tanto, se refiere a la justificación de este servicio.

De este modo, el marco conceptual de las normativas de abortos no punibles puede cumplir varios objetivos moderados. Si bien se debe evitar sobredimensionar la importancia del marco conceptual y de justificación en un protocolo, hay que tener en cuenta que si no es adecuado, ya sea por estar mal direccionado o por ser incompleto en un sentido clave, puede provocar la pérdida de oportunidades, especialmente al realizar

²¹ En Colombia, por ejemplo, en el decreto 4444 se fija la disponibilidad de servicios de aborto legal en todo el territorio nacional. Asimismo, la circular 0031 (2006) ordena que las Entidades Promotoras de Salud (aseguradoras) y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud (que son las que tienen a su cargo la prestación de servicios públicos de salud) deben informar las instituciones con profesionales disponibles –que forman parte de la red habilitada para la prestación de servicios gineco-obstetras de baja, mediana y larga complejidad– que brindarán atención de aborto legal.

las capacitaciones de los profesionales²² de la salud e incluso en instancias de replicación y difusión por parte de proveedores amigables de sus servicios. Esto es así, pues al ofrecer una justificación densa y consistente los marcos conceptuales pueden ayudar en distintas etapas o situaciones: en la reflexión del sentido que tiene la prestación de aborto no punible, en colocar este servicio como parte de la salud sexual y reproductiva (contribuyendo a evitar su aislamiento), en la determinación de otros materiales jurídicos relevantes que están conectados con esta prestación, en los “casos difíciles” de la aplicación del protocolo, en la estandarización del servicio, en la interpretación de ciertas disposiciones del protocolo que se consideren vagas, ambiguas o estén sometidas en su aplicación a cierta carga emotiva. En el caso de la norma brasileña, el marco conceptual está concebido como presentación del modelo de acogida (Brasil, 2005).

Al mismo tiempo, la misión de este marco dependerá, entre otras cuestiones, de cuál sea su lugar dentro del complejo normativo que pauta el servicio de aborto legal. Así, en Argentina los protocolos de atención del aborto no punible surgieron como piezas claves para el acceso, constituyéndose en el material jurídico y técnico eje de las estrategias, pues al momento de institucionalizar estas guías solo se contaba con una norma penal de 1921 y un conjunto pequeño y disperso de sentencias judiciales. Esta situación es similar a la de Perú y Brasil, y distinta a la mexicana y colombiana. En los primeros casos, entonces, hay razones adicionales para hacer señalamientos sobre este punto.

La normativa de la provincia de Chubut, que es el caso estudiado de Argentina, en este sentido (Ley XV N° 14, 2010) presenta un déficit asociado a su propio formato. Cabe recordar que en esta jurisdicción la regulación del aborto no punible está registrada en el artículo del Código Penal nacional y en una ley sancionada por la Legislatura provincial (local). Esta ley carece de una justificación o de algo similar a un marco conceptual. El protocolo peruano seleccionado (Directiva del Instituto Materno Perinatal, 2007) tampoco ofrece nada en este punto. Del mismo modo, ninguna de estas dos normas referencia explícitamente a otro material legal que ofrezca este marco de justificación.

²² En el presente estudio se da por sentada la orientación hacia el logro de la equidad respecto de género y se usa solo el tradicional masculino genérico para no dificultar la lectura fluida y comprensiva.

El caso colombiano podría colocarse en las antípodas. No solo la sentencia de la Corte Constitucional (Sentencia C-355, 2006 y las sentencias que le siguieron a estas tras la presentación de tutelas) ofrece el marco legal y conceptual a la norma técnica (Norma Técnica IVE, 2006) y al resto del paquete de normas, sino que la norma técnica de IVE presenta la justificación en su sección 2. No obstante, para futuras modificaciones y normativas en la región debería procurarse incluir la cuestión del aborto como un asunto de salud pública en el marco conceptual y de justificación, y no por afuera, como lo hace esta norma en la sección primera, Antecedentes (Norma Técnica IVE, 2006). Este punto debe reforzarse en las futuras normativas: concebir la salud pública y la justificación conceptual y normativa de un modo enlazado. En este sentido, el mayor desafío es profundizar la conexión entre la salud pública y los derechos humanos (Mann, 1996; 1997; Gruskin *et al.*, 2008). Además, no solo deberían señalarse los instrumentos internacionales de derechos humanos de cumplimiento obligatorio para los países de la región, sino también los documentos como los Objetivos del Milenio que ofrecen bondades en términos de medición de cumplimiento de compromisos, así como las sentencias y recomendaciones de los organismos de monitoreo (Reichenbach y Roseman [comps.], 2009). Incluso debería abordarse un modelo de atención específico al estilo brasileño, pero sin distinguir (como sí lo hace su norma) entre marco conceptual y aspectos jurídicos y ético profesionales (Brasil, 2005).

Hay quienes podrían estar en desacuerdo con esta propuesta dado que, por ejemplo, introduce un lenguaje extraño para los profesionales de la salud. Precisamente, varios de los entrevistados mencionaron que las normas técnicas sobre aborto legal suelen tener un perfil discursivo distinto, al menos parcialmente, a otros protocolos de atención. Más que una barrera, esta observación puede ser considerada un desafío para incrementar el número de profesionales comprometidos en la prestación de IVE. De hecho, pese a afirmar esta diferencia en los lenguajes entre las regulaciones de aborto legal con otras sanitarias, ninguno de los entrevistados tendió a definir esto como un obstáculo.

La lectura de las normativas, las entrevistas y la experiencia con los profesionales de la salud ha revelado que en el futuro, como se sugirió anteriormente, sería aconsejable establecer marcos conceptuales que tomen en cuenta el encuadre de derechos humanos y su

vinculación con las definiciones, los aportes, los registros discursivos y las metas de la salud pública internacional, regional y nacional (Gruskin, 2008), incluso haciéndose cargo de las posibles tensiones que puedan aparecer en esta tarea (por ejemplo, Erdman, 2011).

3. MARCO INSTITUCIONAL

3.1. Ubicación institucional

En los casos estudiados, el aborto legal como prestación está incluido en las áreas/programas de salud sexual y reproductiva, o de las mujeres, de las secretarías de salud o ministerios de salud,²³ aunque en el caso de Perú, de acuerdo con las personas entrevistadas, este servicio no se encuentra previsto explícitamente. Esta ubicación es independiente del hecho de que, como en el caso de Colombia por ejemplo, la cuestión del acceso a la IVE sea tratada por otras áreas de gobierno.²⁴

La ubicación de esta prestación en esos espacios institucionales no está fijada en las normas base que regulan su acceso, pues se trata (salvo el caso colombiano y parcialmente el mexicano) de normas penales. Se trata, además, de una especificación propia de las reglamentaciones realizada ya sea por el Poder Ejecutivo o por algún organismo de su órbita, en general ministerios o secretarías de salud (cuando hablamos de IVE).

Si bien los protocolos de atención no necesariamente deben fijar el espacio institucional donde se incorporará la prestación de los abortos legales, pues se considera que son instrumentos técnicos con vocación de ser utilizados en distintas jurisdicciones y niveles de gobierno, debería repensarse si constituye una barrera no definir, al menos en una formulación genérica, la autoridad de aplicación y/o de monitoreo de esta prestación y protocolo.

Esto cobra un valor estratégico adicional cuando se considera la situación institucional de algunos programas responsables de la salud sexual y reproductiva en la región. En general, la normativa que

²³ Cada jurisdicción otorga al área dedicada a la salud de las mujeres, y a la salud sexual y a la salud reproductiva un estatus institucional y un nombre diferente. En este documento nos referiremos a estas áreas como programas de salud sexual y reproductiva, pese a que países como Brasil no tengan la tradición de nombrar a estos espacios y acciones gubernamentales de este modo, sino como programas de atención integral de las mujeres.

²⁴ Un mayor detalle de este aspecto excede los objetivos del presente documento, pese a haber sido registrados en la etapa de recolección de la información.

originó estos programas, como sucede en la provincia de Chubut, no contempla el aborto no punible, aunque suele estar redactada de tal forma que todo lo que surgió posteriormente (anticoncepción quirúrgica, anticoncepción de emergencia, aborto legal) queda incluido sin dificultades. El programa tampoco cuenta con página web propia ni está incluido en el sitio oficial del Ministerio de Salud provincial, es más, ni siquiera figura en el organigrama del ministerio. En esa provincia los programas sanitarios dependen de distintas Direcciones. El SSyR se desarrolla en la Dirección de Maternidad Infancia y Adolescencia sin un presupuesto diferenciado. La ley sobre aborto legal (Ley XV N° 14, 2010) no menciona el Programa de SSyR, solo se limita a declarar que “fijase el procedimiento a desarrollar en los establecimientos de salud dependientes de la Secretaría de Salud de la Provincia del Chubut”.

La inclusión de la IVE, incompleta y marginal en el marco de la salud sexual y reproductiva, en la práctica ha supuesto dificultades adicionales para incorporar el aborto legal como una prestación de salud que debe ser adoptada como habitual en los servicios sanitarios. Si bien esto no puede ser definido como una barrera promovida por el texto o la aplicación de las regulaciones sobre aborto no punible, constituye un rasgo bastante generalizado que sugiere que en las próximas reformas o elaboraciones de guías de atención de aborto legal se enfatice que esta prestación es un componente dentro de la atención integral de la salud sexual y reproductiva.

En un sentido similar se advierte que, salvo en el caso colombiano, en la normativa no se indica que la prestación de abortos no punibles sea parte de las prestaciones de la atención materna y prenatal. Si bien la distinción entre las áreas de maternidad y las de salud sexual y reproductiva (SSyR) o la apuesta a programas de salud integral de las mujeres ha sido una conquista (aún incompleta) que demandó mucho tiempo en la región, de acuerdo con el relevamiento realizado una mayor conexión entre los servicios ofrecidos a las mujeres embarazadas (que se sitúan tradicionalmente en las áreas de maternidad e infancia) y los de SSyR en el texto de los protocolos podría contribuir a eliminar la barrera de falta de ofrecimiento de abortos legales a mujeres que se encuentran en causales habilitadoras (se analizará nuevamente este tema al tratar el deber y derecho de información).

3.2. Modelo de atención

Solo en los protocolos de Brasil (Brasil, 2005) y de Colombia (Norma Técnica IVE, 2006) se plantea un modelo de atención de los abortos no punibles, es decir, un marco conceptual especial sobre los procedimientos, los servicios y las prestaciones.

En ambos países se prevé un modelo de atención integral en el que se menciona de modo explícito la orientación previa y posterior al aborto, la consejería y provisión de métodos anticonceptivos, la prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual y el manejo de las complicaciones del aborto, entre otras prestaciones en SSyR. Particularmente, Brasil agrega un modelo de “acogida” que incorpora componentes conceptuales y técnicos especiales (Norma Técnica de Atención Humanizada del Aborto, 2005). Como se menciona en el documento de regulaciones comparadas elaboradas por IPPF (International Planned Parenthood Federation, 2007), “la norma brasileña se ubica como una guía de cuidados enmarcada en un nuevo paradigma en la atención de la mujer en situación de aborto”.

Si bien teóricamente sería conveniente la conformación de un modelo de atención integral, con una línea conceptual y discursiva especial y adecuada, no es claro que sea una barrera su ausencia en la formulación de los protocolos. De hecho, ninguno de los entrevistados señaló su falta o presencia como un factor relevante. En todo caso, un factor que termina actuando como barrera es la falta de integralidad (con o sin modelo) en la atención de SSyR y de mujeres embarazadas. Este problema incluso está presente en algunos textos de las normas seleccionadas para este estudio. El protocolo de Perú (Directiva del Instituto Materno Perinatal, 2007), por ejemplo, no hace referencia al Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproducción (2006) a pesar de que muchos de sus contenidos son similares. Tampoco lo hace la norma de la provincia de Chubut, Argentina (Ley XV N° 14, 2010). En la próxima sección se profundizará este tema.

3.3. Prestaciones en salud sexual y reproductiva y políticas públicas

Una barrera derivada de la falta de conexión de la normativa de aborto legal con el resto de las prestaciones en SSyR es que estas últimas excluyen a la primera.

Sería deseable un cambio en el texto de las normas referidas a IVE que refuerce la integralidad, no solo en términos de atención integral del aborto sino con el resto de los servicios de salud, en especial SSYR, con formulaciones en las normas reglamentarias del aborto legal que intensifiquen la obligatoriedad de considerar al aborto no punible como parte de las prestaciones para las mujeres embarazadas. Por razones de orden legal, se puede prever la dificultad de que este cambio pueda ser introducido en los protocolos de atención elaborados por las autoridades sanitarias, aunque podría lograrse en leyes locales sobre la atención del aborto, en sentencias judiciales y en resoluciones (reglamentarias) de las autoridades sanitarias.

Esta barrera se manifiesta en el caso de la provincia argentina de Chubut. La Dirección provincial de Maternidad, Infancia y Adolescencia establece una lista de “Derechos y Prestaciones para embarazadas”, en consonancia con un plan nacional.²⁵ Así, durante el embarazo y el posparto la mujer tiene derecho, entre otros, a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto y posparto, al parto natural, a que el recién nacido sea tratado con respeto y dignidad, a conocer los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo profesional para amamantar, a recibir asesoramiento sobre los cuidados necesarios tanto de su cuerpo como los de su hijo, etc. Respecto de las prestaciones de salud durante el embarazo y posparto, se menciona la prueba y el control del embarazo: verificar su peso y estatura, revisar las mamas, medir la panza, escuchar los latidos del bebé, practicarse un Papanicolaou, ecografías (para controlar el crecimiento y la vitalidad del bebé), vacunación, análisis de sangre, acceso a información sobre los cuidados durante el embarazo y posparto, situaciones de consulta urgente al médico, la importancia de la lactancia materna, prevención de las adicciones (tabaco, alcohol y drogas) y planificación familiar.²⁶ El único derecho que no está traducido en ninguna prestación explícita, que podría vincularse con el aborto legal, es la mención a “el derecho a decidir qué se hace sobre su cuerpo habiendo

²⁵ Se trata del Plan Nacer. Es un Programa Federal del Ministerio de Salud de la Nación que invierte recursos en salud para mejorar la cobertura y calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños/as menores de seis años que no tienen obra social. Se inició en el año 2005 en las provincias del NEA y NOA y en 2007 comenzó a implementarse en la provincia del Chubut, a través del Ministerio de Salud.
²⁶ Puede encontrarse el texto completo en <http://organismos.chubut.gov.ar/sps/category/derechos-para-embarazadas-puerperas-y-ninosas-hasta-los-6-años-de-edad-sin-obra-social/>

recibido toda la información de manera clara acerca de las prácticas médicas que le realicen”.

Brasil, por su parte, cuenta con la “Norma técnica para la prevención y el tratamiento de los agravios de la violencia sexual contra las mujeres y las adolescentes” (2005), que trata la atención del aborto legal para estas situaciones. Este es un caso ejemplar en el que la prestación de ILE es un componente en el marco de la atención integral de la violencia sexual.

4. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

4.1. Efectores, servicios y profesionales

A diferencia de las reglamentaciones contempladas en algunos estados de Estados Unidos²⁷, por ejemplo, las regulaciones sanitarias de aborto legal en América Latina no fijan condiciones de infraestructura que puedan ser concebidas como barreras de acceso.

Como se explica en el documento de regulaciones sanitarias de IPPF (International Planned Parenthood Federation, 2007, pág. 103), “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)”.

Las barreras se darían especialmente si se exigiera algún tipo de acreditación, un requisito no especificado en ninguna de las normativas estudiadas.

Respecto de la habilitación, observamos que algunos de los rasgos del protocolo de Perú se deben a que es un protocolo de atención de una institución de salud específica, aunque en el protocolo seleccionado (Directiva del Instituto Materno Perinatal, 2007) se indican algunos requisitos que no se refieren a la infraestructura sino a equipamiento e insumos. En países como Colombia la normativa de ILE replica los estándares de habilitación

²⁷ Distintos estados de ese país han aprovechado sus competencias y han echado mano a regulaciones, tanto legislativas como administrativas, para asegurar o restringir el acceso al aborto de modos directos e indirectos; respecto de los primeros, se han impuesto, entre otras, medidas destinadas a regular el aborto, como por ejempl, exigencias de infraestructura a los centros de salud que cuenten con servicios de aborto legal (Guttmacher Institute, 2012).

definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SOGCS (Norma Técnica IVE, 2006; International Planned Parenthood Federation, 2007).

Una barrera identificada en los textos de los protocolos es que en ellos no se explicita si los abortos no punibles pueden ser realizados en todos los niveles de atención de la salud, de acuerdo con la edad gestacional del embarazo, la disponibilidad de insumos, la capacitación de profesionales, sistemas de referencia y contrarreferencia adecuados, entre otros requisitos. Pese a que la norma brasileña de 2005 guarda silencio sobre este punto, las regulaciones sobre el misoprostol han impuesto una serie de requisitos para habilitar el uso del medicamento en los servicios de salud, dificultando que muchas maternidades y hospitales ofrezcan la prestación e impidiendo que el nivel primario del sistema de salud tenga capacidad resolutoria y la forma ambulatoria (Rosas, 2009; Arilha, 2009).²⁸ Del texto de la ley de la provincia de Chubut podría deducirse que todo servicio de salud está obligado a ofrecer este servicio, aunque según los entrevistados aún hay resistencias y serias dificultades para promover la atención en los niveles de atención primaria. De ahí la observación sobre la falta de precisión en el texto de las guías acerca de la capacidad resolutoria del nivel primario de salud.²⁹

En el caso de Colombia, si bien la norma técnica no refiere a este asunto en concreto, expresa en la sección de “características del servicio” que la IVE “debe desarrollarse en el marco de servicios integrales de salud sexual y reproductiva que incluye las acciones de promoción de la salud y prevención del embarazo no deseado, y su manejo oportuno con el fin de evitar las complicaciones, en condiciones de respeto por su dignidad y sin discriminación” (Norma Técnica IVE, 2006). Asimismo, en el artículo 2 se establece que “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* “(el énfasis es de las autoras). De esta norma (Norma Técnica IVE, 2006) podría extraerse la conclusión de que el nivel de atención primario de salud está habilitado. No obstante, en una circular del complejo normativo referido al aborto legal (Circular 031, 2007), cuando se

establece la obligación de remitirse a la Dirección General de Calidad de los Servicios del Ministerio de Protección Social por parte de las Entidades Promotoras de Salud y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud (instituciones que poseen profesionales dispuestos a proveer abortos legales), se habla de “la red habilitada para prestar servicios de gineco-obstetricia de baja, mediana y alta complejidad”.

En esta misma línea se ubica el requisito fijado en algunas normativas sobre IVE acerca del tipo de servicio autorizado (en general de gineco-obstetra) para la prestación de abortos no punibles. Esta exigencia general (sin precisiones, por ejemplo, acerca del estado de salud de la mujer, plazo gestacional del embarazo, otras condiciones, etc.) no está justificada por la evidencia científica ni por los estándares de la OMS (WHO, 2012).

En la ciudad de México hay una norma respecto de la prestación de los abortos legales que ejemplifica correctamente los obstáculos ya mencionados. En los lineamientos para la organización de los servicios de aborto (Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal – reformado–, 2007) se establece que las unidades médicas habilitadas para realizar procedimientos de ILE serán las pertenecientes al sector público o privado que cumplan con los requisitos establecidos en la NOM-205-SSA1-2002 “Para la Práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria”, y que dispongan de personal médico gineco-obstetra o cirujano general debidamente capacitado y adiestrado para realizar la práctica.

Por supuesto, parte de lo indicado hasta ahora depende del sistema de habilitación del sistema de salud de cada jurisdicción. Así, por ejemplo, en Colombia el régimen de habilitación no es por prestación sino por especialidad. En ese caso la barrera o el factor habilitante va a surgir especialmente de la definición normativa de los profesionales autorizados para certificar la existencia de las causales (en las jurisdicciones con este modelo) o del plazo gestacional permitido, y para realizar la interrupción del embarazo. El tema se ampliará en los apartados posteriores de este documento.

Estos obstáculos para incluir con mayor alcance al nivel primario de salud se reproducen en la práctica y en algunos casos hasta se profundizan (incluso cuando los protocolos refieren a la prestación de servicios de abortos legales

²⁸ Las autoras agradecen a por Margareth Arilha haberles señalado este punto.

²⁹ En la de Perú, por tratarse de un protocolo institucional, no hay referencias en este sentido.

como tarea de todos los niveles de atención), de ahí la importancia de ajustar los futuros textos a la tecnología reproductiva disponible y a las recomendaciones de la OMS (WHO, 2012), y reformular, llegado el caso, las normativas existentes. Por supuesto, la barrera que podría significar esta falta de precisión en los textos no se traduce en la garantía de que una referencia explícita sea la forma de ampliar los servicios de aborto legal.

Al parecer en nuestra región no hay exigencias de acreditación de los efectores de salud prestadores de aborto, según los entrevistados y los documentos analizados. Una de las formas de revertir la falta de prestación de los abortos legales en los niveles primarios de atención -que constituye a priori una barrera pues acota la capacidad resolutive del sistema de salud y centraliza la atención en servicios de mediada y alta complejidad cuando no siempre es necesario, como lo destaca la OMS (WHO, 2012)-, sería incorporar, tal como lo hace la norma colombiana (Norma Técnica IVE, 2006, pág. anexo 2), la especificación de los requerimientos físicos, los instrumentos y la medicación que se requieren según el tipo de procedimiento, diferenciando requisitos para aspiración al vacío y para dilatación y evacuación (DyE) de los requisitos para interrupción con medicamentos. En opinión de las autoras, sería conveniente eliminar las referencias a servicios especiales y ser cautelosos al momento de definir a los profesionales autorizados.³⁰

Por supuesto, llegada la instancia de elaborar o modificar los protocolos habrá una serie de preguntas por realizar, en complemento con las recomendaciones y los estándares internacionales y regionales, para mejorar la tarea de eliminar barreras de acceso a la IVE por parte de las mujeres. Así, de acuerdo con Hord (2001), algunas de las preguntas posibles serían: ¿Qué tipo de profesionales de la salud proporcionan actualmente servicios de aborto? ¿Están otros tipos de profesionales de la salud dispuestos a convertirse en proveedores de aborto? ¿Cómo se distribuyen los diferentes grupos de proveedores en el país? (por ejemplo, ¿Cuál es el promedio de médicos y parteras? ¿Hay ginecólogos en los hospitales semiurbanos? ¿Cuál es la formación, y a qué tipo de capacitaciones sistemáticas están sujetas las enfermeras? ¿La mayoría obstetras y ginecólogos trabajan en hospitales? ¿Cuál es el perfil de los psicólogos en la jurisdicción?). ¿Hay servicios de aborto de segundo

trimestre o se trata de profesionales identificados? ¿Hay servicios que cuentan con capacidad en consejería de aborto y SSyR? ¿Hay servicios de gineco-obstetricia con áreas especializadas en adolescentes y en violencia sexual? ¿Dónde se han venido ofreciendo los abortos legales de primeras semanas de gestación? ¿Se puede acceder al aborto en los sectores público y privado? ¿Existe un sistema de referencia funcional para los servicios de atención de salud que no proporcionan abortos? En los centros de salud donde se practican abortos, ¿existen protocolos de derivación para las mujeres que necesitan otros tipos de atención?

4.2 Sistema de registro

Todos los entrevistados manifestaron complicaciones para el registro de los abortos legales, ya sea por la falta de registro por parte de los servicios de salud o por el registro incompleto de los datos, situaciones que a su vez, de acuerdo con las personas consultadas, se deben a varias razones (falta de conocimiento de los códigos por parte de los profesionales, ausencia de un sistema de registro habilitado por parte de la autoridad sanitaria, etc.). Algunos de estos inconvenientes podrían ser abordados por las normativas sobre aborto legal. En efecto, en las respuestas de los entrevistados y en la revisión documental se pudo observar que una de las barreras en este punto es que en los protocolos no se precisan los modos de registro.

Esta imprecisión en las normativas genera una barrera multiplicadora de otras, que se relacionan con la falta de visibilidad de los abortos legales, la posibilidad de contar con información estadística, conocer su incidencia y prevalencia, y la pérdida de oportunidad de trabajar para reducir el fenómeno de la “clandestinización” de los abortos legales en los servicios de salud. Una vía de solución puede ser trabajar regionalmente para una definición unívoca y un uso de códigos específicos en esta prestación de salud.

También se observó una falta de especificación del deber de los agentes sanitarios y aseguradores (según el diseño de cada sistema de salud) de informar a las autoridades sanitarias el número de abortos no punibles. Una excepción a esta imprecisión es la normativa colombiana, que fija la obligación de los administradores –entidades promotoras de salud, direcciones departamentales y distritales de salud–

³⁰ Profesionales en la sección destinada a los procedimientos.

de remitir al Ministerio de Protección Social, Dirección General de Calidad de los Servicios, la información sobre la provisión de servicios seguros de ILE (Circular 0031, 2007). Se trata de una circular, del complejo normativo referido a la IVE, en la que específicamente se regula este punto así como el reporte de instituciones habilitadas y disponibles para la provisión de abortos legales en el sistema de salud nacional.

Por otro lado, se debe tener cuidado en el tipo de información por registrar, protegiendo la privacidad de las mujeres tal como específicamente lo establecen los lineamientos en D.F México: “el manejo de la información y los expedientes clínicos que se generen con la aplicación de estos Lineamientos Generales, deberá realizarse bajo criterios de estricta confidencialidad” (Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal –reformado–, 2007). No debe asumirse la integración “espontánea” de este tipo de obligaciones estipuladas en otras normativas de salud (por ejemplo, leyes de derechos del paciente o resoluciones de las autoridades sanitarias), por parte de los aplicadores de los protocolos de IVE, al menos en esta instancia del proceso de implementación de los abortos legales en la región.

Finalmente, al no mencionar los modos del manejo y registro de las historias clínicas las normativas no colaboran en rutinizar y normalizar el aborto legal como una prestación de salud. Si bien, posiblemente, en el futuro esto no sea necesario (incluso no deba estar regulado sino de modo general, como otras prestaciones), en el estadio actual puede ser adecuado que los protocolos establezcan el tipo de información por registrar en la historia clínica, diferenciando, entre otros criterios, por causales de aborto no punible tal como se indica en la norma colombiana (Norma Técnica IVE, 2006), en la normativa mexicana (Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal –reformado–, 2007) y ,aunque de modo menos específico, en el protocolo hospitalario de Perú (Directiva del Instituto Materno Perinatal, 2007).

4.3. Mecanismos de sanción y fijación de responsables en la prestación del servicio

En general, los protocolos recurren a formulaciones abstractas que siguen la línea de otras regulaciones de salud, o utilizan disposiciones de reenvío a la normativa penal, civil y administrativa que regula las responsabilidades y sanciones correspondientes. Así, la norma técnica de Brasil (2005) establece que el Estado es el responsable de garantizar en los hospitales públicos profesionales que realicen la IVE, mientras que la normativa de Colombia coloca la responsabilidad en todos los entes del sistema (públicos y privados).^{31,32}

En Brasil se señala de modo explícito (Norma Técnica de Atención Humanizada del Aborto, 2005, 2.5. ética profesional) la responsabilidad de los profesionales por denegación de los servicios, pero en relación a la violación del secreto profesional, de modo breve y haciendo referencia tanto al Código Penal como a las normas constitucionales y reglas de la ética profesional. La norma de la provincia de Chubut (Ley XV N° 14, 2010) establece en su art. 18 que “las maniobras dilatorias, el suministro de información falsa y la reticencia para llevar a cabo la práctica del aborto cuando esta se encuadre en el artículo 86° del Código Penal, por parte de los profesionales de la salud y las autoridades hospitalarias, constituyen actos sujetos a la responsabilidad administrativa, civil y/o penal correspondiente”. Esta normativa acierta al fijar las causales por las que se incurre en responsabilidad, pero es lacónica respecto del tipo de sanciones y procedimientos específicos, limitándose a formulaciones genéricas. En este caso, al tratarse de una ley, había un mayor margen de acción (por razones de competencia) que no se utilizó de manera óptima.

Las fórmulas elegidas no contribuyen a contar con mecanismos claros de responsabilidades y sanciones. Debido al carácter legal de muchas de las normas de IVE (esto es, protocolos de atención elaborados por autoridades sanitarias) algunos ámbitos y cuestiones regulatorias se encuentran restringidos por razones de competencia en la producción legal (por ejemplo,

³¹ Hay que tener en cuenta que, en el caso colombiano, también depende del seguro de salud que la mujer tenga. De este modo, la garantía varía, y la norma así lo fija. Si la mujer posee un seguro de salud (en el régimen contributivo o en el subsidiado), entonces los responsables son sus aseguradores.

³² No obstante, la Corte Constitucional ha avanzado en sucesivas sentencias profundizando y reiterando las responsabilidades involucradas en la prestación de los abortos no punibles. Uno de los casos paradigmáticos es la sentencia T-209, 2009.

el establecimiento *ad hoc* de sanciones penales]. No obstante, las disposiciones y los artículos de reenvío así como la transcripción textual (y no solamente haciendo referencia a la norma de referencia) podrían, en el futuro, facilitar un mapa y mecanismos más claros del tipo de conductas pasibles de sanción y el procedimiento para reclamar la aplicación de estas sanciones.

Es decir, los textos de la mayoría de las normativas sobre aborto legal no contribuyen a desandar ciertas barreras, pues no logran definir las causales de responsabilidad, el tipo de procedimiento y sanción, la autoridad de aplicación, etc.³³ Respecto de las causales, el documento regional sobre causal violación ofrece una primera guía de considerable utilidad.

“[...] comprometen la responsabilidad del Estado y de quienes participan en la aplicación de la CV:

“La ausencia de regulaciones y políticas públicas en los distintos niveles del Estado para ofrecer servicios de salud y otros complementarios para responder a la demanda de la ILE de las mujeres que han sido violadas. El Estado también incurre en responsabilidad frente a la regulación deficiente de la legislación, así como en su interpretación y aplicación contraria a los derechos humanos de las mujeres. Por ejemplo, a través de la redacción confusa de las normas, la solicitud de requisitos no previstos en la ley que las mujeres no estén en condiciones de cumplir, la interpretación de la norma legal basada en estereotipos de género y la falta de credibilidad de las mujeres en situación de violación durante el proceso de aplicación de la ley.

“Los actos que impiden u obstaculizan el acceso efectivo de las mujeres a la ILE. Estos incluyen las negativas a prestar los servicios así como la imposición de barreras que, en la práctica, deriven en la imposibilidad de las mujeres de acceder a los servicios. Barreras como la solicitud de requisitos no previstos en la ley, la falta de insumos, la falta de recursos humanos entrenados, la falta de personal no objetor, la falta de definición clara de funciones y competencias, son tan solo algunos ejemplos de estas obstrucciones.

“Los actos que retrasan el acceso a ILE. Pueden ser las mismas situaciones descriptas anteriormente aunque el

³³ Véase Bergallo y González Vélez (2012).

resultado final no derive en la negación del servicio sino en la imposición de obstáculos que afectan los tiempos en los que finalmente se accede a la ILE. En estos casos también se compromete la responsabilidad dado que la dilación en el acceso puede traer como consecuencia que el aborto resulte más difícil para las mujeres –biológica y emocionalmente, entre otras razones” (Bergallo y González Vélez, 2012, págs. 42-43).

Al mismo tiempo, el documento citado se refiere a los actores susceptibles de sanciones: “los aspectos antes descriptos pueden comprometer la responsabilidad de las instituciones y los profesionales de la salud pero también de las autoridades administrativas o judiciales que tienen a su cargo el agotamiento de los procedimientos de acceso a la ILE. En el caso de estos últimos, la dilación o la negativa en el acceso pueden presentarse cuando se exigen requisitos no previstos en la ley, cuando los establecidos son distorsionados mediante formalismos improcedentes, o cuando se hacen análisis restrictivos de la causal violación” (Bergallo y González Vélez, 2012, pág. 143).

Finalmente, en la construcción de un articulado acerca de responsabilidades deberían conjugarse las disposiciones legales con las de la ética profesional. Como ya se mencionó, la falta de integración de estos dos mundos jurídicos constituye una barrera y, por el contrario, trabajar en su complementariedad y vinculación podría contribuir a construir de un modo más integral y profundo la percepción de obligatoriedad –ética y legal– de la prestación del aborto.

5. ALCANCE DE LAS CAUSALES

Del análisis de las normativas y de las respuestas de los entrevistados surge que la barrera en la causal salud para aquellos países estudiados (Argentina, Colombia y Perú) que la contemplan es más una cuestión de implementación que de formulación de protocolos. Sin embargo se han identificado algunos puntos que pueden no estar favoreciendo una interpretación integral de esta causal. En primer lugar, en los modelos que tienen esta causal (sin especificación) no se ha realizado un esfuerzo argumentativo para mostrar por qué la única interpretación correcta es la integralidad (física psíquica social). De este modo, por ejemplo, la norma de la provincia de Chubut dispone solamente que “para la

constatación de los casos de peligro para la salud o la vida de la mujer, el médico debe fundar su diagnóstico con los estudios pertinentes y en el caso de peligro para la salud psíquica, la constatación debe hacerse en interconsulta con un profesional habilitado para la práctica profesional de la psicología” (Ley XV Nº 14, 2010, art. 4). Es decir, se observa como barrera que la definición de causal salud, si bien refiere a la salud psíquica, no está desarrollada ni definida de modo textual. Esto deviene en una segunda cuestión: en el texto de la norma estudiada no se incluye la dimensión social de la salud.

Las causales y el plazo gestacional (en el caso de la ciudad de México) están indicados en las normas penales que establecen la despenalización (Argentina, Perú, y ciudad de México) o, de modo excepcional, por una sentencia I como la que descriminalizó la práctica en Colombia (Sentencia C-355, 2006). De este modo, las regulaciones para la atención de la ILE están condicionadas por normas que poseen un valor jurídico superior. Este condicionamiento es tanto para la causal salud como para el resto de las causales, así como para el modelo de plazos de la ciudad de México.

No obstante, estas normas penales no definen el alcance de las causales (a diferencia de la sentencia de la Corte Constitucional de Colombia), tarea delegada a otras autoridades reguladoras (legislaturas, autoridades sanitarias, hospitalarias), aunque el permiso incorpora requisitos calificantes. El caso más paradigmático, en un sentido restrictivo (de los países bajo análisis), es el de Perú (Dador Tozzini, 2012). En el artículo 119 del Código Penal (1924) se fija que “no es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente”.

Sin embargo (con o sin condicionamientos impuestos por las normas de fondo), estas reglamentaciones a veces no se limitan a lo reclamado por las normas de fondo, imponiendo requisitos innecesarios e irrazonables como en el caso del protocolo peruano (Directiva del Instituto Materno Perinatal, 2007). En el punto II se registra la tarea reglamentaria que, pese a sus rasgos positivos, también impone límites (y por lo tanto barreras). El artículo comienza expresando: “cuando es el único medio para salvar a la gestante o para evitar en su salud un mal grave

y permanente”; es decir, realiza una transcripción de la última parte del artículo 119. Esta elección es estratégica y jurídicamente cuestionable (Dador Tozzini, 2012), ya que hay formas más ordenadas de precisar el alcance de la causal que sugieren empezar por una definición de las causales y continuar por su cualificación. En ese sentido, con la sola transcripción de “el único medio para salvar a la gestante” se pierde la oportunidad de asignarle un significado a ese requisito “único medio” (requisito similar al de la norma penal argentina), tal como lo sugiere, por ejemplo, el documento de causal salud (González Vélez [comp.], 2008).

Luego, en un intento de dar una guía de aplicación de la causal (en un contexto hostil como el de Perú, en el que no hay una norma emitida por la autoridad sanitaria)³⁴, se presenta una lista de “entidades clínicas” que, de acuerdo con un grupo de sociedades médicas, “amerita evaluar la interrupción terapéutica del embarazo”. Esta lista, que bien pudo haber sido elaborada con la finalidad de facilitar el acceso al aborto no punible, impone barreras. Como otros existentes en los planos nacional e internacional elaborados por expertos, sociedades profesionales u otras organizaciones de la salud, este listado es abierto (dada la formulación final “otras patologías que pongan en riesgo la vida o la salud de la mujer”) limita el alcance de la causal de distintas maneras. En primer lugar, refiere a “entidades clínicas” y “patologías”, es decir, asume un enfoque biologicista, medicalizando todo el proceso y, por lo tanto, desplazando las percepciones y decisiones de la mujer (GIRE, 2007; González Vélez [comp.], 2008). En segundo lugar, del listado se deduce una interpretación restrictiva de la causal salud física (salvo por una pobre referencia a “antecedente de psicosis puerperal”) y constituye una barrera sustancial al derecho de las mujeres a una ILE.

La experiencia en la utilización de este protocolo hospitalario pone de manifiesto los peligros de los listados incluidos en las regulaciones sanitarias. Sin embargo, no hay que descartarlo en la elaboración de guías de capacitación o discutir tanto acerca de su plausibilidad como valor estratégico, siempre y cuando su formulación esté destinada a presentar una definición amplia de la causal salud, tal como lo ordenan los sistemas jurídicos de la región (González Vélez [comp.], 2008).

³⁴ Para mayores detalles sobre la situación del aborto terapéutico en Perú, se puede visitar el sitio web de PROMSEX <http://www.promsex.org>.

La argumentación respecto del alcance de la causal salud no debería estar basada exclusiva o primordialmente en la definición de la OMS, sino en las definiciones jurídicas fijadas por los tratados internacionales de derechos humanos así como por las resoluciones y dictámenes de sus órganos de monitoreo, que son materiales legales obligatorios para los sistemas jurídicos de la región (dado que se ratificaron los tratados de derechos humanos). En esta misma línea, se deberían incluir cláusulas constitucionales, legislación y sentencias judiciales que evidencien una interpretación integral de la salud no restringida a su dimensión física.

Ninguna norma incluye disposiciones que afirmen que una interpretación restrictiva de la causal salud física es contraria al derecho y al principio de la igualdad (por lo mencionado anteriormente). Esta posibilidad debería discutirse en caso de formulación de nuevos protocolos. Por otro lado surge la discusión acerca de la noción de peligro o riesgo a la salud (de acuerdo con los textos de las normas bases). En ninguno de los protocolos se define qué se entiende por peligro o por riesgo, omisión que ha sido señalada por varios entrevistados como un obstáculo para la ampliación del acceso al aborto legal. Esto es algo que ha actuado como una barrera en los servicios de salud, pese a que la sociedad civil ha trabajado para incorporar un marco conceptual que no restrinja esta noción (González Vélez [comp.], 2008).

El riesgo es la posibilidad o probabilidad de que ocurra un daño en la salud (González Vélez [comp.], 2008). Es decir, no requiere la configuración de un daño, sino la posibilidad de su ocurrencia. Por lo tanto, “basta la presencia de uno o varios factores de riesgo, para considerar el riesgo como existente, y con ello, una afectación de la salud en cualquiera de sus dimensiones, como posible, y en consecuencia, la interrupción legal del embarazo por motivos de salud como una alternativa para enfrentar el riesgo” (González Vélez [comp.], 2008). Esto no está aclarado en todas las normativas de aborto legal analizadas.

En cuanto a la causal violación, de las entrevistas surge que su interpretación y aplicación no cubre los casos de mujeres embarazadas en situación de violencia doméstica u otras formas de violencia sexual que generalmente no son identificadas como situaciones de violación. Tras esta identificación, en futuras reformulaciones y protocolos debería discutirse la posibilidad de incluir una lista no

taxativa de situaciones de violencia sexual que habiliten el permiso para interrumpir el embarazo en casos de violación.³⁵

Respecto de las malformaciones fetales, se observaron distintas circunstancias. Así, en Argentina no está prevista la causal específica, pero se ha entendido que está comprendida en la causal salud (Ramos, Bergallo, Romero y Arias Feijoó, 2010). La norma estudiada, la de la provincia de Chubut (Ley XV Nº 14, 2010), no ofrece una lista de patologías y situaciones susceptibles de ser incluidas en la causal salud, por lo tanto las malformaciones fetales no se encuentran en su texto. No obstante, de acuerdo con lo relatado por las entrevistadas no resulta un obstáculo serio, dada la tradición en la práctica médica de resolver de modo favorable los casos de malformaciones incompatibles, no así frente a embarazos con anomalías fetales compatibles con la vida. Esto no necesariamente debe concluir en que la falta de una explicitación de este supuesto en la regulación constituye una barrera, sino en un mayor esfuerzo por capacitar a los profesionales en la integralidad de la causal salud, el alcance de la causal psíquica y la noción de peligro y riesgo, tal como lo recomendaron dos de las personas entrevistadas de esa jurisdicción.

En Brasil, la permisión de la interrupción del embarazo en supuesto de anencefalia es reciente, luego de una amplia lucha y un largo proceso. En el caso de Colombia, esta causal está definida expresamente por la decisión judicial de la Corte Constitucional (Sentencia C-355, 2006). Este fallo establece que no se incurrirá en delito de aborto “cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico”. Es decir que provee de una causal específica, aunque calificada a través de la exigencia de inviabilidad.³⁶

6. PROCEDIMIENTO LEGAL, ADMINISTRATIVO Y DE SALUD PARA LA PRESTACIÓN DE ABORTOS LEGALES

6.1. Plazo para la prestación del servicio

Todas las regulaciones estudiadas fijan un plazo para la prestación del servicio. Esta disposición parece ser

³⁵ Véase Bergallo y González Vélez (2012).

³⁶ Si bien puede estar sometido a críticas, este requisito excede el objetivo de este documento, destinado a centrarse en las regulaciones sanitarias de prestación de IVE.

favorable para servicios de aborto legal adecuados. Si bien a partir de las entrevistas y de la lectura de las normativas no se pueden realizar afirmaciones precisas sobre este punto, sí es posible dejar abierta una serie de preguntas para futuras discusiones en el marco de modificaciones y elaboraciones de protocolos:³⁷

¿Cuál es la finalidad de este plazo? ¿Es un período de reflexión, es un plazo de tipo administrativo o para permitir que los servicios se organicen?

¿Cuándo comienza el plazo? ¿A partir de la solicitud de la mujer (formalizado de alguna forma)?

¿Se trata de tipo de plazo indicativo o perentorio?³⁸

¿Cuáles pueden ser los efectos desfavorables de incluir plazos muy ajustados para la prestación de IVE?

¿Se deberían fijar plazos diferenciados según las causales?³⁹

¿Se fijan mecanismos de reclamo por la falta de cumplimiento?

6.2. Requisitos para la certificación de las causales: salud, violación y malformaciones

6.2.1. Constatación del embarazo y otros exámenes previos

En general, las pruebas de embarazo forman parte de la rutina en la atención de mujeres en situación de aborto legal. Sin embargo hay protocolos que colocan estas pruebas como obligatorias. Este es el caso de la ciudad de México cuando se trata de mujeres sobrevivientes de delitos sexuales (Código de Procedimiento Penal, 2004, art. 131 bis), y de Colombia, solo cuando se presentan dudas acerca de la existencia del embarazo, además de señalar que la ecografía no es obligatoria en los abortos tempranos (Norma Técnica IVE, 2006, 6.4.1.3).

La exigencia de la norma mexicana actúa como una barrera, por ejemplo, en situaciones en las que el tiempo

es el factor determinante y se debe esperar los resultados de los análisis de laboratorios o realizar una ecografía, lo que a su vez puede generar obstáculos en los niveles de atención primaria. La constatación podría realizarse a través de un examen físico, salvo en el supuesto establecido en la ciudad de México, pues la finalidad del requisito no es solo constatar el embarazo sino fijar la edad gestacional (Acuerdo para Procedimiento en caso de Violación, 2006).

Así, el silencio de la mayoría de las normativas o, en todo caso, la formulación del protocolo de Colombia⁴⁰, son opciones adecuadas.⁴¹

6.2.2. Certificación del riesgo para la salud⁴²

Los requisitos para la certificación de la salud están vinculados al alcance y modo de definición de las causales. El protocolo hospitalario peruano (Directiva del Instituto Materno Perinatal, 2007) es un ejemplo de esta relación y de cómo lo primero acaba por determinar lo segundo. Esta norma impone barreras al exigir que la certificación sea realizada por una junta médica conformada por la Dirección del hospital, a la que el médico tratante debe notificar el caso en primer lugar (Directiva del Instituto Materno Perinatal, 2007, pág. III). El médico tratante es quien “representa a la mujer” frente a la junta médica, es decir, la paciente no tiene participación en la decisión que definirá su acceso a la ILE. Sin duda, el sistema desplegado constituye una barrera sustancial y definitiva respecto de las posibilidades brindadas por la causal salud para la atención de los embarazos no deseados o embarazos no queridos (González Vélez [comp.], 2008). De la misma forma, el lenguaje utilizado para definir la naturaleza de la participación de la junta médica es confuso. En el artículo II se habla de la “opinión” de la junta, lo que sugeriría que se trata de un dictamen no vinculante, mientras que en el artículo III, referido al procedimiento administrativo, la naturaleza de la decisión de este comité es obligatoria y vinculante. Esta ambigüedad y vaguedad en el uso de los términos es una barrera adicional además del claro

³⁷ Sobre este punto véase International Planned Parenthood Federation 2007.

³⁸ En la Directiva Instituto Materno Perinatal de Perú se fija un plazo de diez días perentorios para la realización del aborto desde “que se efectúa la solicitud”, en tanto que en Colombia se establece un plazo no perentorio de cinco días.

³⁹ En la ciudad de México se establecen plazos en distintas normas, según la causal y para distintas etapas del proceso (International Planned Parenthood Federation 2007, 61)

⁴⁰ “En la mayoría de los casos solo se precisa de 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 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” (Norma Técnica IVE 2006, 6.4.1.3).

⁴¹ Sobre otras cuestiones relativas a exámenes previos, puede consultarse International Planned Parenthood Federation (2007, págs. 90-92).

⁴² Para este punto véase también sección 5: Alcance de las causales.

obstáculo de la participación de esta junta. Finalmente, como se mencionó al inicio de este apartado, la definición de la causal salud en el protocolo obstaculiza más aún el procedimiento de certificación o, al menos, lo complica. Tal es el caso de la normativa peruana, donde se establece que la junta médica estará conformada por tres gineco-obstetras, fortaleciendo de este modo una interpretación y aplicación restrictivas de la causal a la causal física (Directiva del Instituto Materno Perinatal, 2007, III).

Por otro lado hay normas, como la de Colombia, que definen de modo detallado el procedimiento y los requisitos para la certificación (International Planned Parenthood Federation 2007, pág. 91), mientras que la ley de la provincia de Chubut (Ley XV N° 14, 2010), por ejemplo, es más bien minimalista. Ambas opciones parecen adecuadas y, de acuerdo a los entrevistados, no presentan mayores obstáculos.

Sin embargo, la experiencia parecería indicar que el modelo colombiano (pese a todos los problemas de acceso que presenta el país) es mejor en la medida en que aclara el rol del profesional y de la mujer en la constatación del riesgo para la salud (Sentencia C-355, 2006; Norma Técnica IVE, 2006), algo que hoy constituye una de las claves y nudos problemáticos del acceso a la causal salud en todos los países de la región que cuentan con este permiso (González Vélez [comp.], 2008; Ramón Michel, 2011).

En este sentido, un modo posible para hacer frente a esta barrera (llámese medicalización, enfoque biologicista, cooptación del profesional, discrecionalidad médica, aplicación restrictiva de la causal salud, socavamiento y violación del derecho a la autonomía de la mujer, etc.) sería seguir la propuesta colombiana, e incorporar algunos conceptos claves del documento regional de causal salud (González Vélez [comp.], 2008) y/o fijar un principio de interpretación y aplicación obligatoria por parte de los proveedores, referido a la autonomía de las mujeres y a la imposibilidad de omitir su rol en la decisión final en la existencia o no de un riesgo para la salud.

Finalmente, es importante señalar que las normas de fondo que contienen los permisos para la ILE en general se refieren a “médico”, por lo que las regulaciones sanitarias no deberían calificar este requisito agregando una especialidad de modo general (tal como se indicó que lo realiza el protocolo de Perú), sino distinguiendo de

acuerdo con ciertos criterios (plazo gestacional, alguna condición de salud significativa de la paciente, etc., es decir, razones con evidencia científica de soporte). De lo contrario, se reduce la capacidad resolutoria de los niveles de atención primaria de salud: en los que centros sanitarios con médicos generalistas o de familia podrían dar acceso a la ILE a través del aborto medicamentoso ambulatorio cuando corresponda. En el caso de la provincia de Chubut (Ley XV N° 14, 2010), las entrevistadas señalaron que el requisito de que el peligro para la salud psíquica sea determinado por un profesional de la psicología ha constituido una fuerte barrera en la prestación de ese servicio, dada la resistencia y poca capacitación de los profesionales. Esto remarca nuevamente la reflexión que se intentó realizar por medio de preguntas en la sección dedicada a la organización de los servicios.

6.2.3. Denuncia para el aborto por causal violación

Para la certificación de la causal violación, la exigencia de denuncia policial, de un procedimiento judicial o de algún otro trámite de tipo judicial siempre constituye una barrera (Bergallo y González Vélez, 2012; F.A.L. s/Medida Autosatisfactiva, 2012).⁴³ En esa línea, la regulación de la ciudad de México sobre aborto por violación es una norma paradigmática en el sentido de imponer barreras.

El Código de Procedimientos Penales para la ciudad de México refiere al aborto en casos de violencia sexual de un modo básico. Mediante un Acuerdo del Procurador General de Justicia del Distrito Federal se fija un “Instructivo sobre el procedimiento de la Interrupción legal del embarazo y anticoncepción de emergencia” (2006) en el que se detalla el procedimiento administrativo que exige la denuncia en el marco de un procedimiento, junto con otras exigencias. Una de las barreras se debe a que todo el acceso al aborto por causal violación está judicializado. No solo se requiere la denuncia sino también se establece un procedimiento para verificar que el embarazo es resultado de una violación. La verificación es realizada por la médica perita a través de exámenes médicos destinados a comprobar el embarazo y la edad gestacional. Esta información se confronta con los datos de los hechos y las fechas denunciados por la mujer. Una vez que la mujer denuncia, su solicitud de ILE se integra a la Averiguación Previa junto con el resto

⁴³ Sobre la no exigibilidad de la denuncia pueden consultarse, entre otros, la sentencia de la Corte Suprema argentina [F.A.L. s/Medida Autosatisfactiva, 2012], Bergallo (2012), Ramón Michel (2012) y los documentos elaborados por la Asociación por los Derechos Civiles (ADC), disponibles en http://www.adc.org.ar/sw_seccion.php?id=51.

de la documentación (dictámenes periciales médicos y psicológicos). Luego el Ministerio Público constata si se satisfacen los requisitos impuestos por el artículo 131 bis del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, autoriza la prestación y refiere a la mujer al Centro de Terapia de Apoyo de Delitos Sexuales.⁴⁴

Por supuesto, actualmente en la ciudad de México existe la posibilidad de saltar este procedimiento y recurrir al aborto legal mediante la simple solicitud de la mujer que presente un embarazo no mayor a la semana doce. Si bien esto parece una solución viable para una parte de las mujeres, continúa siendo una barrera para todas aquellas que superan el plazo gestacional estipulado porque dificulta el acceso a un servicio especializado para casos de violación.

6.2.4. Exámenes para la causal de malformaciones

La Corte Constitucional de Colombia estableció la despenalización cuando “exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico” (Sentencia C-355, 2006). La norma técnica no fijó un mecanismo de certificación diferenciado para esta causal, (Norma Técnica IVE, 2006) pero en la práctica, según relatan los entrevistados, se ha tendido a exigir evidencia ecográfica e incluso estudios genéticos. Esto implica costos y autorizaciones para los estudios en caso de posibilidad de cobertura, lo que se traduce en una serie de barreras económicas y otras vinculadas al tiempo. Asimismo, existen test más rápidos pero que no están cubiertos, lo que se traduce en una discriminación económica de facto. Dada esta experiencia, sería aconsejable que en futuras regulaciones o modificaciones se precisara cuáles y cuándo son necesarios (científicamente) estudios previos a la ILE en caso de malformación.

6.3. Consentimiento informado

Si bien no se identifican barreras relevantes producidas por los textos de las normas, cabe resaltar algunos aspectos surgidos de las entrevistas realizadas, de algunos reportes y noticias sobre barreras en el acceso al aborto no punible de los distintos países, así como de modelos y documentos en los que se ha analizado el tema (International Planned

Parenthood Federation 2007; González Vélez [comp.], 2008; Bergallo y González Vélez, 2012).

En primer lugar, el consentimiento informado presupone una información previa adecuada y suficiente. La reglamentación acerca del consentimiento informado de las mujeres embarazadas (y por lo tanto no solo en los protocolos de IVE, sino también en las regulaciones de otras prácticas gineco-obstetras) debería enfatizar la obligación del profesional de informar acerca de la opción de un aborto no punible, ya sea por causales o por plazo gestacional. En este punto también vale la pena insistir en la necesidad de trabajar en protocolos para la atención de embarazos no deseados (Zamberlin, 2012).

La conceptualización generalizada⁴⁵ que el consentimiento informado tiene en la práctica sanitaria genera barreras que son generales y por lo tanto no afecta en especial a la prestación del aborto, aunque adquiere sus particularidades. No obstante, hay algunas medidas que podrían tomarse al formularse los protocolos de ILE. Así, por ejemplo, se ha observado que, en general, las regulaciones definen el consentimiento informado en términos de un “momento” que se materializa en un documento más que en un proceso y una herramienta para proteger la autonomía de las mujeres.⁴⁶ En la ciudad de México (Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal – reformado–, 2007) se define el consentimiento informado como “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). Es decir, se toma el consentimiento informado como un momento. Lo mismo sucede en Colombia (Norma Técnica IVE, 2006).

Además del deber de información y de la noción misma de consentimiento informado, en las regulaciones hay cuestiones que se deberían definir con mayor sofisticación:

⁴⁴ La complejidad del procedimiento ha llevado a que organizaciones como GIRE elaboren mapas de ruta administrativa para acceder a la ILE en casos de violación. Para la ciudad de México, véase https://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=266%3Aparadenunciarunaviolacioneneldistritofederal&catid=102&Itemid=1422&lang=es

⁴⁵ Fuertemente vinculada a la formación profesional, a las condiciones para ejercer la práctica profesional de la salud (entre ellas, cierta medicina defensiva por los juicios de mala praxis), la construcción cultural médico-paciente, entre otras cuestiones.

⁴⁶ A pesar de que no hay duda de que las normativas de la región han tenido como vocación el acceso de las mujeres a los abortos no punibles.

Modelos: Reenvío a una norma general (civil por ejemplo)^{47,48} recepción y transcripción de una norma general, reenvío o transcripción de una norma referida a SSyR,⁴⁹ o creación de una regla específica. Ya sea que las normas de reenvío sean a leyes generales sobre consentimiento informado (como la española) a leyes generales de salud o de SSYR (como en Perú) o a leyes de pacientes (como en la Argentina), este tipo de modelo para regular el consentimiento informado impone una tarea adicional en el prestador de servicios, pues debe abordar otras normativas para tener el cuadro general respecto de las exigencias del consentimiento informado. Un modo de facilitar la tarea y ayudar a que el protocolo tenga independencia operativa (si se decide otra por receptor una norma general sobre consentimiento) sería transcribir las normas en cuestión, adecuándolas a la estructura de los protocolos.

Oportunidad:⁵⁰ los protocolos deben definir no solo el momento en que se debe requerir el consentimiento informado, sino desde cuándo se inicia, entendido como un proceso de información, reflexión y decisión. “Está claro que primero debe darse la información y posteriormente recabar el consentimiento, todo ello antes de la realización de la operación⁵¹ correspondiente, pero ¿cuánto tiempo es antes? La ley no dispone en qué momento debe hacerse, pero los tribunales ya han tenido ocasión de pronunciarse al respecto, entendiendo que la información debe darse con la antelación necesaria para que la voluntad se determine de forma meditada y libre. Se consideran no válidos los consentimientos firmados poco antes de la intervención porque se debe permitir al paciente un período de reflexión entre el momento en que

otorga el consentimiento informado y la realización de la intervención” (González Marsal, 2009, pág. 310).

Regla general y particulares acerca de la capacidad para consentir: este punto se ampliará más adelante en el presente documento.

Principio de valoración de la validez del consentimiento: de las entrevistas y de la experiencia acumulada en la región se observa que en ocasiones la decisión de desistir del aborto se ha debido a la información falaz y tendenciosa ofrecida por los propios profesionales tratantes o por el contexto de hostilidad, incluso de violencia, en el que la mujer se encontraba. En este sentido, la falta de previsiones acerca de los criterios para evaluar, más allá de la formalidad, la validez del consentimiento informado, puede constituir una barrera que se podría mejorar mediante distintas regulaciones. La regulación colombiana brinda una buena propuesta aclarando, cuando se refiere a este aspecto, que la “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” (Norma Técnica IVE, 2006, pág. art. 6).

Contenido del consentimiento informado⁵²

Formalidad: de las entrevistas realizadas no surge que constituya una barrera el requisito de que el consentimiento se exprese de modo escrito, como en Colombia y Perú (en donde no se acepta, en principio, el consentimiento oral). No obstante, cuando pensamos en IVE mediante medicamentos y de modo ambulatorio, la exigencia de la forma escrita parece ser excesiva conforme lo marca la práctica. En todo caso es una cuestión para tener en cuenta (si se cree adecuado distinguir la formalidad del consentimiento según se trate de una intervención quirúrgica o no). Otro aspecto es si el consentimiento informado quedará o no reflejado en algún documento preestablecido. En el caso de Perú hay un formulario preestablecido para brindar el consentimiento informado (Directiva del Instituto Materno Perinatal 2007). Por su parte, la norma colombiana (Norma Técnica IVE 2006) ofrece un modelo no obligatorio de

⁴⁷ Este es el caso de la ley de la provincia de Chubut, que contiene una disposición de reenvío a la ley del paciente. “Es requisito ineludible, en los casos referidos en el artículo 2º de la presente Ley, la firma del consentimiento informado por parte de gestante; o de su representante legal cuando se trate de una menor de 14 años, o de una mujer incapaz, en el marco de lo dispuesto en la Ley Nacional N° 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” [Ley XV N°14, 2010, 6].

⁴⁸ Por ejemplo, la regulación de Brasil (Norma Técnica de Atención Humanizada del Aborto 2005) recepta las reglas del Código Civil.

⁴⁹ En Perú, la Directiva del Instituto Perinatal (2007) recurre a las pautas brindadas para la atención en salud sexual y reproductiva dadas por Ley General de Salud (1997) para definir el proceso de consentimiento informado, específicamente declara que es derecho de la paciente “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” (art. 3).

⁵⁰ Respecto de la oportunidad, por ejemplo en Colombia (Norma Técnica IVE 2006) se requiere que el consentimiento informado sea completado con anterioridad al aborto y que sea anexado a la historia clínica.

⁵¹ La referencia a la operación debería readecuarse cuando se trata de abortos con medicamentos [el comentario nos pertenece].

⁵² Para mayor información sobre este punto, véase International Planned Parenthood Federation (2007).

consentimiento informado. La norma de la provincia del Chubut (Ley XV N° 14, 2010) no ofrece en su articulado ningún modelo ni una forma obligatorios, pero luego la autoridad sanitaria ha elaborado modelos indicativos para favorecer la tarea de los profesionales de la salud, pues, de acuerdo con las personas entrevistadas, se había identificado que la ausencia de formularios o modelos era considerada una complicación por parte de los profesionales.

Efectos: en la norma mexicana (Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo, 2007) se establece que “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). Si bien podrían ser criticadas en lo que respecta a la responsabilidad de la mujer “junto” con su médico, este tipo de disposiciones podrían brindar certidumbre y seguridad jurídica a los profesionales de la salud, lo que constituye uno de los objetivos secundarios al menos de estas regulaciones sanitarias.

La no participación de terceros: en la única normativa en la que se identificó una posible barrera es en el protocolo hospitalario de Perú (Directiva del Instituto Materno Perinatal, 2007). En su art. 4 se sugiere que la pareja de la embarazada sea testigo del acto del consentimiento.

Algunas precisiones: si bien no son habituales, sería conveniente incluir una disposición acerca de los casos de emergencia.

6.4. Atención especializada: adolescentes, mujeres con discapacidad y otras condiciones diferenciables

De las normativas seleccionadas, la mayoría no presenta demasiadas especificaciones acerca de la atención de las niñas y adolescentes, ni de mujeres con discapacidad mental en situación de aborto legal. En este sentido, de acuerdo con las observaciones de los entrevistados, se pueden generar ciertas barreras en los servicios de salud frente a temores e incertidumbres de los profesionales de la salud, en especial en lo relativo a la capacidad para consentir válidamente la IVE.

En las regulaciones analizadas (a excepción de la colombiana, en algunas partes) se observó un abordaje deficiente del tema. En general, la discapacidad no se aborda a través de un marco conceptual significativo y actualizado.⁵³ En la regulación de Chubut, por ejemplo, no se distinguen grados de discapacidad mental (Ley XV N° 14, 2010) ni se prevén mecanismos que garanticen una adecuada participación de la mujer. Lo mismo sucede con las niñas y adolescentes. En algunos casos incluso se observó una falta de reenvío a normas claves dentro de los sistemas jurídicos locales. Por ejemplo, pese a existir una regulación sobre derechos sexuales y reproductivos para adolescentes,⁵⁴ la norma de Perú no retoma sus lineamientos. La norma técnica de Colombia es muy específica en un punto importante, como es la posibilidad de una reorganización de los servicios de ILE, con disponibilidad de instituciones y horarios.

Por razones de extensión, solo se mencionarán algunos aspectos por indagar en futuros trabajos que continúen con este documento exploratorio:^{55,56}

- Requisitos legales
- Provisión de información
- Tipo de consejería
- Servicios especiales
- Precisiones acerca de las técnicas de aborto⁵⁷ (en relación con lo anterior)
- Modos regulatorios de resolver la inconsistencia y conflictos entre normas de distintas áreas y niveles

6.5. Recolección de evidencia forense

En las respuestas de los entrevistados pudo observarse que en las jurisdicciones en las que las regulaciones de IVE no reglamentan ningún aspecto de la recolección de la evidencia forense (Ley XV N° 14 2010), en caso de violación esta ausencia regulatoria constituye una barrera. El resultado es que, en general, los profesionales

⁵³ Para una lectura interesante sobre formas de abordar la discapacidad, desde un encuadre ético y de derechos humanos, véase Diniz, Wederson y Rufino (2011).

⁵⁴ El “Plan general de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva” de Perú cuenta con una sección dedicada especialmente a “La atención integral del aborto y sus complicaciones” (información, educación, orientación y servicios).

⁵⁵ Entre algunos documentos sobre niñez y adolescencia y el acceso al aborto, véanse GIRE, 2007; Berro Rovira, 2001; González Vélez y Durán, 2010; Grupo Médico por el Derecho a Decidir, 2012; Guttmacher Institute, 2011; Turner, Börjesson y Huber, 2012; Bergallo y González Vélez, 2012; International Planned Parenthood Federation, 2007; González Vélez (comp.), 2008.

⁵⁶ Sobre discapacidad y la cuestión regulatoria, véase International Planned Parenthood Federation (2007, pág. 70 en adelante).

⁵⁷ Como indica el Informe de Luis Távora y Susana Chávez, el misoprostol también ha sido estudiado en la inducción del aborto en adolescentes pero se recomienda un uso supervisado y con procedimientos claramente establecidos.

no saben cómo manejarse, no hay procedimientos estandarizados, se promueve la judicialización de los casos o se pone en riesgo la prueba ante futuros procesos penales por el delito de violencia sexual.⁵⁸

Por supuesto, una vez acordada la necesidad de regular este aspecto a fin de suprimir ciertos obstáculos, se abre la discusión acerca de qué recolectar, quién, cómo, y cuándo. En la “Norma técnica para la prevención y tratamiento de los agravios de la violencia sexual contra las mujeres y las adolescentes” de Brasil se recomienda conservar el material recogido de la vagina de la mujer para exámenes de ADN que pudieran ser requeridos posteriormente. En Colombia se trata el aborto por causal violación en la Norma Técnica para la IVE (2006). En esta regulación se prevé la conservación de la evidencia forense. En la ciudad de México esto está regulado también detalladamente, pero no resulta ser el caso de una norma habilitadora, sino que varios de sus aspectos han impuesto barreras de acceso a las mujeres sobrevivientes de violencia sexual.

En el “Instructivo sobre el procedimiento de la interrupción legal del embarazo y anticoncepción de emergencia”, el Acuerdo del Procurador General de Justicia del Distrito Federal establece un mecanismo claro para la obtención de la evidencia forense. Sin embargo, cabe resaltar que las barreras son otras. Además de toda la judicialización que supone el acceso al aborto por causal violación, hay elementos muy concretos que refuerzan las barreras justificadas en la obtención de la evidencia forense. Una vez autorizada la práctica, el organismo que fija el lugar, el día y la hora en que se llevará a cabo la interrupción del embarazo es la Secretaría de Salud. A esa práctica recurre el perito forense especializado en genética, integrante del Ministerio Público, quien debe recolectar el material genético y dar fe de la identidad de la mujer. El material biológico es enviado a los laboratorios para los estudios genéticos e histopatológicos necesarios para la integración de la averiguación previa correspondiente (International Planned Parenthood Federation, 2007).

Actualmente, en ningún protocolo se menciona qué pasa con el aborto ambulatorio y la necesidad de recolectar la evidencia forense. Dada la extensión en la región de la ILE por medio de medicamentos, se debe corregir la falta de reglamentación sobre este punto para dar respuestas

acordes a los avances tecnológicos junto con el derecho a un juicio y reparación por parte de la víctima, así como el interés del Estado en perseguir los delitos (cuando los delitos de violencia sexual son de acción pública).

6.6. Plazo gestacional

En primer lugar, se debe recordar que el modelo de causales de la región que predomina es el de tipo puro, es decir que no combina este criterio con el temporal (plazo gestacional). La ciudad de México es la única jurisdicción de las seleccionadas para este estudio que cuenta, además, con un modelo de plazos. Esto significa que cualquier establecimiento de un plazo gestacional no vendrá como exigencia de la norma de fondo (o sentencia en el caso de Colombia) sino como una añadidura de la reglamentación que de esa norma se haga.

Entre los entrevistados de todos los países no hubo acuerdo acerca de la utilidad (en términos de ampliación real del acceso a los abortos no punibles) de incorporar en las regulaciones sanitarias un límite gestacional para el modelo de causales. Por supuesto, la discusión siempre se dio entre no indicar un plazo gestacional límite e indicar uno amplio (entre las 20 y 23 semanas), y no en indicar un plazo menor. Sin embargo hubo quienes consideraron que los casos de violación que superan las primeras semanas generan muchísima resistencia, salvo algunos casos que involucran a niñas y adolescentes.

Quienes acordaron que la fijación de un plazo en las normativas sobre ILE podría ser una buena medida, argumentaron que esta podría dar mayor certeza a los profesionales, especialmente en los abortos tardíos. Además, por tratarse de un plazo amplio (entre las 20 y 23 semanas) no se estarían imponiendo barreras sino adecuándose a los acuerdos científicos y la tecnología reproductiva. En este punto surgieron algunos comentarios acerca de la disparidad de la disponibilidad de infraestructura, insumos y capacidades técnicas para el manejo de abortos tardíos, cuestión que tal vez debería ser analizada con detalle ante la posibilidad de reformas en los protocolos vigentes o elaboraciones en jurisdicciones que aún no cuentan con normativas sobre el tema.

Por su parte, las personas entrevistadas que rechazaron esta inclusión alegaron cuestiones relativas a la competencia de la autoridad sanitaria. Expresaron

⁵⁸ Sobre peritajes y derechos sexuales y reproductivos ver González Vélez y Gil (2012).

sus sospechas y dudas acerca de la utilidad del establecimiento del plazo para aumentar el número de profesionales dispuestos a realizar la práctica y cuestionaron la propuesta de sumar un nuevo requisito pese a que las normas de fondo nada dicen al respecto. También indicaron que al aceptar la entrada de este punto en el modelo de causales se corre el riesgo de incorporar un factor que hoy o en el futuro podría ser utilizado para restringir el acceso al aborto legal.

Las regulaciones que incorporan un plazo gestacional en sus modelos de causales lo hacen de distintas maneras. Algunas como una limitación de tipo administrativo, otras como una cuestión de condicionamientos médicos y técnicos vinculados a la tecnología reproductiva. Asimismo, hay jurisdicciones en las que se especifica en la norma de IVE mientras que en otras se indica en normas vinculadas al complejo normativo. Finalmente, la fijación del plazo puede ser indicativa o vinculante.

De esta manera, en la “Norma técnica para la prevención y tratamiento de los agravios de la violencia sexual contra las mujeres y las adolescentes” (2002) de Brasil se desaconseja la ILE después de las veinte semanas de embarazo. En ella se indica que el profesional debe comunicar a la mujer la imposibilidad de responder a su solicitud, y ofrecerle atención prenatal y asesoría en adopción si así lo desea. Se trata de un leguaje bastante ambiguo, pues no queda claro hasta qué punto se trata de un plazo indicativo y no vinculante tanto para el profesional como para la mujer solicitante.

En la ciudad de México si bien la norma de fondo penal guarda silencio acerca de los plazos en el esquema de causales, por medio de una regulación (Acuerdo para Procedimiento en caso de Violación, 2006) se incorporó la edad gestacional de hasta veinte semanas. Cabe recordar que esta jurisdicción acepta el aborto a solicitud de la mujer dentro de las doce semanas (Código Penal, art. 144). Respecto del último esquema, los entrevistados de esa jurisdicción mencionaron que existen ciertos problemas para los embarazos de doce o más semanas, ya sea por dudas acerca de este o porque se pone en cuestión si el plazo incluye o no los días entre la semanas 12 y 13. Este tipo de discusiones, que han generado ciertos obstáculos en la ciudad de México, podrían servir de guía y experiencia para países como Uruguay. Se podría incorporar algún principio de interpretación y aplicación en caso de dudas, o decidir

mantener el silencio en este punto y, por lo tanto, apostar a la capacidad resolutoria de los servicios y profesionales de la salud.

Un caso de limitación indirecta lo ofrece la norma hospitalaria de Perú (Directiva del Instituto Materno Perinatal, 2007), en la que solo se prevé información para la IVE hasta la semana veintiuno, “lo cual puede ser una limitación tácita de la edad gestacional” (International Planned Parenthood Federation, 2007, pág. 111). De modo similar sucede en la norma de Colombia, aunque de su texto se extrae que existe un intento por motivar el aborto de primer trimestre (International Planned Parenthood Federation, 2007).

6.7. Causales de denegación del servicio

Ninguna de las regulaciones estudiadas provee causales de denegación del servicio de ILE, aspecto muy favorable puesto que se trata, en gran medida, en al menos causal salud, de situar la decisión final en la mujer solicitante. En todo caso, ante un debate sobre el tema se deberá tener en cuenta que una incorporación como esta debería ir acompañada de un “sistema completo de apelación a las decisiones” (International Planned Parenthood Federation, 2007, pág. 141).

6.8. Recursos en casos de denegación del servicio o desacuerdos

En las normativas analizadas la ausencia de un sistema de recursos en supuestos de denegación de servicios o desacuerdos entre la mujer solicitante y sus representantes legales, o de la mujer con los profesionales de la salud intervinientes, constituye un vacío regulatorio que ha generado barreras en el acceso y en la solución institucional, expedita y respetuosa de situaciones conflictivas, discrecionales o “difíciles”. Esta falta está vinculada a un escaso desarrollo de las responsabilidades y sanciones en las regulaciones sanitarias estudiadas.

Incluso, por ejemplo, la norma argentina admite la posibilidad del rechazo por parte del profesional.⁵⁹ Pese a que exige que este rechazo sea fundado, no incluye un mecanismo de apelación, lo que impone una seria barrera

⁵⁹ “La práctica de un aborto no punible o su negativa fundada por parte del profesional interviniente, debe efectuarse dentro de los cinco (5) días desde la solicitud de la mujer o su representante legal a realizar dicha práctica” (Ley XV N°14, 2010, 16).

al habilitar la posibilidad de la denegación del servicio sin ofrecer alternativas a la mujer solicitante.

De acuerdo con lo relevado en el análisis de las regulaciones, el único protocolo que prevé un mecanismo es la directiva del hospital de Perú. En ella se indica que “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 al Director General, para resolver en un plazo no mayor de 48 horas” (Directiva del Instituto Materno Perinatal, 2007, III. 11)

7. LAS TÉCNICAS DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

En todas las regulaciones sanitarias analizadas se prevé la utilización de métodos quirúrgicos o medicamentosos para la ILE, salvo en la de la provincia de Chubut, en la que no se hace ninguna referencia a la parte técnica.⁶⁰ Tanto Colombia como la ciudad de México cuentan con la regulación más completa.

En cuanto a los procedimientos quirúrgicos, se observa que en algunas guías todavía se recomienda el curetaje. Este es el caso de Brasil, donde en la “norma técnica para la prevención y tratamiento de los agravios de la violencia sexual contra las mujeres y las adolescentes” (2002) se mencionan el misoprostol, la aspiración al vacío y el curetaje uterino. En cambio, este método ya ha sido excluido en la nueva versión de la guía de la OMS (WHO, 2012). No obstante, hay que tener en cuenta la fecha de la norma brasilera mencionada.

En todas las regulaciones (salvo la de la provincia del Chubut como ya se mencionó) se prevé el aborto con medicamentos y se mencionan explícitamente el misoprostol y la mifepristona. Es importante señalar que pese a que en el momento de elaborarse los protocolos o incluso actualmente (o hasta hace poco tiempo) varias jurisdicciones no tenían aprobada la mifepristona, se tomó la decisión estratégica con apoyo en las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2003).

⁶⁰ Se aplica la Guía Nacional de Atención Integral de los Abortos No Punibles (2007, actualizada en 2010).

De acuerdo con el informe de Távara y Chávez, “a finales del año 2008, publicamos un trabajo sobre la disponibilidad del misoprostol en América Latina y El Caribe (LAC) en donde encontramos que solo unos pocos países tenían regulado el uso obstétrico del misoprostol. Sin embargo, hoy en día, debido a la amplia investigación científica en el mundo, este medicamento es de utilización cada vez más difundida y se aplica en diferentes situaciones clínicas. La mayoría de países de LAC ha aprobado normas acerca del uso obstétrico del misoprostol a nivel de los ministerios de salud. Una parte importante de estos países acompañan además normas aprobadas por los organismos reguladores de medicamentos, sea que dependan o no de los ministerios de salud. Unos menos, además de la norma ministerial, han aprobado guías y protocolos a nivel de las instituciones prestadoras de servicios de salud” (Informe de Távara y Chávez).

En el citado informe además se indica que las normas de aprobación de este medicamento se traducen en guías y protocolos que permiten identificar las indicaciones para el uso obstétrico del misoprostol, además de hacer precisiones de formas de uso y vías de administración, tan importantes para una intervención ordenada. Pese al optimismo expresado en el informe, en algunos países y jurisdicciones como la provincia de Chubut aún está pendiente la aprobación del misoprostol en las dosis e indicación adecuada para ser utilizada en la prestación de abortos legales (sin recurrir al uso *off label*).

Una barrera en la atención de los abortos no punibles que los protocolos no están permitiendo abordar es la falta de atención al tratamiento ambulatorio. De los textos de las normativas surge que el centro de regulación es la mujer que recurre al servicio de salud en el que el profesional de la salud le practica un aborto institucional, ya sea a través de la técnica quirúrgica o con medicamentos.

En el mismo informe también se señala que el incumplimiento por parte de algunos profesionales médicos se debe a diversas razones. Entre las más importantes se menciona que algunos médicos no aplican el misoprostol en la práctica obstétrica a pesar de lo establecido en la norma, por desinformación, falta de capacitación y temor. La objeción de conciencia aparece solo en un tercio de los países. En la siguiente tabla se exponen las razones por las que los profesionales de la salud no aplican la norma.

RAZONES PARA NO USAR MISOPROSTOL	NÚMERO DE PAÍSES (INCLUYE LA CIUDAD DE MÉXICO)	%
Por desinformación	10	53
Por falta de capacitación	11	58
Por temor	8	42
Por objeción de conciencia	6	32
Porque no siempre está disponible el medicamento	6	32
Por el costo elevado	3	16
Por otras razones: obligación de hacer registro de su uso	1	5

Estos resultados muestran que la normatividad para el uso del misoprostol debería ser más contundente y abarcar las diferentes indicaciones que este fármaco tiene en la práctica obstétrica, a través de una mejor argumentación. En ella se debería combinar el lenguaje de los derechos humanos, recuperando el derecho al disfrute del conocimiento científico y el alcance del derecho a la salud, con un lenguaje médico y técnico vinculado a la medicina basada en evidencia y a las mejores prácticas clínicas. Esto es aún una deuda pendiente que mantiene la mayoría de las regulaciones sanitarias sobre aborto no punible.

Posiblemente, habría que discutir la incorporación de un principio de interpretación y aplicación que indique que los métodos propuestos deberán ser manejados de acuerdo con la mejor evidencia científica, siguiendo los lineamientos de la OMS (WHO, 2012) y teniendo en cuenta el derecho humano al disfrute de los avances del conocimiento científico. Este derecho se encuentra ignorado por gran parte de los marcos conceptuales y justificaciones de las regulaciones sanitarias de ILE. El derecho a gozar de los beneficios del progreso científico es un derecho humano garantizado por el artículo 7 del Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce a las mujeres el derecho a tener acceso a la tecnología disponible (y que estudios independientes que hayan demostrado que poseen un perfil aceptable de riesgos/beneficios en la aplicación y en su uso), más aún cuando la negación de esa tecnología suponga efectos dañinos sobre la salud y el bienestar personal. Es decir, surge claramente su potencial para ayudar a prevenir barreras en la selección y el uso de los métodos para la ILE (en combinación con el alcance dado al derecho a la salud por los tratados internacionales y los organismos de seguimiento), y por lo tanto es un aspecto que debería tenerse en cuenta en la elaboración de nuevos protocolos. Otra opción sería incorporar un principio en su formulación

negativa, por ejemplo: “se prohíbe el uso del progreso tecnológico y de los adelantos científicos en contra del bienestar, los intereses y la dignidad de las mujeres [...] ningún progreso tecnológico o adelanto científico será argumento para impedir la decisión de la mujer de interrumpir el embarazo” (González Vélez [comp.], 2008, pág. 35).

En la misma línea de ideas, se podría incluir una cláusula que exija que la selección y utilización de los métodos de aborto sea realizada conforme a las buenas prácticas clínicas y a la evidencia. Con ese fin podría argüirse que “la práctica basada en evidencia puede contribuir a la identificación y las evaluaciones sobre riesgo, sin embargo, el factor determinante debe ser la percepción de los mismos. Esa práctica consiste en la exigencia de que las decisiones relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes sean fundamentadas en evidencia científica. La finalidad de la práctica basada en evidencia es que las decisiones médicas estén respaldadas por razones objetivas y reduzcan el margen de arbitrariedad”.⁶¹

En las normativas estudiadas no se han observado técnicas compulsivas, sino que se trata de recomendaciones para los profesionales de la salud. Como ya se ha sugerido, esta discrecionalidad necesaria debe ser acompañada con un mayor énfasis en los criterios para seleccionar un método. Deberá incluir la sensación de los efectos físicos de las técnicas por parte de la mujer, tal como se indica en la norma brasileña (International Planned Parenthood Federation, 2007). En el resto de las regulaciones no se menciona un criterio parecido, y esto puede promover la imposición del método por parte del profesional o, por lo

⁶¹ “Sólo revisiones que sean llevadas a cabo de forma sistemática, con un escrupuloso respeto por los postulados científicos, cuyos criterios sean explícitos y que estén actualizadas, proporcionarán una información objetiva, fiable y precisa que ayude realmente a fundamentar mejor las decisiones” (González Vélez [comp.], 2008, pág. 125).

menos, la exclusión de la mujer en esta decisión, como ha sucedido en algunos casos en México, de acuerdo con lo manifestado por las personas entrevistadas.

8. DERECHOS Y DEBERES FUNDAMENTALES

8.1. Derecho y deber de información

En todas las regulaciones analizadas se hace referencia al derecho y deber de información. Sin embargo, tanto en las entrevistas como en la experiencia en la implementación de los abortos legales (en especial en el modelo de causales) pudo observarse un escaso desarrollo sobre el derecho a la información en varios sentidos. Para los fines del presente estudio, es importante resaltar especialmente cuatro:

- **Momento:** en el que el profesional debe ofrecer la información. Los desarrollos posteriores sobre el derecho a la información tanto en el ámbito nacional como en los sistemas internacional y regional de derechos humanos deben ser recuperados por las normas técnicas de aborto legal. En este sentido, los órganos de derechos humanos de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, así como la OMS, han fijado estándares sobre el derecho a la información respecto de la salud. En un informe temático reciente, la Comisión Interamericana destacó que el acceso a la información en materia reproductiva es elemental, pues determina la posibilidad de tomar decisiones libres, fundamentadas y responsables (CIDH, 2011). En ese informe se definieron dos estándares básicos: la “obligación de entregar información oportuna completa, accesible y fidedigna” y la “obligación de transparencia activa”, esto es, el deber de suministrar información sin que sea necesario que la persona la solicite (CIDH, 2011). Se agrega en ese documento que el derecho a la información en materia reproductiva está incluido en aquellos derechos frente a los cuales el Estado tiene la obligación de “transparencia activa” debido a las limitaciones que suelen tener las mujeres para acceder a información completa y oportuna que les permita satisfacer sus necesidades (CIDH, 2011). Esta obligación de “transparencia activa” acerca del derecho a la información es clave, especialmente cuando la experiencia indica (y lo relatan varias de las personas entrevistadas) que una de las barreras del acceso al aborto en el modelo de indicaciones

está vinculada a la falta de información de las mujeres acerca de esta posibilidad. En ninguno de los protocolos vigentes se incluye la obligatoriedad del deber de informar las alternativas para las mujeres embarazadas. Así, se asume que las mujeres ya conocen esta opción de IVE y lo que le cabe al profesional es brindarles la información de allí en adelante. Esta falta de formulación de un deber activo de brindar información sobre opciones de aborto legal por parte de los profesionales de la salud se observa incluso en normas como la brasileña, en la que en el marco del modelo de cuidado se dedica un amplio espacio al alcance y contenido del derecho y deber de información (Norma Técnica de Atención Humanizada del Aborto, 2005). Asimismo, en normas referidas a los derechos y prestaciones de las mujeres embarazadas, cuando se refieren al derecho a la información se ignora de modo absoluto la posibilidad de un aborto legal.⁶²

- **Contenido:** además de las características incluidas en todas las normativas (objetiva, veraz, completa o formulaciones parecidas), se debería avanzar en decidir si hay un contenido mínimo de información que el profesional debe suministrar (esto no es ofrecido por todos los protocolos) o, en todo caso, si el contenido ofrecido por la norma al profesional es de tipo indicativo.⁶³ Además de contar con ciertos puntos comunes, el libretto de información debería ser diferente según las circunstancias o, al menos, las causales.
- **Consecuencias del incumplimiento** (total o parcial) en el deber de información: al tratarse de un deber cardinal, especialmente en el modelo de causales, en las regulaciones se debería asignar un efecto jurídico concreto, ya sea remitiéndose a alguna norma general de responsabilidad administrativa o de ética profesional, y/o a través de alguna otra técnica jurídica. En relación con el punto anterior, otra razón para definir la naturaleza (indicativa u obligatoria) del deber de informar cierto contenido mínimo y con

⁶² Un claro ejemplo es la provincia de Chubut. Cuando el plan para mujeres embarazadas y niños menores de seis años refiere al derecho a la información, dice “Acceso a información: sobre los cuidados durante el embarazo y posparto, situaciones de consulta urgente al médico, la importancia de la lactancia materna, prevención de las adicciones (tabaco, alcohol y drogas) y planificación familiar”. Disponible en <http://organismos.chubut.gov.ar/sps/category/derechos-para-embarazadas-puereras-y-ninosos-hasta-los-6-anos-de-edad-sin-obra-social/>

⁶³ En la mayoría de las normativas no se refiere al contenido explícito, salvo la mexicana.

ciertas características es la asignación de un efecto jurídico a ese incumplimiento, algo que ninguno de los protocolos realiza de un modo adecuado. Por ejemplo, como parte de las reglas del consentimiento informado (Ley general del consentimiento informado 2002), en España se exige para su validez que se haya recibido toda la información adecuada. Es decir, en el consentimiento informado está involucrado el derecho a la información que, entre otras cuestiones, incluye: “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” (art. 4). Además, se indica que “el médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información” (art. 4).

- Distinción entre información y consejería: no en todas las regulaciones se detalla esta precisión conceptual. Está presente en la normativa colombiana, en la cual la información (en sentido estricto) se refiere a los procedimientos, recursos, etc., mientras que la consejería/orientación alude al acompañamiento emocional en la toma de decisiones.

Respecto de la consejería, se pueden distinguir algunas cuestiones –además de las mencionadas en relación con el deber de información– por definir con mayor claridad en las regulaciones sanitarias:

- Los grados de su carácter no directivo: las normas analizadas refieren a una consejería no directiva (Brasil, Colombia, Perú). En ellas se especifican algunos de los contenidos que se deben cumplir en la prestación del profesional. En el caso de Brasil y Perú esta sección de orientación tiene una parte con formato de preguntas.
- Compulsiva u obligatoria: en Colombia, la norma técnica tiene una aclaración que los protocolos del futuro podrían encontrar adecuada respecto a la voluntariedad de la consejería. Asimismo, esta norma (Norma Técnica IVE, 2006) posee indicaciones especiales para las mujeres que tienen VIH/sida, o aquellas que podrían estar sometidas a coerción u otro tipo de acción externa que esté minando de modo problemático su autonomía.

Otra faceta del binomio deber-derecho a la información es el derecho de las mujeres a conocer las instituciones y profesionales con capacidad resolutoria en los casos de

aborto no punible. En ese sentido, la formulación actual de la mayoría de las regulaciones no ofrece la mejor de las respuestas, salvo quizás el caso de Colombia. La circular 0031 de 2007 de ese país ordena que la información acerca de las instituciones y profesionales que darán atención de aborto legal esté actualizada y disponible para las usuarias, agregando que esta información debe reportarse a la Dirección General de Calidad de los Servicios del Ministerio de Salud.

Hay una pregunta abierta acerca de en qué medida visualizar la cuestión de la información más como una práctica educativa (International Planned Parenthood Federation, 2007, pág. 47) que como una obligación de información es más adecuado o no, y para quién.

8.2. Secreto profesional y confidencialidad

Ni en las normativas ni en las respuestas de los entrevistados se observan problemas relevantes acerca de los términos en los que se tratan el secreto profesional y la confidencialidad en los protocolos. En todo caso, para futuros procesos de elaboración o modificación de regulaciones habría que prestar especial atención a ciertos puntos:

- Las personas de los servicios de salud obligados por el secreto profesional.
- Confidencialidad e infraestructura, vinculadas a la obligación de los profesionales tratantes así como de las autoridades del servicio y del efector sanitario de realizar todos los esfuerzos necesarios y tomar las medidas adecuadas para garantizar la mayor confidencialidad de la mujer que solicita un aborto legal.
- Especificación como causal de responsabilidad del incumplimiento del secreto profesional y el deber de confidencialidad.
- El deber especial en los casos de adolescentes.⁶⁴

9. ALGUNAS CUESTIONES RELATIVAS A LA OFERTA DE ABORTOS LEGALES

9.1. Objeción de conciencia

Cuando fueron elaboradas las regulaciones vigentes, no había una clara especificación sobre la objeción de

⁶⁴ Véase <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1728-4465.2007.00137.x/abstract>

conciencia. Como resultado de la experiencia obtenida a lo largo de estos años, del mismo modo que en los relatos de los entrevistados, se pudo detectar la necesidad de enmendar este déficit de información para ampliar el acceso al ILE y distinguir las verdaderas barreras de acceso.⁶⁵

Por ahora, conforme a los objetivos de este trabajo, se señalan algunas dimensiones que se deberían mejorar en futuras regulaciones:

- Conceptualización de la objeción de conciencia
- Requisitos
- Deberes
- Límites
- Procedimiento (cuál es el procedimiento requerido para que la objeción de conciencia sea válida)
- Garantías para la mujer

9.2. Capacitación

En este punto es necesario enfatizar que en las regulaciones se deben prever de modo más explícito las capacitaciones de los profesionales de la salud como parte de las obligaciones del Estado y de los agentes de salud habilitados por este, conforme el diseño del sistema sanitario doméstico.

10. CUESTIONES RELATIVAS A LA DEMANDA DE ABORTOS LEGALES

10.1. Derecho a la información y campañas de difusión

Si bien los protocolos son normas dirigidas especialmente a los proveedores de salud, hubiera sido útil que se incluyera el deber de informar colectivamente a las mujeres acerca de esta posibilidad, por ejemplo por medio de campañas de difusión. Una previsión que se acerca a esto es la norma técnica de Colombia, que remarca la importancia de que los servicios amigables de adolescentes sean conocidos. Es decir, mediante las regulaciones se trata de fortalecer el deber de promocionar los servicios de aborto legal (International Planned Parenthood Federation, 2007).

⁶⁵ Véase Cavallo y Ramón Michel (2012), mimeo.

Por razones de técnica jurídica, este componente de información colectiva y difusión podría considerarse dentro del derecho a la información. De hecho, en Colombia se habla de “educación e información colectiva” (anexo I), en tanto que en la ciudad de México la ley de salud (reformada en 2007) refiere a la obligación del Estado de llevar a cabo capacitaciones integrales en SSyR, y la Asamblea Legislativa dio la orden de poner en marcha 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). De un modo similar, Perú considera como acciones primarias y pilares la información, la educación, la orientación y los servicios,⁶⁶ pero lamentablemente no se refiere explícitamente a la IVE.

En este mismo sentido, se debería establecer la obligación de contar con toda la información necesaria en las páginas web oficiales.

BREVES CONCLUSIONES

En este trabajo se intentó identificar los aspectos de un conjunto de regulaciones sobre la atención de la ILE que deben ser atendidos dada su relevancia e impacto en el acceso al aborto legal y seguro.

Se trató de una lectura analítica de las normativas a partir de un marco elaborado como parte de este trabajo. Se revisaron las normas sobre provisión de abortos no punibles en una provincia de Argentina, en Brasil, Colombia, Ciudad de México y en un hospital de Perú.

Las autoras tienen la esperanza de que este documento se inserte en el proceso de reflexión acerca del rol de las regulaciones sobre aborto en la región, y sirva como insumo para futuras investigaciones más detalladas por país y por subtemas dentro del área del aborto seguro.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses en la elaboración y publicación de este estudio.

⁶⁶ En el “Plan general de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva” de Perú hay una sección dedicada especialmente a “La atención integral del aborto y sus complicaciones”.

BIBLIOGRAFÍA

- Ariha, Margareth (2009).** El cumplimiento del aborto legal y la acción de los grupos antiderechos. Presentación en la Primera Conferencia Latinoamericana, Prevención y Atención del Aborto Inseguro. Lima. Disponible en <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/63>
- Babbie, Earl (2011).** *The basics of social research*. Belmont, Wadsworth / Cengage Learning.
- Bergallo, P. (2012).** El acceso al aborto por la causal violación: pautas para la interpretación, en D. G. Nación, *Violencia de género. Estrategias de litigio para la defensa de los derechos de las mujeres*, Buenos Aires, Defensoría General de la Nación.
- Bergallo, P. y González Vélez, A. (2012).** *Interrupción legal del embarazo por causal violación: enfoques de salud y jurídico*, Bogotá, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres de Colombia, ANDAR México, CLACAI, FLASOG.
- Berro Rovira, G. (2001).** El consentimiento del adolescente: sus aspectos médicos, éticos y legales, *Archivos de Pediatría del Uruguay [online]*, vol. 72, nº 1.
- Castelbajac, Matthieu de (2009).** Governing abortion by standards. Abortion policies in Brazil since the late 1980s en Ana Cristina Santos, Madalena Duarte, Carlos Barradas e Magda Alves (coordinadores), *Representações Sobre o Aborto: Acção Colectiva e (I)Legalidade num contexto em Mudança*, Coimbra, Centro de Estudos Sociais, Universidade Coimbra.
- CIDH, C. (2011).** *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, San José de Costa Rica, Organización de Estados Americanos.
- Dador Tozzini, M. J. (2012).** *El aborto terapéutico en el Perú*, Lima, PROMSEX.
- Erdman, J. (2011).** Access to Information on Safe Abortion: A Harm Reduction and Human Rights Approach, *Harvard Journal of Law & Gender*, vol. 34, págs. 413-462.
- Faúndes, Aníbal, et al. (2002),** Making legal abortion available in Brazil, *Reproductive Health Matters*, 19, 120-127.
- GIRE (2007a).** *Interrupción legal del embarazo para adolescentes*, Ciudad de México, Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE).
- GIRE, B. (2007b).** *Aborto, salud y bienestar*, Ciudad de México, Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE).
- González Marsal, C. (2009).** Sexualidad y aborto, ¿cuestión de salud?, ¿cuestión de derechos?, *Anuario de Derechos Humanos. Nueva Época*, vol. 10, págs. 285-329.
- González Vélez, A. C. (comp.) (2008).** *Causal salud, interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*, Bogotá, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza por el Derecho a Decidir.
- González Vélez, A. C (2011).** *Una mirada analítica a la legislación sobre interrupción del embarazo en países de Iberoamérica y el Caribe*, Santiago de Chile, División de Género, CEPAL.
- González Vélez, A. C. y Gil, L. (2012).** *Lineamientos básicos para la elaboración de peritajes: hacia la garantía de los derechos sexuales y reproductivos*, Bogotá, Grupo Médico por el Derecho a Decidir y Centro de Derechos Reproductivos.
- González Vélez, A. y Durán, J. (2010).** *Derechos sexuales y reproductivos de la gente joven: autonomía en la toma de decisiones y acceso a servicios confidenciales*, Bogotá, IPPF-Profamilia.
- Grupo médico por el derecho a decidir (2012).** *El embarazo adolescente: afectación de la salud y garantía de los derechos. Documento de posición*, Bogotá.

- Gruskin, S. (2008).** Reproductive and Sexual Rights: Do Words Matter?, *American Journal of Public Health*, vol. 98, n° 10, Editor´s Choice.
- Gruskin, S.; Cottingham, J.; Hilber, A. M.; Kismodi, E.; Lincetto, O. y Roseman, M. J. (2008).** Using human rights to improve maternal and neonatal health: history, connections and a proposed practical approach, *Bull World Health Organ [online]*, vol. 86, n° 8, págs. 589-593.
- Guttmacher Institute (2012).** *Abortion Policy in the Absence of Roe*, Nueva York, Guttmacher Institute.
- Guttmacher Institute (2011).** *Minors' Access to Contraceptive Services*, Nueva York, Guttmacher Institute.
- Hord, C. (2001).** *Making Safe Abortion Accessible: A Practical Guide for Advocates*, Chapel Hill, IPAS.
- International Planned Parenthood Federation (2007).** *Aborto legal: regulaciones sanitarias comparadas*, Nueva York, International Planned Parenthood Federation.
- Mann, J. (1997).** Health and human rights: if not now, when?, *Health and Human Rights*, vol. 2, n° 3, págs. 113-120.
- Mann, J. (1996).** Health and human rights, *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 312, abril 13, págs. 924-925.
- Metzger, G. (2007).** Abortion, Equality, and Administrative Regulation, *Emory Journal*, vol. 56, n° 4, págs. 865-906.
- Organización Mundial de la Salud (2003).** *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (primera edición en español), Ginebra.
- Ramón Michel, A. (2012).** Comentario a fallo F.A.L. aborto por violación, *Microjuris. Sección Doctrina*, MJD5737.
- Ramón Michel, A. (2011).** El fenómeno de inaccesibilidad al aborto no punible, en P. Bergallo (comp.), *Aborto y justicia reproductiva*, Buenos Aires, Del Puerto.
- Ramos, S.; Bergallo, P.; Romero, M. y Arias Feijoó, J. (2010).** El acceso al aborto permitido por la ley: un tema pendiente en la política de derechos humanos en Argentina, *Derechos humanos en Argentina. Informe 2009*, Buenos Aires, CELS-Siglo Veintiuno, págs. 451-492.
- Reichenbach, L. y Roseman, M. J. (2009).** *Reproductive health and human rights: the way forward*, Filadelfia, University of Pennsylvania Press.
- Turner, K.; Börjesson, E. y Huber, A. (2012).** *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación*, Chapel Hill, IPAS.
- WHO (2012).** *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems* (segunda edición), Ginebra, WHO.
- Zamberlin, N. (2012).** *Guía de procedimientos para la atención de mujeres en situación de embarazo no deseado*, CLACAI, IPPF, FUSA.
- Zampas, C. y Tood-Gher, J. (2011).** "El aborto como derecho humano: estándares regionales e internacionales", en P. Bergallo (comp.), *Aborto y justicia reproductiva*, Buenos Aires, Del Puerto.
- Normas y jurisprudencia**
- Código Penal (1924).
 - Ley General de Salud, num. 26842 (1997).
 - Portaria N° 48, Inclusión para el reembolso del AMEU (2001).

- Ley general del consentimiento informado (2002).
- Norma Técnica para la atención de los daños resultantes de la violencia sexual contra las mujeres y las adolescentes (2002).
- Resolución Directorial 1988 (2003).
- Código de Procedimiento Penal (2004).
- Código Penal (2004).
- Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2004).
- Guía de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (2004).
- Ley de Salud Pública (2004).
- Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de SSR (2004).
- Norma Técnica de Atención Humanizada del Aborto (2005).
- Norma Técnica para la Atención de los Agravios (daños) resultantes de la Violencia Sexual contra las Mujeres (2005).
- Acuerdo CNSSS que incluye procedimientos (2006).
- Acuerdo para Procedimiento en caso de Violación (Procurador General de Justicia del Distrito Federal 2006).
- Decreto que reglamenta Aspectos de Salud Sexual y Reproductiva (2006).
- Manual de Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (2006).
- Norma Técnica IVE (2006).
- Protocolo de Manejo de Casos para la Interrupción Legal del Embarazo (2006).
- Resolución que adopta Norma Técnica (2006).
- Sentencia C-355 (2006).
- Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción (2007).
- Acta de aprobación del uso de medicamentos (2007).
- Circular 0031 (2007).
- Circular 031 (2007).
- Directiva del Instituto Materno Perinatal (2007).
- Directiva del Instituto Materno Perinatal (2007).
- Guía de Práctica Clínica de Emergencias Obstétricas, según nivel capacidad resolutiva (2007).
- Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal (mayo de 2007).
- Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal –reformado– (mayo de 2007).
- Modificación Código Penal (2007).
- Modificación Ley de Salud Pública (2007).
- Sentencia T-209 (Corte Constitucional de Colombia, 27 de noviembre de 2009).
- Ley XV N° 14 (2010).
- Ley XV N° 14 (2010).
- F.A.L. s/Medida Autosatisfactiva, F 259 XLVI, 2012 (Corte Suprema de Justicia de la Nación de la Argentina, 13 de marzo de 2012).

ANEXOS

ANEXO I: CUESTIONARIO A AUTORIDAD SANITARIA

Situación legal

En su país, el sistema de despenalización del aborto es..., de acuerdo a lo dispuesto por el texto de la norma [...] Asimismo, cuentan con una regulación para la atención de los abortos legales (permitidos):

¿Cómo está conformada la normativa en materia de aborto legal?

¿Esta norma es similar a otras regulaciones y protocolos que usan los servicios de salud? (Por ejemplo, tiene la misma fuerza jurídica, el mismo estatus)

¿Esta norma está incorporada a alguna política pública? ¿A algún espacio institucional? (por ejemplo, programa de maternidad e infancia, de salud sexual y reproductiva, de violencia de género).

¿Cuál es su alcance territorial? ¿Hay homogeneidad regulatoria o hay diferencias entre las distintas jurisdicciones?

¿Se han dictado sentencias judiciales que han contribuido o reformado parte de la normativa sobre aborto legal?

Rol de las regulaciones sanitarias

¿Cuál cree que ha sido el rol del protocolo en la atención de los abortos legales? En este sentido, ¿cree que ha tenido algún efecto en:

Disminuir las barreras existentes en los servicios de salud

Legitimar la práctica entre los profesionales de la salud

Ofrecer mayor seguridad jurídica a los profesionales de la salud

Promover y ampliar el acceso de las mujeres a los abortos legales?

Estructura de las regulaciones sanitarias

La estructura⁶⁷ del texto del protocolo de aborto legal es [...]: ¿Tiene conocimiento si otros protocolos sanitarios siguen esta estructura? En caso negativo, ¿cuál podría ser el motivo de esta diferencia? ¿Cree que esta diferencia está justificada? ¿Por qué?

Plazo de gestación

¿Existe algún plazo gestacional para la realización de los abortos legales establecido en alguna norma o documento?

¿Existe algún plazo gestacional para la realización de los abortos legales establecido en la práctica?

¿Cuál es su opinión acerca de los plazos gestacionales en los casos de aborto legal por causal salud y en los casos por causal violación?

Efectores de salud

¿Cualquier servicio de salud puede ofrecer atención en los casos de aborto legal?

¿La norma exige un nivel de complejidad al servicio de salud? ¿Algún tipo de especialidad?
¿Cómo funciona en la práctica?

Sistema de sanción

¿Existe algún sistema de sanción para la atención de los abortos legales?

¿Tiene conocimiento de algún caso que haya tenido impacto en materia de responsabilidad profesional y gubernamental?

Historia clínica y sistema de información y registro

De acuerdo con su conocimiento:

¿Se constata el aborto legal en las historias clínicas?

¿Está establecida una modalidad de registro de los abortos legales? ¿Existe más de un sistema de registro? ¿Cómo funcionan? ¿Hay alguna barrera en el registro adecuado de los abortos legales?

Dentro del sistema de registro e información a las entidades gubernamentales, ¿qué datos se deben colocar? ¿Se adicionan datos como causal, edad gestacional, edad de la mujer, complicaciones, método

⁶⁷ Formato, distribución y contenido de las secciones y anexos.

empleado? ¿Se deben incluir los datos personales de identificación de la mujer?

¿Los profesionales de la salud registran los abortos legales? En caso negativo, ¿por qué?

Objeción de conciencia

¿Cuál es la situación de la objeción de conciencia en los servicios de salud?

¿Existe alguna normativa, mecanismo para la objeción de conciencia en los servicios de salud? ¿Cómo funciona?

¿Cree que la objeción de conciencia actúa como facilitador (por ejemplo, para tener un diagnóstico de los profesionales que no están dispuestos a realizar la práctica) o una barrera (por la inaccesibilidad, por el efecto de deslegitimar a los profesionales de la salud comprometidos, etc.)?

Métodos para la atención de abortos

¿Es el AMEU una práctica generalizada? ¿El legrado aún se utiliza?

¿Se utiliza el misoprostol para la atención de los abortos legales?

En caso de estar aprobado el medicamento en la dosis, indicación y presentación adecuada: ¿cuáles son las barreras aún existentes para un uso más extendido y generalizado del medicamento?

En caso de no estar aprobado el medicamento en la dosis, indicación o presentación adecuada: ¿cuán extendido está el uso off label?

¿El suministro y la disponibilidad del misoprostol en los servicios de salud es adecuado?

¿Las pacientes deben obtener por su parte el medicamento? ¿Hay donaciones a los hospitales? ¿Están previstas las compras institucionales?

¿Cuál es la aceptabilidad del misoprostol entre los profesionales de la salud?

Las autoridades sanitarias, ¿han capacitado a los profesionales para el uso del misoprostol? ¿Cree que esto es necesario? ¿Cree que la falta de capacitación e información tiene incidencia en el uso y la forma de uso de este medicamento?

¿Cuál es la aceptabilidad del misoprostol entre las mujeres solicitantes de aborto legal?

Cobertura

¿Está cubierta la prestación de aborto legal? (gratuidad; porcentaje que debe afrontar la mujer; etc.)

Esta situación de la cobertura, ¿es similar a la de otras prestaciones en salud sexual y reproductiva? ¿Han existido inconvenientes en la cobertura?

Otros

¿Tiene algún comentario sobre alguno de los siguientes temas?

- Sistemas de información, vigilancia y control
- Referencia y contrareferencia
- Post-atención
- Calidad de los servicios: derechos, obligaciones, estándares
- Autoridad responsable
- Evidencia forense (violación)
- Contradicciones con otras normas
- Vacíos regulatorios
- Contradicciones o diferencias respecto a:
 - Otros procedimientos estandarizados
 - La organización de los servicios
- Otras dificultades:
 - Aplicación de principios
 - Trasladar la práctica estándar al aborto legal
 - Falta de conocimiento de la norma
 - Falta de legitimidad, disputa constante

ANEXO II: CUESTIONARIO A PROVEEDOR DE SALUD

Situación legal

Sobre la normativa que regula el aborto legal en su país, ¿Esta norma es similar a otras regulaciones y protocolos que usan los servicios de salud?

Rol de las regulaciones sanitarias

¿Cuál cree que ha sido el rol del protocolo en la atención de los abortos legales? En este sentido, ¿cree que ha tenido algún efecto en:

Disminuir las barreras existentes en los servicios de salud

Legitimar la práctica entre los profesionales de la salud

Ofrecer mayor seguridad jurídica a los profesionales de la salud

Promover y ampliar el acceso de las mujeres a los abortos legales?

Lenguaje y estructura de las regulaciones sanitarias

¿Cree que el lenguaje utilizado por el protocolo de abortos legales es similar al de otros protocolos sanitarios?

Si identifica diferencias, ¿cuáles cree que son? ¿A qué podrían deberse? ¿Considera que es justificada esta diferencia en el lenguaje?

La o las regulaciones/protocolos sobre aborto legal en su país, ¿tiene/n una estructura⁶⁸ similar a otros protocolos sanitarios?

En caso negativo, ¿cuál podría ser el motivo de esta diferencia? ¿Cree que esta diferencia está justificada? ¿Facilita, por ejemplo, la comprensión del profesional? ¿Le da mayor seguridad?

Alcance de las causales

En relación con la **causal salud** (esto es, el aborto permitido cuando la salud de la mujer está en riesgo):

¿Cómo se ha interpretado la causal salud en los casos de aborto legal a nivel legal?

¿Este alcance de la causal salud, se replica en los servicios de salud?

¿Cuál ha sido la interpretación que se le ha dado la causal salud (y al derecho a la salud) en el contexto local, en materias distintas al aborto?

Opciones para **causal violación**, según esté o no establecida como no punible:

No tiene causal violación: ¿se atienden casos de mujeres embarazadas como resultado de violación en el marco de los abortos legales?

Si tiene causal violación: ¿cómo se interpreta y aplica esta causal en los servicios de salud? Por ejemplo, violencia sexual, violación por parte de la pareja, etc.

Otras causales: **malformaciones congénitas**:

¿Cuáles son los requisitos que, en general, se imponen en los servicios de salud?

¿Qué barreras en particular identifica en esta causal?

Plazo de gestación

¿Existe algún plazo gestacional para la realización de los abortos legales establecido en alguna norma o documento?

¿Existe algún plazo gestacional para la realización de los abortos legales establecido en la práctica?

¿Cuál es su opinión acerca de los plazos gestacionales en los casos de aborto legal por causal salud y en los casos por causal violación?

Efectores de salud

¿Cualquier servicio de salud puede ofrecer atención en los casos de aborto legal?

¿La norma exige un nivel de complejidad al servicio de salud? ¿Algún tipo de especialidad?

¿Cómo funciona en la práctica?

¿Los profesionales de la salud han recibido información y capacitación sobre este tema?

En caso afirmativo, ¿quién ha coordinado estas capacitaciones? ¿Han tenido un buen impacto y recepción?

⁶⁸ Formato, distribución y contenido de las secciones y anexos

En caso negativo, ¿cree que la falta de capacitaciones es un problema particular en la atención de los abortos legales, o una situación extendida en salud, o en salud sexual y reproductiva?

Obligaciones fundamentales

De acuerdo con su conocimiento sobre la atención de los abortos legales en los servicios de salud:

¿Cree que los profesionales ofrecen a las mujeres *información* y la opción de interrumpir legalmente el embarazo para alguna de las causales habilitantes?

¿Cuál cree es el cumplimiento del deber de *confidencialidad*? ¿Hay algunos casos en el que este deber está en peligro?

Procedimiento de solicitud de un aborto legal

¿Cuál es el proceso que, en la práctica y en términos generales, se lleva a cabo para la realización de un aborto legal? Por ejemplo:

Trámite administrativo

Solicitud ante médico tratante

Permiso judicial

Autorización o aval de terceros ¿Qué sucede en caso de desacuerdo entre la mujer y su pareja, o algún familiar?

Procedimiento de certificación de la causal y realización del aborto

En relación con el punto anterior:

¿Cuántos profesionales intervienen, en general, en la certificación de la causal salud y en la causal violación?

¿Considera que esto es un facilitador o barrera para el acceso de las mujeres a los abortos legales?

¿Existe algún procedimiento específico para la certificación de la causal psíquica y social?

¿Qué sucede cuando hay un desacuerdo entre la mujer solicitante y el profesional interviniente?

¿Se llevan a cabo exámenes clínicos previos a la certificación de la causal? De acuerdo con su criterio, ¿estos exámenes están justificados? ¿Cuándo?

¿Hay un plazo en el servicio de salud que debe ofrecer el tratamiento?

¿Conoce de otros trámites, procedimientos o requisitos para la provisión del aborto legal?

En términos generales, el procedimiento de los abortos legales, ¿se parece o se diferencia de otras prácticas de salud de complejidad similares?

Historia clínica y sistema de información y registro

De acuerdo con su conocimiento:

¿Se constata el aborto legal en las historias clínicas?

¿Está establecida una modalidad de registro de los abortos legales? ¿Existe más de un sistema de registro? ¿Cómo funcionan? ¿Hay alguna barrera en el registro adecuado de los abortos legales?

Dentro del sistema de registro e información a las entidades gubernamentales, ¿qué datos se deben colocar? ¿Se adicionan datos como tipo de causal, edad gestacional, edad de la mujer, complicaciones, método empleado? ¿Se deben incluir los datos personales de identificación de la mujer?

¿Los profesionales de la salud registran los abortos legales? En caso negativo, ¿por qué?

Sistema de sanción

¿Existe algún sistema de sanción para la atención de los abortos legales?

¿Tiene conocimiento de algún caso que haya tenido impacto en materia de responsabilidad profesional y gubernamental?

Objeción de conciencia

¿Cuál es la situación de la objeción de conciencia en los servicios de salud?

¿Existe alguna normativa, mecanismo para la objeción de conciencia en los servicios de salud? ¿Cómo funciona?

¿Cree que la objeción de conciencia actúa como facilitador (por ejemplo, para tener un diagnóstico de los profesionales que no están dispuestos a realizar

la práctica) o una barrera (por la inaccesibilidad, por el efecto de deslegitimar a los profesionales de la salud comprometidos, etc.)?

Métodos para la atención de abortos

¿Es el AMEU una práctica generalizada? ¿El legrado aún se utiliza?

¿Se utiliza el misoprostol para la atención de los abortos legales?

En caso de estar aprobado el medicamento en la dosis, indicación y presentación adecuada: ¿cuáles son las barreras aún existentes para un uso más extendido y generalizado del medicamento?

En caso de no estar aprobado el medicamento en la dosis, indicación o presentación adecuada: ¿cuán extendido está el uso *off label*?

¿El suministro y la disponibilidad del misoprostol en los servicios de salud es adecuado?

¿Las pacientes deben obtener por su parte el medicamento? ¿Hay donaciones a los hospitales? ¿Están previstas las compras institucionales?

¿Cuál es la aceptabilidad del misoprostol entre los profesionales de la salud?

Las autoridades sanitarias, ¿han capacitado a los profesionales para el uso del misoprostol? ¿Cree que esto es necesario? ¿Cree que la falta de capacitación e información tiene incidencia en el uso y la forma de uso de este medicamento?

¿Cuál es la aceptabilidad del misoprostol entre las mujeres solicitantes de aborto legal?

Otros (si alcanza el tiempo)

Consentimiento informado

¿El proceso de consentimiento es diferente según cada causal? ¿Hay algunos casos más complejos en el proceso del consentimiento informado?

¿Están previstos mecanismos de resolución de conflictos?

¿Están cubierta la prestación de aborto legal? (gratuidad; porcentaje que debe afrontar la mujer; etc.)

Esta situación de la cobertura, ¿es similar a la de otras prestaciones en salud sexual y reproductiva?

¿Han existido inconvenientes en la cobertura?

Tiene algún comentario sobre alguno de los siguientes temas:

- Sistemas de información, vigilancia y control
- Referencia y contrarreferencia
- Posatención
- Calidad de los servicios: derechos, obligaciones, estándares
- Autoridad responsable
- Evidencia forense (violación)
- Contradicciones con otras normas
- Vacíos regulatorios

Contradicciones o diferencias respecto a:

- Otros procedimientos estandarizados
- La organización de los servicios

Otras dificultades:

- Aplicación de principios
- Trasladar la práctica estándar a al aborto legal
- Falta de conocimiento de la norma
- Falta de legitimidad, disputa constante.

ANEXO III: CUESTIONARIO A REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD CIVIL

Situación legal

En su país, el sistema de despenalización del aborto es [...], de acuerdo con lo dispuesto por el texto de la norma [...] Asimismo, cuentan con una regulación para la atención de los abortos legales (permitidos):

¿Cómo está conformada la normativa en materia de aborto legal?

¿Esta norma es similar a otras regulaciones y protocolos que usan los servicios de salud? (Por ejemplo, tiene la misma fuerza jurídica, el mismo estatus).

¿Esta norma está incorporada a alguna política pública? ¿Algún espacio institucional? (por ejemplo, programa de maternidad e infancia, de salud sexual y reproductiva, de violencia de género).

¿Cuál es su alcance territorial? ¿Hay homogeneidad regulatoria o hay diferencias entre las distintas jurisdicciones?

¿Se han dictado sentencias judiciales que han contribuido o reformado parte de la normativa sobre aborto legal?

Rol de las regulaciones sanitarias

¿Cuál cree que ha sido el rol del protocolo en la atención de los abortos legales? En este sentido, ¿cree que ha tenido algún efecto en:

Disminuir las barreras existentes en los servicios de salud

Legitimar la práctica entre los profesionales de la salud

Ofrecer mayor seguridad jurídica a los profesionales de la salud

Promover y ampliar el acceso de las mujeres a los abortos legales?

Estructura de las regulaciones sanitarias

La estructura⁶⁹ del texto del protocolo de aborto legal es [...]: ¿Tiene conocimiento si otros protocolos sanitarios siguen esta estructura? En caso negativo ¿Cuál podría ser el motivo de esta diferencia? ¿Cree que esta diferencia está justificada? ¿Por qué?

Alcance de las causales

En relación con la **causal salud** (esto es, el aborto permitido cuando la salud de la mujer está en riesgo):

¿Cómo se ha interpretado la causal salud en los casos de aborto legal a nivel legal?

¿Este alcance de la causal salud, se replica en los servicios de salud?

¿Cuál ha sido la interpretación que se le ha dado a la causal salud (y al derecho a la salud) en el contexto local, en materias distintas al aborto?

Opciones para **causal violación**, según esté o no establecida como no punible:

No tiene causal violación: ¿se atienden casos de mujeres embarazadas como resultado de violación en el marco de los abortos legales?

Si tiene causal violación: ¿cómo se interpreta y aplica esta causal en los servicios de salud? Por ejemplo, violencia sexual, violación por parte de la pareja, etc.

Otras causales: **malformaciones**:

¿Cuáles son los requisitos que, en general, se imponen en los servicios de salud?

¿Qué barreras en particular identifica en esta causal?

Efectores de salud

¿Cualquier servicio de salud puede ofrecer atención en los casos de aborto legal?

¿La norma exige un nivel de complejidad al servicio de salud? ¿Algún tipo de especialidad?

¿Cómo funciona en la práctica?

⁶⁹ Formato, distribución y contenido de las secciones y anexos.

Obligaciones fundamentales

De acuerdo con su conocimiento sobre la atención de los abortos legales en los servicios de salud

¿Cree que los profesionales ofrecen a las mujeres información y la opción de interrumpir legalmente el embarazo para alguna de las causales habilitantes?

¿Cuál cree es el cumplimiento del deber de confidencialidad? ¿Hay algunos casos en el que este deber está en peligro?

Procedimiento de solicitud de un aborto legal

¿Cuál es el proceso que, en la práctica y en términos generales, se lleva a cabo para la realización de un aborto legal? Por ejemplo:

- Trámite administrativo
- Solicitud ante médico tratante
- Permiso judicial
- Autorización o aval de terceros. ¿Qué sucede en caso de desacuerdo entre la mujer y su pareja, o algún familiar?

Procedimiento de certificación de la causal y realización del aborto

En relación con el punto anterior:

¿Cuántos profesionales intervienen, en general, en la certificación de la causal salud y en la causal violación? ¿Considera que esto es un facilitador o barrera para el acceso de las mujeres a los abortos legales?

¿Existe algún procedimiento específico para la certificación de la causal psíquica y social?

¿Qué sucede cuando hay un desacuerdo entre la mujer solicitante y el profesional interviniente?

¿Hay un plazo en el servicio de salud que debe ofrecer el tratamiento?

¿Conoce de otros trámites, procedimientos o requisito para la provisión del aborto legal?

En términos generales, el procedimiento de los abortos legales ¿se parece o se diferencia de otras prácticas de salud de complejidad similares?

Sistema de sanción

¿Existe algún sistema de sanción para la atención de los abortos legales?

¿Tiene conocimiento de algún caso que haya tenido impacto en materia de responsabilidad profesional y gubernamental?

Objeción de conciencia

¿Cuál es la situación de la objeción de conciencia en los servicios de salud?

¿Existe alguna normativa, mecanismo para la objeción de conciencia en los servicios de salud? ¿Cómo funciona?

¿Cree que la objeción de conciencia actúa como facilitador (por ejemplo, para tener un diagnóstico de los profesionales que no están dispuestos a realizar la práctica) o una barrera (por la inaccesibilidad, por el efecto de deslegitimar a los profesionales de la salud comprometidos, etc.)?

Métodos para la atención de abortos

¿Hay alguna barrera en la utilización del misoprostol que quisiera comentar?

Consentimiento informado

¿El proceso de consentimiento es diferente según cada causal? ¿Hay algunos casos más complejos en el proceso del consentimiento informado?

¿Están previstos mecanismos de resolución de conflictos?

Cobertura

¿Está cubierta la prestación de aborto legal? (gratuidad; porcentaje que debe afrontar la mujer; etc.)

Esta situación de la cobertura ¿Es similar a la de otras prestaciones en salud sexual y reproductiva?

¿Han existido inconvenientes en la cobertura?

Otros

¿Tiene algún comentario sobre alguno de los siguientes temas?

- Calidad de los servicios: derechos, obligaciones,

estándares

- Autoridad responsable
- Evidencia forense (violación)
- Contradicciones con otras normas
- Vacíos regulatorios

Contradicciones o diferencias respecto a:

- Otros procedimientos estandarizados
- La organización de los servicios

Otras dificultades:

- Aplicación de principios
- Trasladar la práctica estándar a al aborto legal
- Falta de conocimiento de la norma
- Falta de legitimidad, disputa constante.

