

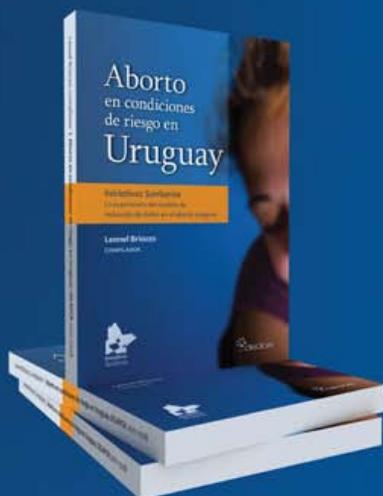
Aborto en condiciones de riesgo en Uruguay

Iniciativas Sanitarias

La experiencia del modelo de
reducción de daños en el aborto inseguro

Leonel Briozzo

COMPILADOR



LEONEL BRIOZZO | COMPILADOR

Aborto provocado en condiciones de riesgo en Uruguay

*Iniciativas Sanitarias contra el aborto
provocado en condiciones de riesgo (ISCAPCR)*

La experiencia del modelo de reducción de daños en aborto inseguro

MONTEVIDEO, 2008



© Iniciativas Sanitarias. Abril, 2008.
© **Dedos**. Productora / Editorial.
Abril, 2008. Montevideo, Uruguay
www.dedosproductora.com / dedos@dedosproductora.com

Edición: dpereira@editorialarena.com [(02) 900 2813]
Impresión: Fanelcor SA.
Impreso en Montevideo, Uruguay
[Printed in Montevideo, Uruguay]

Depósito Legal: 344.571/08

Las imágenes del libro pertenecen a los autores o son de público dominio. De no ser así, se cita la fuente y se aclara si ha sido modificada del original.

Fotografía: Pablo La Rosa

ISBN 978-9974-648-46-3

CONSEJO EDITORIAL

MARÍA FAGET

Family Care International (FCI),
Programa para América Latina y el Caribe

GISELLE CARINO

Coordinadora PROYECTO ABORTO
Federación Internacional de Planificación Familiar/Región
Hemisferio Occidental (IPPF/RHO), *New York*

FABIÁN RODRÍGUEZ

Profesor Adjunto de la Clínica Ginecotocológica A.
Facultad de Medicina. Universidad de la República Oriental
del Uruguay. Director del Programa Materno Infantil,
Ministerio de Salud Pública, Uruguay

SUSANA ROSTAGNOL

Antropóloga. Profesora Adjunta del Instituto de Ciencias
Antropológicas de la Facultad de Humanidades y Ciencias
de la Educación, Universidad de la República Oriental del
Uruguay. Integrante de la Red Uruguaya de Autonomías
(RUDA).

MARÍA TERESA ROTONDO

Médica. Miembro Responsable de la Comisión de Bioética
del Sindicato Médico del Uruguay.

ANÍBAL FAÚNDES

Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas
(CEMICA), Departamento de Ginecología y Obstetricia,
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil.
Ex presidente del Comité de Salud Sexual y Reproductiva
de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
(FIGO)

RODOLFO GÓMEZ PONCE DE LEÓN,

MD, PhD, MSPH
IPAS, *Senior Health Systems Advisor*

JOSÉ ENRIQUE PONS

Director de la Clínica Ginecotocológica A. Facultad de
Medicina. Universidad de la República Oriental del
Uruguay. Presidente de la Asociación Civil *Iniciativas
Sanitarias*. Miembro de *FIGO Advisory Panel for
Adolescent Gynecology and Obstetrics*

GUIDO BERRÓ ROVIRA

Director de la Cátedra de Medicina Legal. Facultad de
Medicina. Universidad de la República Oriental del Uruguay

HUGO RODRÍGUEZ ALMADA

Profesor Adjunto de la Cátedra de Medicina Legal. Facultad
de Medicina. Universidad de la República Oriental del
Uruguay

Las ciencias de la salud están en permanente cambio. Los autores y la editorial han revisado todo el contenido de la obra y han procurado brindar una visión actual del tema tratado en ella. No obstante, los conceptos vertidos en cada capítulo son responsabilidad directa de cada colaborador que ha participado en su elaboración. El editor, los autores, colaboradores y la editorial deslindan toda responsabilidad por daños inflingidos a terceros a causa de decisiones adoptadas en base a interpretaciones de esta publicación. Es responsabilidad del profesional de la salud tratante adecuar en todo caso las decisiones diagnósticas y terapéuticas a la realidad de cada usuario/usuario.

Siempre se agradece la difusión del contenido de este libro y se permite su reproducción parcial cuando lo autoricen por escrito el editor, los autores y la editorial, no sea con fines de lucro o plagio y se envíe copia de lo publicado a la editorial. **También se estimula la lectura y el uso compartido** del libro entre los estudiantes de ciencias de la salud, pero **nunca su copia reprográfica ilegal ni mediante ningún otro medio no autorizado**.



Prólogo

En un mundo ideal, ninguna mujer debería embarazarse si no desea tener un hijo. En el mundo real, sin embargo, embarazos no deseados siempre han ocurrido a lo largo de la historia y continuarán ocurriendo en el futuro previsible. En la antigüedad muchos de esos embarazos no deseados terminaban en infanticidio, que pasó a ser sustituido paulatinamente por el aborto, a medida que los métodos para provocarlos fueron siendo más seguros, sin que hasta ahora el infanticidio haya sido totalmente eliminado como forma de resolver el problema. En casos más raros, pero más frecuentes de lo que pensamos antes de investigarlo, la desesperación de la mujer es tan grande al encontrarse sin salida, que termina eliminando su propia vida.

Es evidente que las mujeres prefieren no embarazarse a tener que abortar cuando consideran que no pueden tener un hijo. Esa preferencia queda en evidencia por las estadísticas que muestran la alta prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos y eficaces en los países en que están fácilmente disponibles y accesibles, sin discriminación económica ni por edad cronológica. La realidad actual, sin embargo, nos muestra que las poblaciones marginalizadas, por ser más pobres, vivir lejos de centros urbanos o ser jóvenes y solteras, tienen limitado acceso a información y uso de anticoncepción.

Es esta situación la que explica que ocurra un elevado número de abortos en América Latina, región que exhibe una de las más altas tasas de aborto del mundo (REF, OMS). Como además, con una sola excepción, las leyes sobre aborto en nuestros países son muy res-

trictivas, la gran mayoría de esos abortos son realizados en forma insegura. No sorprende, por lo tanto, que tengamos la más alta tasa de abortos inseguros del mundo, con 29 abortos de riesgo por cada 1000 mujeres en edad fértil por año (REF, OMS). Una de sus consecuencias es que también tengamos la segunda más alta tasa de muertes por aborto por 100 mil nacidos vivos del mundo, después de África.

La situación actual sugiere que nuestros dirigentes políticos creen que un fenómeno social universal y que nos acompaña desde siempre, pueda ser resuelto con su prohibición legal y condenando a la mujer que se provoca un aborto. No prestan atención a las evidencias que muestran con nítida claridad que no es la situación de legalidad del aborto la que determina su frecuencia, pero que la ilegalidad provoca un aumento dramático en sus consecuencias negativas para la salud de la mujer y el bienestar social y económico de cada país.

Es verdad, sin embargo, que desde que el misoprostol está disponible, aunque con severas restricciones, en nuestros países, las consecuencias del aborto sobre la salud de la mujer y la mortalidad materna han ido disminuyendo. Sin participación de los gobiernos, la población ha ido aprendiendo a encontrar los medios de conseguirlo y usarlo cada vez con mayor eficacia y seguridad. A pesar de eso, el aborto de riesgo sigue siendo la causa de mortalidad materna que sería más fácilmente evitable si cada vez que una mujer decide practicarse un aborto, ella tuviera acceso a orientación y asesoramiento oportuno. La ilegalidad del aborto se veía como un obstáculo

insalvable para que las mujeres recibieran esa información, hasta que un grupo de médicos uruguayos resolvieron actuar, sensibilizados por las estadísticas alarmantes y por una serie de casos de muertes por aborto en la principal maternidad de Montevideo. Decidieron que no podían continuar esperando que los políticos, que no se ven afectados en su vida privada por las leyes restrictivas, resolvieran liberalizar las leyes sobre aborto en su país.

Este libro describe en detalle cómo encontraron y colocaron en práctica una solución ingeniosa y audaz, basada en que el aborto es un proceso personal que tiene un antes y un

después, y que la ley no hace referencia a esos períodos. Esta iniciativa, no exenta de riesgos personales para sus autores, ya consiguió reducir el riesgo de complicaciones y de muerte, y mejorar la vida de muchas centenas de mujeres en Montevideo. Pero lo que más justifica la publicación y difusión de este libro, es que tiene el potencial de conseguir proteger la salud y el bienestar físico y emocional de un número incontable de mujeres en muchos otros países, si otros médicos y las autoridades de salud resolvieran adoptar esta misma ingeniosa forma de reducir el grave problema del aborto de riesgo.

PROF. ANIBAL FAÚNDES



Presentación

«¿Lo hiciste o no?» preguntó el doctor. Rosa trató de contestar, pero estaba muy dolorida. «Estás muy enferma, nos ayudaría saber la verdad, no estamos aquí para juzgarte, queremos ayudarte». Rosa era una joven mexicana-americana de 27 años de edad que murió después de realizarse un aborto en un pueblito en la frontera de Texas. Su amiga Paulina estaba con ella, a los pies de su cama, mientras ella moría de una infección generalizada.

Por supuesto que Rosa no tenía que morir. El aborto es un procedimiento médico seguro cuando es realizado por médicos calificados y en condiciones adecuadas. Cuando el aborto es legal, las mujeres que sufren complicaciones menores no tienen temor de buscar ayuda médica y estas complicaciones son fácilmente tratadas y curadas.

Hacia cuatro años que la práctica del aborto era legal en Estados Unidos cuando escribí por primera vez sobre la muerte de Rosa. Sin embargo, quienes se oponen al aborto legal obtuvieron la eliminación del apoyo del gobierno a las mujeres de escasos recursos que lo solicitan, y así Rosa se sumó a las innumerables mujeres que mueren diariamente en el mundo subdesarrollado a consecuencia de abortos provocados.

Muchas cosas han cambiado desde que Rosa murió, el problema de la morbilidad y mortalidad como consecuencia del aborto inseguro e ilegal continúa siendo uno de los mayores problemas de salud de las mujeres en el mundo subdesarrollado.

Algunas cifras estimativas sugieren que anualmente mueren 60.000 mujeres como consecuencia de complicaciones derivadas del

aborto, la mayoría de ellas resultado de abortos ilegales.

Es difícil entender que en tantos lugares el aborto continúe manteniendo su carácter de ilegalidad cuando seguramente todas las familias del mundo se han visto enfrentadas de alguna manera u otra al embarazo no deseado. Los profesionales de la salud están especialmente concientes de esto y han estado liderando muchos de los esfuerzos para cambiar las leyes sobre el aborto y la opinión pública.

En los países del norte donde el aborto fue legalizado en las décadas de 1960 y 1970, la participación de los/as médicos/as fue muy importante para cambiar la ley. Ellos/as fueron la voz de miles de mujeres que llegaban a la sala de emergencia de los hospitales con complicaciones que terminaban con su fertilidad, destruían su salud y en algunos casos les costaba la vida. Expusieron frente a legisladores su posición a favor de una reforma legal sobre el aborto. Algunos corrían el riesgo de ser encarcelados por realizar en forma segura procedimientos ilegales. La hipocresía era total, la policía local a menudo enviaba mujeres a los/as médicos/as para procedimientos más seguros y las protegía de ser encarceladas. Todos sabían quién realizaba los abortos en el pueblo, algunas eran personas respetadas de la comunidad, otros médicos no realizaban abortos pero derivaban a las mujeres con médicos que sí los hacían.

Recuerdo el alivio y la gratitud que sentí cuando mi propio ginecólogo, luego de una falla del método anticonceptivo que estaba utilizando, me recetó en el año 1973 lo que ahora se conoce como píldoras anticonceptivas de

emergencia. Miles de mujeres tienen historias parecidas.

Recuerdo también la valiente actitud de Henry Morgentaler, un médico canadiense, sobreviviente del holocausto, quien prácticamente solo produjo un cambio en las leyes sobre aborto en Canadá. En los años 1970, el Dr. Morgentaler fue de ciudad en ciudad en Canadá abriendo clínicas ilegales de aborto. Luego ofrecía una conferencia de prensa, era arrestado y juzgado por sus «crímenes». Ningún jurado canadiense lo condenó. Finalmente la ley fue modificada para que las mujeres canadienses pudieran tener abortos seguros y con dignidad.

A lo largo y ancho de América Latina, existen médicos/as y parteras que silenciosamente y con gran convicción ayudan a las mujeres que transitan embarazos no deseados o las atienden después que han intentado provocarse un aborto. Algunos actúan fuera de la ley, otros han encontrado formas creativas de actuar en el contexto de leyes restrictivas pero cumpliendo con los principios de la ética médica y la compasión humana.

Este libro es un ejemplo de lo que un grupo de profesionales de la salud, compasivos, profesionalmente motivados y con gran sentido ético, puede alcanzar cuando ponen toda su voluntad y esfuerzo para permitir que las mujeres puedan ejercer su derecho a la autonomía y a su integridad física, manteniendo su actuación en un contexto legal. Con gran creatividad, ellos/as han aplicado los principios básicos de la ética médica –justicia, beneficencia y no-maleficencia– al embarazo no deseado.

Encontrarán en estas páginas una completa descripción de un nuevo enfoque sobre el cuidado de la salud reproductiva y el embarazo no deseado. Los autores nos llevan a través de su valoración con respecto a su responsabilidad como profesionales de la salud, que requiere ofrecer a las mujeres información completa sobre las opciones disponibles para la práctica del aborto. También describen su compromiso con el empoderamiento de las mujeres y la disminución de la necesidad de recurrir a abortos provocados. Después de todo, ninguna mujer quiere tener que recurrir a un aborto, todas quisiéramos prevenir un embarazo no deseado y en el caso que esto fallara, poder terminar un embarazo no deseado con un aborto temprano y lo más seguro posible.

Desde este compromiso los autores describen un modelo esencial de cuidado de la mujer, incluyendo el ofrecimiento de orientación y asesoramiento adecuados dentro del sistema de salud uruguayo.

La información médica y científica brindada está balanceada con la presentación de casos reales. Después de todo, las decisiones relativas a la reproducción tocan el aspecto más íntimo y básico del ser humano: nuestra capacidad de procrear y nuestro deseo de ser personas responsables.

Una termina de leer este libro con una comprensión más profunda de la vida de las mujeres y de las obligaciones y responsabilidades de los profesionales de la salud. Este libro describe una inspiradora y exitosa historia que debería repetirse en la región.

FRANCES KISSLING



Contenido

- 5 Prólogo
- 7 Presentación
- 11 Compilador | Autores, Colaboradores
- 13 Carta de IS a los Equipos de Salud

Capítulo 1.

- 19 «Iniciativas Sanitarias»: una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo**
LEONEL BRIOZZO, ANA LABANDERA, MÓNICA GORGOROSO, JOSÉ ENRIQUE PONS

Capítulo 2.

- 47 GUÍAS CLÍNICAS y aspectos prácticos**
LEONEL BRIOZZO, MÓNICA GORGOROSO, HUGO RODRÍGUEZ ALMADA, FABIÁN RODRÍGUEZ,
GONZALO VIDIELLA

Capítulo 3.

- 81 Iniciativas Sanitarias en la práctica clínica**
LEONEL BRIOZZO, SUSANA ROSTAGNOL, MÓNICA GORGOROSO, FABIÁN RODRÍGUEZ

Capítulo 4.

- 107 Teoría y Práctica. Análisis de casos clínicos**
Coordinadora: MARIANA GONZÁLEZ PÍREZ. Comentaristas: María Teresa Rotondo; Hugo Rodríguez Almada; José E. Pons, Fabián Rodríguez; Ivana Leus, Elena Rozada; Susana Rostagnol; Dany Oudri; Leonel Briozzo

Capítulo 5.

- 131 Análisis ético de las Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo***
MARÍA TERESA ROTONDO

Capítulo 6.

- 137 El secreto profesional médico y la consulta previa a la realización del aborto**
GABRIEL ADRIASOLA

Capítulo 7.

- 143 Fundamentos médico-legales***
HUGO RODRÍGUEZ ALMADA, GUIDO BERRO ROVIRA

Capítulo 8.

- 147 Un modelo basado en derechos: perspectivas desde los servicios de salud**
GISELLE CARINO, CARMEN BARROSO, VICTORIA WARD

Capítulo 9.

- 153 El aborto en condiciones de riesgo desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos**
ANA LABANDERA MONTEBLANCO

Capítulo 10.

161 Reducción de riesgos y daños y promoción de salud: desde las drogas al aborto

AGUSTÍN LAPETINA

Capítulo 11.

165 Los valores de la profesión médica y los equipos de salud en la defensa y promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos

LEONEL BRIOZZO

Capítulo 12.

175 Situación internacional del aborto provocado y de la mortalidad materna

FABIÁN RODRÍGUEZ

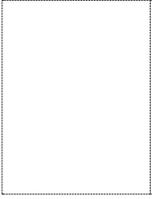
Capítulo 13.

183 Misoprostol

RODOLFO GÓMEZ PONCE DE LEÓN

Anexo.

195 Bibliografía de consulta



Compilador | Autores

Colaboradores

GABRIEL ADRIASOLA

Ex Profesor de Derecho Penal de la Universidad Católica del Uruguay (UCUDAL). Asesor del Tribunal de Ética Médica de la FEMI, Uruguay

CARMEN BARROSO

Directora Regional
Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental. www.ippfwhr.org

GUIDO BERRO ROVIRA

Director de la Cátedra de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de la República Oriental del Uruguay. Comisión de Género y Políticas de Salud del Sindicato Médico del Uruguay

LEONEL BRIOZZO | COMPILADOR

Profesor Agregado de la Clínica Ginecotológica C, Facultad de Medicina. Universidad de la República Oriental del Uruguay.
Director de *Iniciativas Sanitarias*.
lbriozzo@fmed.edu.uy

GISELLE CARINO

Responsable del Área de Aborto Seguro
Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental. www.ippfwhr.org

ANIBAL FAÚNDES

Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) Brasil. Ex-Presidente del Comité de Salud Sexual y Reproductiva de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)
afaundes@unicamp.br

RODOLFO GÓMEZ PONCE DE LEÓN

MD, PhD, MSPH
IPAS, Senior Health Systems Advisor

MARIANA GONZÁLEZ PÍREZ

Educadora Social. Miembro de Iniciativas Sanitarias. mantantirula@yahoo.com

MÓNICA GORGOROSO

Ginecóloga. Coordinadora de Implementación de Servicios Proyecto FIGO/SGU/IS.
monicagorgoroso1@yahoo.com.ar

FRANCES KISSLING

fkissling@gmail.com

ANA LABANDERA MONTEBLANCO

Presidenta, Asociación Obstétrica del Uruguay. Directora Asociada Proyecto IS/FIGO. Integrante de Iniciativas Sanitarias. agl@montevideo.com.uy

AGUSTÍN LAPETINA

Sociólogo (UdelaR). Master en Políticas Públicas e investigación sobre Drogas y Alcohol (Universidad de Londres). Director del Instituto de Altos Estudios (I.A.E.). Coordinador del Programa Alter-Acciones del Abrojo. Miembro de la *International Harm Reduction Association* (I.H.R.A.)

IVANA LEUS

Psicóloga. Especialización en Psicología Perinatal. Atención clínica en policlínica comunitaria.
Psicóloga Clínica. ileus@adinet.com.uy

DANY OUDRI

Asistente Social. Departamento de Servicio Social del Centro Hospitalario Pereira Rossell. cabon@adinet.com.uy

JOSÉ ENRIQUE PONS

Director, Clínica Ginecotocológica A. Facultad de Medicina, Universidad de la República Oriental del Uruguay. Presidente de la ONG Iniciativas Sanitarias. Miembro de FIGO *Advisory Panel Adolescent Gynecology and Obstetrics*. jeqpons@gmail.com

HUGO RODRÍGUEZ ALMADA

Profesor Adjunto, Cátedra de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de la República Oriental del Uruguay. hrodriguez@fmed.edu.uy

FABIÁN RODRÍGUEZ

Profesor Adjunto, Clínica Ginecotocológica A. Facultad de Medicina. Universidad de la República Oriental del Uruguay. Director Programa Materno Infantil, Ministerio de Salud Pública, Uruguay frodrig@fmed.edu.uy

SUSANA ROSTAGNOL

Antropóloga. Profesora Adjunta, Instituto de Ciencias Antropológicas de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República Oriental del Uruguay. Integrante de la Red Uruguaya de Autonomías (RUDA). susanar@internet.com.uy

MARÍA TERESA ROTONDO

Médica. Miembro responsable de la Comisión de Bioética del Sindicato Médico del Uruguay. edcass@chasque.apc.org

ELENA ROZADA

Psicóloga. Departamento de Psicología Médica, Centro Hospitalario Pereira Rossell. Especialización en Psicología Perinatal, Educadora sexual, Sexóloga clínica. sunny_eroz@hotmail.com

CECILIA STAPFF

Psicóloga. Docente Honoraria Curso de Psicología Médica, Escuela de Parteras. Ex Docente Honoraria del Servicio Social Comunitario de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología. Psicóloga Clínica. cestapff@adinet.com.uy

GONZALO VIDIELLA

Asistente Clínica Ginecotocológica A. Facultad de Medicina. Universidad de la República Oriental del Uruguay. vidigon@adinet.com.uy

VICTORIA WARD

Directora de Programas Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental. www.ippfwhr.org



Carta de IS a los Equipos de Salud

Estimadas/os integrantes de los Equipos de atención de la salud de la mujer:

En estos primeros cinco años de trabajo, *Iniciativas Sanitarias* (IS) ha aprendido muchas lecciones, muchas más de las que ha enseñado. Queremos compartir con ustedes algunas de las principales:

- Cuando decidimos enfrentar el problema humano del aborto provocado en condiciones de riesgo, lo hicimos en la convicción de estar ante un grave problema de salud. En el camino, aprendimos que en cierta medida los profesionales de la salud habíamos contribuido a magnificar ese problema, ya fuera por acción (por ejemplo cuando se realizaba una denuncia ante la policía) o por omisión (por ejemplo la abstención de informar, en la errónea creencia de que incurriamos en complicidad con un delito). La superación de ambos errores nos permitió aprender que si así lo queremos, podemos, tanto individualmente como integrando equipos de salud, dejar de ser parte del problema y pasar a ser parte de la solución.
- La atención en salud, aún la guiada por la mejor intención de ayudar, se transforma muchas veces en inequitativa. Ello se exagera en aquellas situaciones en las que las mujeres que consultan, usuarias, o pacientes, se sienten amenazadas por su problema o por la condena social. Hemos aprendido no sólo que es posible, sino que además es nuestra obligación, que seamos capaces de construir una relación sanitaria más igua-

litaria, comprensiva y comprometida. Ello dignifica nuestro ejercicio profesional.

- La comunicación con quienes nos consultan se vuelve demasiadas veces unidireccional, desde «la persona que sabe» hacia «la que ignora». Este desfase se hace evidente incluso en el intercambio e interacción profesional, cuando otras disciplinas se incorporan al quehacer sanitario. Pero si somos capaces de anteponer al saber especializado, una perspectiva de defensa y promoción de derechos; si somos capaces de entender que frente a problemas complejos caben y valen otras visiones y otros saberes, es posible construir un diálogo verdadero tanto con quienes solicitan nuestra ayuda, como con las y los actores/es sociales, acordando bases sustantivas para avanzar.
- Nuestras profesiones son fundamentalmente de servicio y se basan en valores. Tales valores incluyen, entre otros, la vocación, el compromiso con la salud y los derechos, la competencia en nuestro saber y la acción normada en nuestra labor colectivo. Estamos convencidos de que estos valores profesionales, esenciales por ser originarios, fundacionales de nuestras profesiones, nos enseñan el camino para ser más útiles a la sociedad desde nuestra acción técnica y profesional.

Iniciativas Sanitarias puede ser concebida como una herramienta que tiene como peculiaridad la de nuclear a quienes ejercen las diversas profesiones de la salud en forma comprometida con la defensa y promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Desde es-

ta base se potencian las acciones destinadas a:

- La asistencia de calidad e integralidad de todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva de la mujer, la familia y la comunidad.
- La docencia y formación, tanto de profesionales como del resto del equipo asistencial y de la población en general.
- La investigación con criterio científico riguroso, que permita incrementar las evidencias para fortalecer los derechos.
- La complementación de todo lo anterior con un modelo de «*advocacy*», a partir de los equipos y los profesionales de la salud, como valor agregado a lo que se ha venido haciendo hasta ahora en el área.

Este libro, que reseña nuestra todavía breve peripecia histórica, está estructurado en tres bloques. El primero, que abarca las tres secciones iniciales, describe en el capítulo 1 la estrategia de las iniciativas, muestra cuándo se produjo el punto de inflexión que hizo cambiar el posicionamiento profesional, y plantea nuestro desafío que es la modificación de la relación sanitaria entre las usuarias, los profesionales y el sistema asistencial. La sección 2 presenta las guías para la práctica clínica en las diferentes eventualidades. La sección 3 desarrolla los resultados que hemos obtenido durante este tiempo, con la implementación de la normativa asistencial.

El segundo bloque que corresponde a la sección 4, presenta una serie de casos clínicos y la discusión que los mismos generaron en el equipo multi y transdisciplinario.

Por último, el tercer bloque presenta los enfoques que sirvieron de bases para el desarrollo de las iniciativas, o que miran a las ini-

ciativas en el marco del desarrollo de la defensa y promoción de los derechos humanos.

Nuestra acción en la práctica asistencial, en la interacción intragrupal, en la docencia y en la investigación, se ha visto enriquecida con el aporte de cada persona que se ha comprometido con la visión teórica de *Iniciativas Sanitarias*. A todas esas personas y organizaciones les agradecemos por haber aceptado el desafío de confrontar distintos puntos de vista, con la intención de sintetizar mejores compromisos.

Este libro es fruto de ese aporte mancomunado. Desde la dirección de *Iniciativas Sanitarias* agradecemos el esfuerzo de cada participante, que ha sido brindado con el compromiso y desinterés que son parte del espíritu de *Iniciativas Sanitarias*.

La promoción de la salud de la mujer es un bien social prioritario para nuestro país, la región y el mundo. Promocionando la salud de la mujer, en base al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se ayuda a generar las condiciones para una vida más plena y libre de aquellas. Complementariamente, de manera indirecta, se desarrollan las bases del mejoramiento de la sociedad, desde la infancia hasta la edad adulta, dado el rol social trascendente de las mujeres en nuestras sociedades. En este contexto sabemos que la atención integral de una mujer en situación de embarazo no deseado o no aceptado, posiciona muchas veces de manera dilemática a los profesionales de la salud y desafía sus convicciones, pero ello no debería hacernos dudar nunca de cuál es nuestra principal obligación: defender la vida y la salud en base a las resoluciones concientes y responsables de esas mujeres que viven el problema.

LEONEL BRIOZZO
Director General de *Iniciativas Sanitarias*

JOSÉ ENRIQUE PONS
Presidente de *Iniciativas Sanitarias*



«Iniciativas Sanitarias»: una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo

LEONEL BRIOZZO, ANA LABANDERA,
MÓNICA GORGOROSO, JOSÉ ENRIQUE PONS

CONSTRUYENDO UNA PROPUESTA POSIBLE

Hay que hacer algo, pero... ¿qué se puede hacer?

La muerte de mujeres por complicaciones debidas a abortos practicados en condiciones de riesgo siempre fue un drama en el *Centro Hospitalario Pereira Rossell* (CHPR), como en la mayoría de los hospitales públicos de la región donde se asiste a las mujeres más pobres. Desde siempre también, la impotencia y la desazón eran los sentimientos más frecuentes entre el personal de salud que atendía a estas mujeres. El año 2001 fue terrible por la magnitud del problema: en julio se constató la tercera muerte por complicaciones del aborto. Así una de cada dos mujeres que mueren en el CHPR lo hace por las complicaciones del aborto provocado en condiciones de riesgo. Frente a esta situación de **urgencia sanitaria**, desde el equipo de salud un grupo de médicos y médicas junto a otros profesionales, como parteras y psicólogas, entre otros, decidimos que había que hacer algo y actuar de inmediato.

Los objetivos de cualquier estrategia de abordaje al problema del aborto practicado en condiciones de riesgo debían ser viables en el marco del contexto político, jurídico, cultural y profesional vigente y, en todo caso, debían promover su modificación a partir de cambios radicales en las prácticas mismas. Debimos diferenciar claramente lo deseable como objetivo final de lo posible y así, mientras desarrollábamos medidas de protección de y para las mujeres, generaríamos condiciones para el avance en las soluciones de fondo.

Con esta perspectiva en mente, elegimos abordar el problema de la muerte materna por aborto provocado en condiciones de riesgo aplicando una estrategia para «disminuir riesgo y daño» del aborto y así minimizar su impacto. Sabíamos que todo problema sanitario tiene su causa y la causa del aborto provocado en condiciones de riesgo es el embarazo no deseado–no aceptado. Para disminuir la necesidad de recurrir a un aborto provocado, las mujeres, sus parejas y las comunidades deben poder desarrollar el ejercicio de una sexualidad libre y responsable y para ello deben tener acceso a una adecuada educación sexual y reproductiva, además de disponer de servicios de orientación y de anticoncepción de calidad. En Uruguay la educación sexual estuvo en la «agenda política» y sin resolverse desde la salida de la dictadura (1984) hasta 2008 y con respecto a la anticoncepción, la misma seguía siendo de difícil acceso para una buena proporción de las mujeres y sus parejas.

No sólo se debía actuar sobre las causas, la gravedad de la situación indicaba que esto era necesario *pero no suficiente*. Actuar sobre las causas es un proceso complejo que lleva tiempo y tenía-

mos la convicción de la necesidad de hacer algo en ese momento. Buscamos entonces de manera explícita salir de la estéril contradicción de estar «a favor» vs. «en contra» del aborto por ser una propuesta maniquea y basada en razonamientos fundamentalistas, que más bien nos alejaba de la solución: todo el mundo está en principio en contra del aborto. En otros términos, el desafío fue el buscar una posición para que, mientras debatíamos como sociedad los cambios profundos en los marcos legales y políticos, desde el ámbito de la salud pudiéramos hacer algo para disminuir la necesidad de las mujeres de recurrir al aborto provocado, disminuyendo así los riesgos y los daños del aborto inseguro. ¿Cómo disminuir la necesidad de abortos inseguros? ¿Cómo proteger mejor la salud de las mujeres con un embarazo no deseado-no aceptado? ¿Cómo podíamos hacer algo para disminuir el aborto de riesgo? ¿Qué hacer para abatir la morbi-mortalidad por aborto provocado en condiciones de riesgo?

Del aborto de riesgo al aborto de menor riesgo

Desde nuestra perspectiva, como profesionales y equipo de asistencia, los problemas de salud son antes que nada eso. El aborto provocado en condiciones de riesgo es antes que nada un problema de salud pública. Solo secundariamente para nosotros, como equipo de salud, se trata de un problema legal, jurídico, religioso, etc. Así entendido, en su abordaje deben primar los contenidos de la relación «médico-paciente» clásica, o mejor aún, «equipo de salud-usuaria-comunidad», sobre los aspectos legales y especialmente sobre la perspectiva punitiva y de denuncia. Esto tiene mayor relevancia en tanto es claro que la actitud punitiva y de rechazo lo único que logra es incrementar los riesgos y los daños. Por eso establecimos como objetivo de la iniciativa lograr por lo menos transformar el aborto en condiciones riesgo, o aborto inseguro, en aborto de menor riesgo. El objetivo primario de las *Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo* (ISCAPCR), desde el punto de vista de la política de salud, es disminuir la necesidad que hace que las mujeres decidan interrumpir el embarazo y recurran al aborto provocado en condiciones de riesgo. Para ello, se intenta que el problema del aborto, aún en el contexto de la ilegalidad, sea incorporado a las prestaciones del sistema sanitario. Más claro: que una mujer en situación de embarazo no deseado - no aceptado debe ser atendida integralmente en el sistema de salud.

La piedra angular de toda la propuesta es la redefinición de la relación que se establece entre el equipo de salud y la usuaria-paciente transitando una situación de embarazo no deseado-no aceptado. En el marco de una relación profesional de calidad, técnica y humana, con seguridad, confidencialidad, calidez y abarcando los aspectos bio-psico-sociales de la mujer, se podía dar a las mujeres en situación de embarazo no deseado-aceptado, la oportunidad de optar por alternativas, desde la adopción hasta métodos de interrupción del embarazo con riesgo. Intentamos así posicionarnos desde el inicio, en tanto profesionales y equipo de salud, como parte de la solución y no seguir siendo parte del problema. A la tradicional posición de «quiero pero no puedo» se impuso de hecho una nueva perspectiva: «**lo quiero y lo debo hacer**». Esto implica múltiples reconocimientos, pero ninguno tan importante como el de reconocer en la usuaria que consulta a un sujeto moral con derechos y capacidad consciente de decidir informada y responsablemente. En ese marco, el objetivo es re-convertir el papel profesional, desde los valores intrínsecos de las profesiones de la salud, para llegar a ser promotores y garantes del ejercicio de esos derechos.

En el contexto de ilegalidad actual en Uruguay, es muy improbable llegar a un «aborto sin riesgo» como lo plantea la Organización Mundial de la Salud¹, pero creíamos entonces y estamos convencidos ahora, que es posible desarrollar una estrategia de intervención integral, que poniendo a la usuaria y sus necesidades en el centro de atención de la relación sanitaria, disminuyen los riesgos y los daños del aborto inseguro.

La base del planteo es pasar de una situación de aborto clandestino a un escenario con protección institucional, desde una situación humillante a una situación de respeto y contención a la mujer, previniendo además el abuso y la explotación propias de situaciones ilícitas, las frecuentes complicaciones e inclusive la muerte de la embarazada derivada del aborto inseguro.

¿Es posible el «aborto de menor riesgo»? La consulta en el «antes» y en el «después»

La estrategia de reducción de riesgos y daños en el marco legal vigente tiene como objetivo específico la disminución de los efectos negativos y las complicaciones de un potencial aborto provocado, a través de instancias eficientes, eficaces y oportunas de información y de contención a la usuaria. Para lograr ese objetivo teníamos que identificar con claridad en qué momentos podíamos y debíamos actuar.

El aborto provocado está legalmente muy restringido en la legislación uruguaya, siendo aceptado en casos específicos.² Pero si se piensa como un evento del binomio salud-enfermedad de altísimo riesgo para la mujer, independientemente del *status* jurídico, el aborto tiene un «antes» y un «después». Precisamente, el concepto de atención sanitaria «antes y después» permite acercarse a un problema hasta entonces ignorado. El aborto, como hecho sanitario, puede y debe ser atendido por el sistema de salud, incorporándose a las prestaciones hasta donde esto sea posible.

Para *Iniciativas Sanitarias*, **una mujer que cursa un embarazo «no deseado-no aceptado» tiene derechos:** derechos derivados de los derechos sexuales y reproductivos; en base a ellos y a su pericia vital tomará opciones. Estas opciones pueden ser continuar con el embarazo y hacerse cargo del recién nacido/a, ceder el recién nacido/a en adopción o interrumpir su embarazo ya sea en condiciones seguras (aborto contemplado por la ley) o en condiciones de riesgo.

Todos los individuos, en cualquier situación que vivan, tienen derechos. Estos son los derechos humanos, y uno de los derechos humanos más importante es el derecho a contar con una atención integral de salud en cualquiera de las etapas del binomio salud-enfermedad. Esa atención integral de salud la da el sistema de salud. Por lo tanto, si en el marco de los derechos sexuales y reproductivos una mujer toma opciones, el sistema de salud tiene la obligación de incluir su particular situación, con confidencialidad y respeto, en el marco de sus prestaciones integrales con independencia de consideraciones más allá del bienestar de la mujer y de la comunidad.

Con esta incorporación del problema «aborto provocado» al sistema de salud, buscamos por un lado disminuir el riesgo y la necesidad del aborto en condiciones inseguras, pero también por otro cambiar las actitudes del personal que se vincula con este profundo problema humano. Planteamos una estrategia que implica un cambio en la perspectiva de los profesionales de la salud, un cambio en la percepción de su rol como profesional de la medicina³; para implementarla es necesario además generar cambios dentro del propio sistema sanitario. Estos cambios se engloban en la necesidad de redefinir la relación sanitaria, la relación entre los componentes de la dialéctica de la salud-enfermedad: los profesionales y los equipos, las usuarias desde sus comunidades y el propio sistema. La relación basada en la asimetría y el modelo paternalista médico debía dar paso a la relación más equilibrada, desde el empoderamiento* de las usuarias y la profundización de los valores del profesionalismo médico y de los equipos de salud. Retomaremos este concepto más adelante.

* Empoderamiento: empoderar (se). Calco del inglés *to empower*, que se emplea en textos de sociología política con el sentido de «conceder poder [a un colectivo desfavorecido socioeconómicamente] para que, mediante su autogestión, mejore sus condiciones de vida». Diccionario Panhispánico de Dudas. RAE, 2005.

DE SER PARTE DEL PROBLEMA A SER PARTE DE LA SOLUCIÓN: EL PRIMER PASO DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD

Iniciativas Sanitarias surge principalmente como una respuesta desde el ámbito de los profesionales de la salud frente a una injusticia que veíamos ocurrir a diario y que nos dejaba desconformes e impotentes y sin poder cumplir con nuestra obligación profesional de proteger la vida y la salud de las mujeres, nuestras usuarias, pacientes o como se las prefiera denominar. La pregunta fue en ese momento cómo hacer lo adecuado para cambiar la situación, dejando de ser «parte del problema» para ser «parte de la solución». La propuesta de ISCAPCR contempla desde el inicio la intención de «**no hacer mal**» y «**hacer el bien para la usuaria**», desde la bioética, y «hacerlo bien», desde la perspectiva médico-legal. Busca entonces modificar las prácticas sanitarias tradicionales, principalmente en lo que respecta al compromiso profesional con los derechos de los/las usuarias en la gestión de su salud.

Hacer el bien desde la perspectiva bioética

Desde el inicio, fue la convicción profunda de estar haciendo lo éticamente correcto lo que nos impulsó a seguir adelante. De hecho, comenzamos a implementar la normativa asistencial asesorando a las mujeres en «situación de embarazo no deseado-no aceptado», aun antes de obtener el respaldo de prestigiosas instituciones del medio académico y mucho antes de la aprobación ministerial de la Normativa de Atención Sanitaria al APCR*. ¿Por qué actuar? Lo que estábamos presenciando estaba mal. Constituía una situación injusta, violatoria de los Derechos Humanos y profundamente hipócrita. Todos, como equipo de salud, formábamos parte de lo que pasaba, éramos parte del problema. No cumplíamos con nuestra obligación ética de *no hacer daño* (principio de no maleficencia), *hacer el bien* (principio de beneficencia), *respetar la autonomía* y *propender a la justicia*. Nuestra inacción aumentaba el problema, por lo tanto teníamos que vencer la inercia y comenzar a actuar sobre esa realidad.

Desde que se plantea la necesidad de actuar y se discuten las modalidades de abordaje del problema del aborto, el tema sale a la palestra y referentes del medio académico y de los servicios colaboran a «crear opinión». Entre ellas, fue muy importante la opinión vertida por la Dra. Ma. Teresa Rotondo, miembro responsable de la Comisión de Bioética del Sindicato Médico del Uruguay. Hablando de las *Iniciativas Sanitarias* en la publicación «*Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*»⁴ expresa:

«Este proyecto introduce un elemento importante: muestra a la población cómo se deben conducir los profesionales en esta situación tan crítica para la vida de su paciente y del fruto de la concepción. El atenderla antes o después del aborto no significa que estoy induciendo o colaborando con un delito, sino que estoy actuando como lo obliga el deber profesional. Y es precisamente recibiendo a la mujer, escuchándola, aportándole un apoyo mediante un equipo apropiado. En general, no son problemas médicos los que se viven en este momento, sino que por otras causas se origina la decisión de interrumpir el embarazo. Esto magnifica la necesidad del aporte de otras disciplinas, psicológicas, sociales, religiosas, etc., en el tratamiento del tema.»

«Esta forma de comportarse mostrará que se ha abandonado el paternalismo ejercido durante años por los médicos. La paciente no sentirá el peso, la coacción, la valoración negativa de una acción a realizar o realizada, no se le perdonará ni juzgará porque no somos jueces ni sacerdotes. El objetivo de la medicina es curar a los enfermos, aliviar y acompañar a los enfermos, prevenir de enfermedades, educar en materia de salud».

* Ver en el Capítulo 2 la historia de la aprobación de la Normativa Sanitaria.

Y más adelante, hablando de los principios éticos médicos, expresa lo siguiente:

«**Beneficencia y no maleficencia.** El giro actual respecto a este principio es el reconocimiento de que quien debe decidir lo que corresponde al bien para el paciente es justamente el paciente, de modo que el criterio beneficentista mantenido desde la tradición hipocrática no se puede sostener. El o la paciente debe autorizarnos a actuar en su bien, y de acuerdo con lo que él o ella, según sus preferencias y valores, considere beneficioso»

«**Principio de autonomía:** autonomía personal significa autogobierno; el concepto de autonomía moral es equivalente al concepto de libertad moral de una persona, supone congruencia con sus planes de vida, de elección, de ausencia de coerción.»

«**Principio de justicia:** El análisis de los datos aportados en la propuesta muestra cómo la mortalidad materna en nuestro país tiene como primera causa de muerte las complicaciones debidas al aborto; y también que existe desigualdad en la distribución dentro de la población de esas muertes o morbilidades, siendo entre las usuarias del hospital, provenientes de las poblaciones más carenciadas económicamente, donde ocurren con más frecuencia los abortos provocados en condiciones de riesgo.»

Por último concluye: «El proyecto explicita entre sus objetivos el de disminuir el número de abortos provocados, como también las graves consecuencias de los mismos, por lo cual no propicia ningún hecho incorrecto. Debemos agregar que no hemos realizado el análisis del tema del aborto debido a que éste no es, como se dijo anteriormente, el objetivo de este proyecto. El tema del aborto es de abordaje complejo y difícil, y origina corrientes de aprobación o rechazo en las distintas comunidades del mundo. En las sociedades pluralistas, respetuosas de los valores de todos los participantes, el tema no será solucionado desde la perspectiva ética, sino que luego de debates donde se realice el análisis reflexivo, se intentará alcanzar un consenso social, dentro de una sociedad democrática.»

En definitiva, desde la bioética el reconocer nuestra obligación profesional de actuar ante una crisis de salud y que esta acción debería basarse en el requisito de posicionar a una mujer en situación de embarazo no deseado–no aceptado como un sujeto moral, fue lo que nos permitió abordar el tema desde los valores intrínsecos de la profesión y desde el posicionamiento de las instituciones.

Hacer el bien y hacerlo bien desde la perspectiva médico legal

La sustentabilidad de una propuesta comprometida y controvertida como la nuestra, alrededor de un tema tan estigmatizado, debía tener un aval desde la perspectiva de lo legal. Ello requería que en el ámbito de la medicina legal se modificara el paradigma del aborto como *criminal* pasando al del aborto como *de riesgo*. Los doctores Hugo Rodríguez Almada y Guido Berro Rovira, de la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, elaboraron un trabajo donde introducen los conceptos de **confidencialidad** y **secreto profesional** como pilares de la propuesta de las ISCAPCR, dándole un sustento legal indiscutible.⁵ Plantean allí que «las Iniciativas médicas contra el aborto provocado en condiciones de riesgo proponen acciones en salud en el marco del respeto a las normas éticas y jurídicas vigentes, lo que presupone su conocimiento y correcto manejo».

Con respecto a las normas éticas expresan que: «el apego al principio de confidencialidad es un pilar básico del fundamento médico–legal de las *Iniciativas médicas contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. El secreto médico es una categoría ético–jurídica esencial en la actividad médica y en la relación médico–paciente, con una muy fuerte presencia desde la antigüedad (Juramento Hipocrático) hasta el presente. Constituye, a la vez, un derecho y una obligación de los médicos.»

Con respecto a las «normas éticas» dicen: «El Código de Ética Médica del Sindicato Médico del Uruguay y la Federación Médica de Interior establece muy claramente que «el paciente tiene derecho a la confidencialidad sobre los datos revelados por él a su médico y asentados en historias clínicas, salvo autorización válidamente expresada de su parte» (artículo 20, 3).»

Por último, en las conclusiones plantean: «En suma, las Iniciativas médicas contra el aborto provocado en condiciones de riesgo pueden aplicarse dentro del ordenamiento legal vigente, en tanto toman en cuenta y respetan el carácter ilegal del aborto provocado, excluyendo al médico de toda participación directa o indirecta, a excepciones de los casos contemplados en el ordenamiento jurídico. En cuanto al manejo propuesto del secreto médico y la denuncia obligatoria, la propuesta se adapta a las normas éticas y jurídicas vigentes».

POSICIONAR EL PROBLEMA DESDE LA PERSPECTIVA SANITARIA: EL ABORTO INSEGURO COMO EL PROBLEMA PRIORITARIO DE LA SALUD MATERNA EN URUGUAY

El aborto provocado en condiciones de riesgo se presentaba como una de las prioridades sanitarias del país. Abordar desde esta perspectiva el problema sanitario del aborto, constituye una decisión de política sanitaria que debe surgir de un análisis científico y ético. Caracterizamos entonces el problema desde dos enfoques, el enfoque de las evidencias científicas y el enfoque del análisis de la denominada «relación sanitaria». En el enfoque desde las evidencias aparecerá el problema sanitario en toda su magnitud y prevalencia. En el enfoque desde la relación sanitaria intentaremos explicar el por qué de esta situación, poniendo el foco de atención en la interrelación usuaria-comunidad, profesionales de la salud-equipo-sistema de salud. Abordamos entonces el problema desde las usuarias y sus derechos, desde el sistema sanitario y las posiciones institucionales y desde la práctica profesional.

EL ABORTO DE RIESGO DESDE LAS EVIDENCIAS CIENTÍFICAS

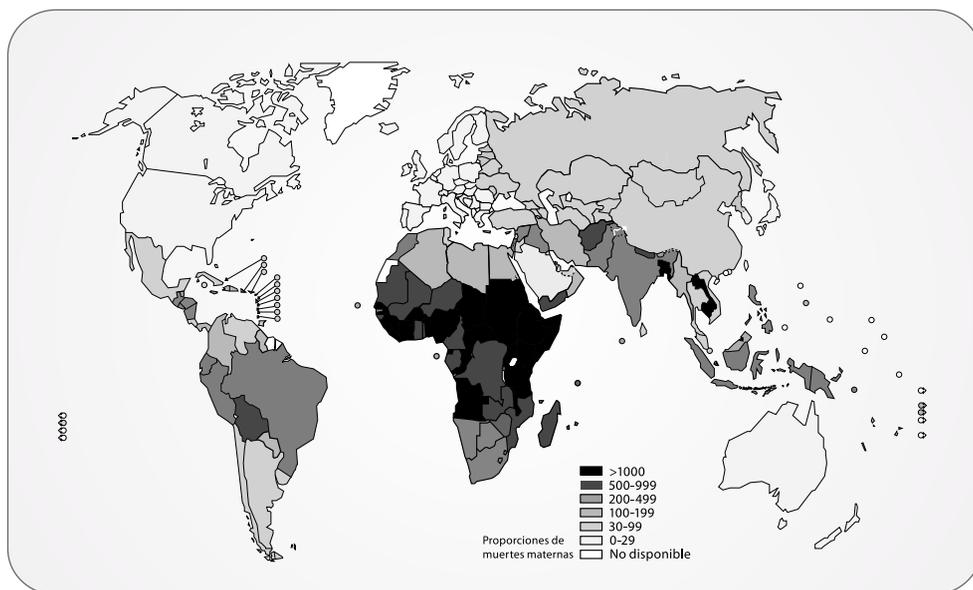
La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el proceso del embarazo, parto y puerperio. Es un indicador importante de inequidad social⁶ cuando se compara su variación entre los países. Como ejemplo dramático, en África sub-sahariana 1 de cada 16 mujeres muere durante el proceso del embarazo, parto y puerperio, mientras que en Norte América muere menos de 1 cada 3500 mujeres. La mortalidad materna es la muerte de los retrasos: retraso en búsqueda de atención, retraso en acceso a centro de salud, retraso en el diagnóstico y retraso en recibir atención sanitaria. La mortalidad materna es el indicador centinela de salud de una comunidad ya que se vincula de manera directa con el acceso a la atención de salud de calidad y con la importancia que la comunidad le da a la salud de las mujeres (figura 1.1).

A pesar de que adoptamos el indicador «Mortalidad materna» en nuestro análisis de situación, creemos pertinente criticar su denominación de muertes por aborto provocado. En algunas ocasiones, la muerte de mujeres por aborto inseguro se puede producir sin que la mujer esté embarazada, por ejemplo por el terror que le causa la sola posibilidad de estar embarazada y así se somete a prácticas inseguras. También debemos decir que la mujer que aborta es porque en su mente no desea ser madre. Englobar la mortalidad por aborto provocado en condiciones de riesgo con la mortalidad materna desde este punto de vista es cuestionable. Pensamos que sería conveniente hacer una discusión global sobre este tema y buscar una definición más integral de este indicador centinela, que contenga la situación de Muerte de mujeres en el proceso bio-psico-social del embarazo, parto y puerperio.

En Uruguay, en el decenio 1992-2001 la mortalidad materna fue de 2,3 cada 10.000 recién nacidos vivos (cuadro 1.1).⁷

Figura 1.1.

Mortalidad materna en el mundo



El aborto provocado en condiciones de riesgo (APCR) es la principal causa de muerte materna en Uruguay. El APCR o aborto inseguro es definido por la OMS como aquel procedimiento para terminar un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias, o que es practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médicas, o ambos.⁸ La principal causa de muerte materna en ese decenio fueron las complicaciones del APCR, con un 28% del total de muertes maternas⁷ (cuadro 1.2). Esto nos ubicaba en los primeros lugares de América Latina y probablemente del mundo en lo que respecta a la muerte materna por aborto provocado (cuadro 1.3).

Llegado ese punto la pregunta era por qué la mortalidad materna era relativamente baja pero la mortalidad por aborto inseguro era tan alta. Planteamos dos hipótesis, no antagónicas, para explicar esta situación:

Hipótesis 1.

En Uruguay los servicios de atención de salud a la mujer y específicamente en el área de la atención durante el embarazo, parto y puerperio, son de buena calidad y accesibles a la inmensa mayoría. Tal como lo plantea la OMS, existen servicios orientados a los cuidados de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, con una tasa de partos institucionales de cerca del 98%. La baja tasa de mortalidad materna, de 2,3/10.000 recién nacidos vivos (RNV) seguramente obedece a ese hecho y a la relativa buena calidad de los servicios brindados. De todas maneras, no es tranquilizador pensar en esta tasa para un país con poco más de 3.000.000 de habitantes, con una superficie relativamente pequeña, un idioma y una cultura común, sin tensiones interraciales o étnicas relevantes y con un sistema de salud universal público disponible. Mucho queda por hacer también en este plano de la atención a las mujeres. Pero el sistema y los profesionales no re-

Años	Total de Nacimientos	Total de M. Mat.	Tasa de M. M. p/10000
1992	54.190	14	2,6
1993	56.076	14	2,5
1994	55.990	12	2,1
1995	56.664	13	2,3
1996	58.862	11	1,9
1997	58.032	17	2,9
1998	54.760	14	2,6
1999	54.055	6	1,1
2000	52.720	9	1,7
2001	51.598	19	3,7
Total del Decenio	552.947	129	2,3

Cuadro 1.1.

Mortalidad Materna en Uruguay en el decenio 1992 – 2001. Fuente: MSP, Dpto. de Estadística

Cuadro 1.2.

Causas de Muerte Materna; decenio 1992 – 2001. Uruguay (Fuente MSP – División Estadística)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Total	Cont. Porc.
<i>Aborto</i>	5	2	2	5	4	4	3	1	0	10	36	27,9
<i>E.H.E.</i>	2	6	3	1	1	7	2	1	2	2	27	20,9
<i>Hemorragia</i>	1	1	0	0	2	2	2	1	3	2	14	10,9
<i>C. Puerperio</i>	6	0	2	2	1	S/D	S/D	S/D	3	1	15	11,5
<i>Infecc. Ap. G-Urinario</i>	0	0	1	1	0	S/D	S/D	S/D	0	0	2	1,6
<i>Otras C. Obst. Directas</i>	0	4	4	2	3	2	2	3	0	0	20	15,5
<i>C. Obst. Indirectas</i>	0	1	0	2	0	2	5	0	1	4	15	11,6
Total	14	14	12	13	11	17	14	6	9	19	129	100

conocíamos, más bien negábamos la realidad de la mujer en situación de embarazo no deseado- no aceptado. Por esta situación en el sistema sanitario no existía un manejo protocolizado de los casos de aborto provocado, tal como específicamente plantea la OMS para el «*Manejo de complicaciones del aborto, cuidado postaborto e interrupciones del embarazo seguras hasta donde la ley lo permita*». Esta discordancia permite plantear que la altísima tasa de muerte materna por APCR se debía,

entre otras cosas, a la «exclusión» sanitaria de esas mujeres, que no tenían un acceso adecuado a la atención de su salud cuando se encontraban en situación de aborto de riesgo.

Hipótesis 2.

En Uruguay existe una situación de gran desigualdad entre las mujeres que deciden interrumpir su embarazo. Aún en la ilegalidad, las mujeres con recursos económicos y con soporte social y cultural obtienen condiciones de mayor seguridad para la práctica del aborto, mientras que las que no cuentan con estos recursos deben recurrir a prácticas extremadamente peligrosas, ya sea en «clínicas clandestinas» o con la ayuda de terceros (sin las mínimas condiciones higiénicas y técnicas), hasta maniobras autoinflingidas. En todos los casos, los procedimientos no dispondrán de ninguna calidad humana y faltará la consejería y el seguimiento, agravando así la situación. El temor y la clandestinidad harán también que la búsqueda de atención médica posterior al hecho se retrase.

Un estudio en el que se compara la mortalidad materna general y la específica por APCR⁸ en el sub-sector público que se atiende en el CHPR vs. el resto del país (tanto los sub-sectores público como privado), permitió concluir que la mortalidad en la población que se asiste en el CHPR es mayor, de manera estadísticamente significativa, que la del resto del Uruguay. (Cuadro 1.4 y 1.5).

Otro de los indicadores utilizados para priorizar este problema de salud fue los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) que compara la importancia relativa de las diferentes causas de defunción en base a la edad en que se producen las muertes en una población. Es un indicador de mortalidad prematura. La mortalidad en Uruguay por «aborto en condiciones de riesgo» para el período 1996–2001 es la primera causa de muerte prematura en las mujeres de bajos recursos (población que se asiste en el CHPR) medida en AVPP = 41,91 años, muy superior a la segunda causa de muerte prematura para la población general, que son los accidentes con 29,3 años. Para su cálculo se tomó la EVN de 1971 = 72,41 años y la edad promedio de las muertes ocurridas por esta causa en el CHPR período 1996–2001 = 30,5 años.

El riesgo de morir por complicaciones derivadas del APCR es 3,34 veces más alta en el CHPR, a pesar de no ser estadísticamente significativo para un error alfa < 0,05.

En síntesis:

- La tasa de mortalidad materna en Uruguay es comparable a la de los países desarrollados.
- La distribución de muerte materna es mayor (de manera estadísticamente significativa) en la población asistida en el CHPR (con respecto al resto del país).
- La frecuencia de muerte materna por APCR en Uruguay constituye una de las más elevadas del mundo, con un 28% del total.
- El riesgo de morir como consecuencia de las complicaciones derivadas del aborto provocado en condiciones de riesgo es mayor en el CHPR (47% en el quinquenio analizado), con respecto al resto del país (20% en el mismo quinquenio).

Región	Mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo
Mundial	13%
América latina	21%
América del Sur	24%
CHPR 1996–2001	47%

Cuadro 1.3.

Comparación de la frecuencia relativa de Muerte Materna por APCR en el mundo, en las Américas y en el CHPR

Por todo esto, desde el punto de vista sanitario planteamos al APCR como principal causa de muerte materna: es el problema de salud pública más relevante en Uruguay, ya que las mujeres que mueren son el emergente de una situación de profunda falla en el sistema de atención sanitaria, al que se suman las inequidades sociales, culturales y económicas a las que están sometidas.

Más allá de la epidemiología: el aborto de riesgo y el riesgo en «la relación sanitaria»

La relación sanitaria es aquella relación humana, única e intransferible que se establece entre el profesional de la salud y el equipo sanitario en un lugar y tiempo concreto con un/a usuario/a – familia y comunidad en el marco de un sistema de provisión de servicios asistenciales. Tiene entonces tres componentes: las y los usuarios en y desde la comunidad por un lado, el sistema de atención en salud que da la cobertura asistencial por otro y los profesionales y equipos que brindan dichos servicios en un lugar y tiempo concreto. Entre estos tres componentes se entablan relaciones multidireccionales complejas que es necesario analizar particularmente a la hora de caracterizar, por ejemplo, el problema sanitario del aborto provocado en condiciones de riesgo.

Analizaremos en términos críticos y autocráticos cómo veíamos los riesgos existentes para una buena relación sanitaria en los tres componentes mencionados.

Las usuarias y la violación de sus derechos sexuales y reproductivos

Cuando comenzamos con nuestra tarea, era habitual el miedo en la mujer que se encontraba cursando un «embarazo no deseado – no aceptado». Miedo al rechazo del sistema, al desprecio del profesional de la salud y a la sanción legal. Miedo que llevaba al ocultamiento de su decisión y a retrasar la búsqueda de soluciones, con el consecuente aumento de riesgo. La mujer en situa-

Cuadro 1.4.

Análisis de la mortalidad materna en Uruguay (1997 – 2001)

TASA M.M. CADA 10.000 R.N.	Número de Recién Nacidos	Número de muertes maternas	Tasa de mortalidad materna cada 10.000 R.N. vivos
URUGUAY (sin incluir el C.H.P.R.)	230.079	49	2.1
C.H.P.R.	41.442	13	3.1

Análisis estadístico: Test de Proporciones Independientes: Para un error alfa < 0.05 la probabilidad de ocurrir una muerte materna en el CHPR es de 2.64, con una p < 0.005 IC– 95% para la diferencia de proporciones es de entre 0.00465 y 0.01535.

Cuadro 1.5.

Análisis de la muerte por aborto provocado en condiciones de riesgo en Uruguay (1997 – 2001)

	Muerte materna por aborto provocado	Muerte materna por otras causas	Total
C.H.P.R.	6	7	13
URUGUAY (exceptuando C.H.P.R.)	10	39	49
Total	16	46	62

Odds ratio– 3.34 (0.77<OR< 14.76) – Test de «chi square»– 3.34. p value= 0.059.

ción de embarazo no deseado – no aceptado solía no tener un espacio seguro donde reflexionar y tomar decisiones informadas sobre sus opciones, por lo tanto, persistía la ignorancia con respecto a sus opciones y a las consecuencias para su salud de muchos métodos de interrupción del embarazo. Esta situación acrecentaba las ya consabidas barreras para acceder a servicios de cuidado de la salud reproductiva de calidad. Algunas de las barreras que la mujer enfrenta en la búsqueda de estos servicios de salud son:⁹

- Relaciones jerárquicas desiguales y limitaciones en la toma de decisiones.
- Acceso limitado a la educación.
- Acceso limitado a la información y a nuevas ideas sobre la salud.
- Recursos e ingresos limitados.
- Violencia, abuso y explotación sexual y de género.
- Protección legal inadecuada y discriminación de género en leyes y políticas.
- Interacciones deficientes con los proveedores de servicios de salud.

Analizando la situación desde los derechos de la usuaria, sostenemos que los derechos sexuales y reproductivos implican los derechos de mujeres, hombres y de las comunidades a gozar de una sexualidad libre y feliz y de tener un proceso reproductivo seguro, pleno y responsable. Sumariamente, los derechos sexuales y reproductivos implican:

- El ejercicio de la maternidad sin riesgos innecesarios de enfermedad y muerte (derecho a una maternidad segura, o sea que la mujer pueda pasar por un embarazo y parto sin riesgos de enfermedad o muerte).
- Que la mujer y su pareja pueden decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos, y pueden ejercer el control de su fertilidad.
- Una vida sexual libre de violencia, coerción o riesgo de adquirir enfermedades o embarazo no deseado.
- La interrupción del embarazo en los casos legalmente autorizados o admitidos por el sistema jurídico.
- La disponibilidad de todos los servicios necesarios para el ejercicio de esos derechos.
- Acceso a la información sobre sus derechos, a los servicios que los aseguren, además de toda la información y formación necesaria para ejercerlos.

El desafío en la promoción de estos derechos está planteado desde dos puntos de vista: por un lado desde el punto de vista sanitario, por lo que estos derechos repercuten sobre el proceso salud – enfermedad de una comunidad determinada, y específicamente sobre la salud de la mujer; y por otro lado desde el punto de vista bioético, por la dificultad manifiesta del equipo de salud para incorporar y profundizar sobre su rol en la protección de los derechos sexuales y reproductivos, sobre todo de las mujeres y más aun de las mujeres jóvenes.

En 2001 se señalaba que los procedimientos, actitudes y el manejo y la hipocresía que rodea a la interrupción voluntaria del embarazo, el aborto provocado, desde nuestro punto de vista era el paradigma en cuanto a la violación de los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay.¹⁰

El embarazo no deseado y la decisión de abortar es, muy probablemente, el resultado de una larga historia de fallas en el ejercicio de una buena parte de los derechos sexuales y reproductivos. Desde la perspectiva de la mujer, esto se da la mayor parte de las veces por irresponsabilidad del Estado en proveer en forma adecuada educación, anticoncepción y servicios seguros e integrales de salud sexual y reproductiva. Así, podemos decir que cuando una mujer está en condición de embarazo no deseado y de aborto de riesgo se violenta:

1. El derecho al «**ejercicio de la maternidad sin riesgos innecesarios de enfermedad y muerte**» ya que, como vimos, la mortalidad materna por APCR constituye el principal problema de la salud materna en Uruguay. Además, el APCR constituye –sobre todo para las mujeres con menor poder adquisitivo– la principal causa de años de vida potencialmente perdidos.

2. El derecho al **«control individual de su propia fertilidad»** ya que el embarazo no deseado que termina en aborto es el resultado de la falta de acceso a orientación y servicios eficaces y oportunos de anticoncepción. Se calcula que en todo el mundo 120 millones de mujeres manifiestan no querer quedar embarazadas pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Así mismo se estima que cada año de 8 a 30 millones de embarazos se deben a falla anticonceptiva, bien por falla del método, bien por mal uso del mismo.
El embarazo no deseado representa la mayor debilidad que un sistema de salud que pregona una maternidad responsable puede tener y en Uruguay esta situación es muy frecuente.
3. El derecho a **«una vida sexual libre de violencia, coerción o riesgo de adquirir enfermedad y embarazo no deseado»** ya que la violación y la violencia sexual constituyen una de las principales causas de embarazo no deseado y particularmente en poblaciones vulnerables y vulneradas como son las mujeres de condiciones sociales difíciles y las adolescentes. Al respecto, en el Hospital del Niño del CHPR se conocen cifras alarmantes: en los últimos dos años han consultado más de 100 niñas y adolescentes por abuso sexual. Se estima que por cada caso denunciado existen entre 3 y 10 abusos sexuales impunes, por lo cual el impacto sanitario y social de este problema es enorme. Más del 80% de las veces el abusador es conocido por el niño o niña, el 35% corresponde al padrastro, el 23% al padre y el 22% a otros familiares. El embarazo fruto de esta violencia constituye un grave problema de salud individual, familiar y comunitaria. Otro estudio señala que 1 de cada 3 mujeres que se asisten en el CHPR reconoce haber sido víctimas de violencia sexual.
4. El derecho a **«la interrupción del embarazo en los casos legalmente autorizados o admitidos por el sistema jurídico»**, ya que a pesar de que la ley contempla como atenuantes y eximentes para la realización de un aborto la violación y la extrema pobreza, entre otros, estos casos no son normalmente tenidos en cuenta ni atendidos dignamente por el sistema sanitario.
5. El derecho a **«la disponibilidad de servicios para el ejercicio de todos esos derechos»** ya que el Estado uruguayo, y especialmente el Ministerio de Salud Pública, no había normatizado la atención de las mujeres en situación de aborto a pesar de la magnitud del problema.
6. El **«derecho a la información»** sobre los derechos, sobre las cuestiones de salud sexual y reproductiva y sobre los servicios de que se dispone.
La información es poder. La mujer informada se empodera de sus derechos, los conoce, los exige, pero además mejora su capacidad de analizar alternativas y logra (en el caso que desarrollamos en la intimidad de la relación con el equipo de salud) arribar a conclusiones más responsables y cuidadosas para ella y su entorno, conclusiones más conscientes como agente moral que es.

La mujer en situación de embarazo no deseado – no aceptado debe ser comprendida, incluida y asesorada en el sistema de salud. Así entendida la práctica profesional, respeta la autonomía y promueve los derechos humanos violentados.

Parece clara la necesidad de que este «nuevo» enfoque se concrete en normativas tendientes a garantizar el ejercicio pleno e irrestricto de los derechos humanos en general y de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en particular.

En los equipos de salud ¿qué valores promovíamos?

Un valor es la cualidad o característica que posee una persona o un objeto y que lo hace estimable. Cada valor tiene un antivalor; ejemplo: *Justicia = Valor. Injusticia = Antivalor.*

Existen valores universales que corresponden al conjunto de normas de convivencia validas en un tiempo y época determinada, algunos de ellos son la libertad, la justicia, la honradez, la solidaridad, la comprensión, el respeto, la valentía, la coherencia entre otros.

En los profesionales y los equipos de salud existen valores que si se cumplen en la práctica transforman a un grupo o individuo en profesional pero si no, lo desprofesionalizan. Estos valores profesionales son la vocación definida por la preeminencia del rol social de su función por encima del beneficio económico; la disciplina, como subordinación del individuo a las reglas establecidas por el colectivo; la competencia, con su componente de conocimientos, habilidades y actitudes en las relaciones interpersonales, y el compromiso de involucrarse con la problemática social (sobre todo de los sectores más vulnerables), de brindar una asistencia altamente calificada, preocuparse por la salud (en su dimensión bio-psico y social) de los usuarios, las usuarias y las comunidades, gestionando eficientemente los recursos sanitarios.

El análisis de lo que estaba pasando con la práctica profesional, a propósito del problema del aborto inseguro en la Maternidad del CHPR, nos indicaba que las prácticas anti valores profesionales eran, lamentablemente, lo más común.

En los equipos de salud la desinformación sobre los derechos y las obligaciones de los profesionales frente a una situación de embarazo no deseado y de aborto determinaba el predominio de criterios individuales en relación a cómo se debía actuar. No se respetaban (muchas veces incluso porque no se conocían) las obligaciones establecidas por los acuerdos nacionales e internacionales con respecto a diferenciar las acciones correctas de las erróneas. Por desconocimiento, temor y a veces por hipocresía, no se cumplía con las obligaciones bioéticas, ya que no se respetaba el principio de autonomía y de derechos ni tampoco se respetaban las obligaciones médico-legales cada vez que se violaba el secreto profesional.

Un amplio sector de la opinión pública uruguaya, incluyendo el personal de la salud, había adoptado como verdadera la dicotomía de que sólo hay dos lugares para ubicarse frente al problema del aborto por decisión de la mujer, o se está «a favor» del aborto o se está en «en contra». *La desinformación, los prejuicios y los dogmatismos abonaban ese terreno.*

Decíamos en el año 2003¹¹: *«Lamentablemente, hoy predominan en el debate social los enfoques parciales, la intolerancia dogmática y la desinformación funcional con respecto a estas posiciones. Se conforman así compartimientos estancos de posiciones que hacen imposible la síntesis».* El miedo a comprometerse y la ignorancia se estimulan mutuamente y de esa relación surge el abordaje dogmático del tema.

Otra forma de expresar esta situación era ver el problema del aborto como una contraposición de derechos: el derecho de la mujer vs. el derecho del embrión. Ese planteo facilita respuestas poco comprometidas: *«en definitiva, el problema va a seguir ocurriendo a pesar de lo que queramos o no queramos nosotros».* Esta aparente salida conduce indefectiblemente a negar la cuestión del aborto, sólo posibilita el aumento de su incidencia y sus riesgos.

El cambio de los equipos de salud hacia una posición más respetuosa de los derechos de la usuaria y más sensible a su situación y necesidades, aparecía como un punto neurálgico en la estrategia que estábamos proponiendo.

En el sistema sanitario: la negación y la denuncia

La exclusión de la atención a la mujer en situación de aborto era un déficit principal del sistema de salud, acrecentado por la prevalencia e impacto de este problema sanitario. La falta de atención integral a la mujer en situación de «embarazo no deseado- no aceptado» por parte de la autoridad sanitaria: el Ministerio de Salud Pública, generaba un vacío en las prestaciones de servicios.

Este vacío normativo coexistía pacíficamente con programas de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, en los Programas Materno-Infantil. La ausencia de una postura garante del ejercicio de los derechos de la población por parte del Estado hacía que se multiplica-

ra el miedo y la ignorancia y que su resultado fuera la falta de compromiso y la estigmatización de aquellos o aquellas que desde los equipos de salud denunciaran esta situación. Decíamos entonces que *«la exclusión del manejo de complicaciones del aborto, cuidado post aborto e interrupciones del embarazo seguras hasta donde la ley permita»* eran la causa de la situación en que nos encontramos: una «epidemia de muertes por aborto inseguro». En la práctica asistencial, este vacío era llenado por prácticas anti-valores profesionales, muchas veces en el contexto de las medicinas defensivas y por lo tanto autoritarias y poco comprometidas.

El desafío de las iniciativas: reformular la relación sanitaria

La estrategia de disminución de riesgos y daños implicaba la inclusión de la mujer en situación de embarazo no deseado-aceptado en el sistema de salud. Como requisito y paradójicamente como consecuencia de ello debía existir un cambio en el modelo en el cual se venía desarrollando la relación sanitaria. Reformular el modelo de relación de salud pasó a ser el objetivo fundamental de la intervención desarrollada desde ISCAPCR. Esa intervención debió y debe procesarse en los tres componentes de la relación sanitaria.

Desde las usuarias y la comunidad: contribuyendo a «empoderar» a las mujeres

Desde *Iniciativa Sanitaria* informar, difundir y contribuir a educar formaba parte integral de la intervención hacia la comunidad en general y nuestras usuarias-pacientes en particular.

Educación para la salud, educación para el ejercicio de derechos y en el contexto de las políticas sanitarias sobre la base de derechos y con perspectiva de género, la necesidad del «empoderamiento» de la mujer como componente necesario para el efectivo ejercicio de derechos. Como dice la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canadá¹²: *«La mujer necesita ser emancipada a fin de mejorar la salud sexual y reproductiva precaria causada por desequilibrios de poder y desigualdades de género. Con el fin de eliminar las barreras que la mujer enfrenta cada día en su vida, se necesita facultar o potenciar el papel de la mujer en todos los aspectos de su vida. En este sentido, las iniciativas deben dirigirse a cambiar los desequilibrios de poder y las desigualdades de género, que promueven la negligencia hacia la salud de la mujer, restringen sus opciones y autonomía y fundamentalmente, ponen en peligro su vida». Y más adelante agrega: «Empoderar a la mujer significa: asegurar que la mujer tenga igual lugar en la sociedad para tener igual acceso a ingresos, educación, cuidado de la salud y a otros recursos, y donde pueda tomar decisiones libres e informadas sobre su vida en un entorno seguro. La importancia de reconocer este empoderamiento de la mujer en todos los programas y políticas relacionadas con la salud de la mujer deben ser enfatizados».*

Iniciativas Sanitarias desarrolló varias actividades en esta dirección: desde actividades con la comunidad, articuladas con la sociedad civil, hasta una fuerte presencia en los medios masivos de comunicación.

Promoviendo los valores profesionales en los equipos de salud

La primera acción fue difundir una política contra la desinformación y los falsos preconceptos; una política que ayudara a reposicionar el tema del aborto provocado y específicamente del aborto provocado en condiciones de riesgo. Nos basamos en los acuerdos de los organismos internacionales de los que formamos parte, como profesionales, en nuestras organizaciones y también como país, respetando los acuerdos en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos (ver capítulo 12, *Acuerdos internacionales*).

A partir de la discusión del rol social del médico, se intentaba reposicionar el rol de los profesionales de la salud, en particular de aquellos vinculados a la ginecología, con relación al aborto voluntario. Se planteaba en ese momento: *«Independientemente de las convicciones personales o religiosas de cada persona, existen evidencias probadas y experiencias realizadas que debemos conocer y difundir en nuestra comunidad. El respeto a la autonomía de la mujer en su decisión, sea cual fuere, implica una concepción de democracia y equidad, y es un elemento imprescindible para la construcción de una sociedad más libre y más justa. El respeto de los derechos no obliga a nadie a hacer algo que no quiera. Por el contrario, la falta de ese respeto obliga a cometer delitos y con ello exponerse a riesgos y daños.»*¹¹

Los valores de la profesión médica—vocación, competencia, disciplina y compromiso—, constituyen así la base en la que deben asentarse los cambios de actitudes de los profesionales de la salud en defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, para beneficio de las usuarias, los usuarios y la comunidad. Pero también estos valores son la matriz donde se deben desarrollar una profesión médica y de otras especialidades de la salud para que sea reconocida como necesaria para la comunidad, por su función y compromiso social.

Por todas las consideraciones originadas en las evidencias, en los derechos, en las instituciones y en los valores profesionales, para *Iniciativas Sanitarias* el compromiso no era una opción, era y es una obligación: contribuir a transformar la realidad que vivíamos con relación al aborto provocado como emergente del avasallamiento de los derechos sexuales y reproductivos en particular y de los derechos humanos en general. Desde esta perspectiva pensamos colaborar de manera inequívoca a transformar la realidad sanitaria, social y política.

Para *Iniciativas Sanitarias* era fundamental contar con un amplio respaldo institucional que sirviera de protección para el desarrollo de las prácticas sanitarias vinculadas a la atención integral de las mujeres en situación de embarazo no deseado—no aceptado. Catalogar al aborto realizado en condiciones de riesgo como un problema principalmente sanitario y desarrollar una estrategia basada en esa premisa, nos dio una base firme para la concertación de alianzas en el sector salud.

Pudimos sortear la estéril dicotomía entre *«a favor»* y *«en contra»*, y buscar puntos de contacto que permitieran el desarrollo de una política de salud efectiva.

En el contexto del debate constitucional hacia una ley de salud sexual y reproductiva, y contribuyendo comprometidamente a él desde posiciones institucionales como la del Sindicato Médico del Uruguay¹³ y personales de los referentes de IS, propusimos una nueva consigna: *«Mientras debatimos los cambios legales, disminuir los riesgos y los daños»* derivados del aborto provocado en condiciones de riesgo. Era necesario, en primer lugar, lograr que el tema del aborto fuera motivo de análisis desde una perspectiva más honesta y sin preconceptos. En segundo lugar, se debía abordar desde una perspectiva científica y ética. Y en tercer lugar, era imperioso lograr que las instituciones involucradas en las soluciones aceptaran el rol rector que les competía en este complejo tema.

Inicialmente se planteó la alianza con los actores más representativos del universo de la salud en general y de la Medicina en particular. Se obtuvo el apoyo unánime del Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay y de la Sociedad Ginecológica del Uruguay, primero en su Comisión Directiva y luego en Asamblea General. Más adelante se sumó también el apoyo de la Asociación de Obstetricia del Uruguay.

En el mismo período *Iniciativas Sanitarias* trabajó para ampliar la base social de apoyo de la propuesta de «prevención del daño» en el ámbito de la sociedad civil organizada y sobre todo con el movimiento amplio de mujeres. El proceso de acercamiento fue lento y no exento de problemas, pero finalmente primó la comprensión de que eran complementarios el enfoque de derechos, estandarte del movimiento social feminista y el enfoque como problema sanitario, que

integraba y potenciaba aquél, desde los cambios en la relación sanitaria y desde el rol contra-hegemónico institucional que desarrollaba.

Otro nivel de alianzas dio como resultado la publicación del libro *Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo (ISCAPCR)*⁴ en agosto de 2002. En el mismo, desde el prólogo escrito por el Dr. Héctor Gross Espiell, hasta los aportes desde lo jurídico, lo penal y lo policial, resultaron clave para ampliar y convalidar la propuesta.

Más adelante, luego del veto del Parlamento Nacional al Proyecto de Ley de Salud Sexual y Reproductiva, que incluía la despenalización del aborto, *Iniciativas Sanitarias* también pone en conocimiento de la Conferencia Episcopal Uruguaya sus objetivos y su propuesta sanitaria con la intermediación del Sindicato Médico del Uruguay. Se busca de esta manera prevenir los prejuicios y preconcepciones que puedan existir y así disminuir las barreras pensando en su implementación.

Desde el sistema sanitario: las ISCAPCR como políticas públicas en el área salud

Cuando se diseñó la estrategia de ISCAPCR surgió la necesidad de contar con una Normativa sanitaria que diera marco e implementara el cambio profundo que suponía su aplicación. Esta Normativa debía servir para:

1. Dar un marco institucional a la estrategia, avalando la intervención como política pública en el área de la salud, ampliando así las prestaciones del sistema de salud en un área de máxima vulnerabilidad. Partíamos de la base de que una mujer que cursa un embarazo no deseado – aceptado de hecho (con total independencia de lo que terceros puedan pensar) tiene las siguientes opciones: continuar el embarazo y aceptar al recién nacido/a, aceptar el embarazo y ceder el recién nacido/a en adopción o interrumpir el embarazo. Esa mujer tiene derecho a una atención integral en salud cualquiera sea la opción que elija y por lo tanto el sistema debe disponer de una normativa que la proteja y le brinde opciones en ese momento de máxima vulnerabilidad.
2. Permitir y estimular un desempeño profesional adecuado a los principios bioéticos y médico-legales en el área de la prevención de daño por aborto realizado en condiciones de riesgo. Del diagnóstico epidemiológico se podía inferir, entre otras cosas, que la calidad de los servicios ofrecidos distaba mucho de ser aceptable y que los profesionales de la salud necesitaban lineamientos claros para brindar una mejor atención con relación a la atención del aborto provocado en condiciones de riesgo. Esto se debía a muchas causas, entre las que señalamos las siguientes: desinformación de los profesionales sobre los derechos y las obligaciones tanto de las usuarias como de los profesionales; aislamiento auto impuesto por la censura social que implicaba el hablar de estos temas; predominio de criterios individuales no basados en evidencias científicas; desconocimiento de la situación legal con respecto a la interrupción del embarazo.
3. Generar las condiciones para disminuir la distancia existente entre los pronunciamientos legales y los acuerdos internacionales a los que el Uruguay suscribió con relación a las prácticas sanitarias. Para ello, impulsar la difusión e información de la iniciativa en toda la comunidad es la garantía de la aplicación eficaz a nivel nacional de una política que aplique y promueva el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Con estos objetivos, un equipo multidisciplinario integrado por profesionales de la Sociedad Ginecocológica del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina, liderados por *Iniciativas Sanitarias*, desarrolló una normativa sanitaria denominada: *Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*.

NORMATIVA DE ATENCIÓN SANITARIA

[Ver cuadros].

La normativa fue presentada el 8 de abril del año 2002 al Ministro de Salud Pública para su aprobación, sin embargo, no fue aprobada hasta agosto de 2004, luego de dos años de aplicación en el CHPR.

La Normativa *Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*, regida por la Ordenanza 369 - 04, es entonces desde el 6 de agosto de 2004 una Norma de atención sanitaria a nivel nacional.

El Ministerio de Salud Pública publicó entonces una nueva normativa, basada en las generalidades expresadas en la primera, donde se describen las características de la consulta de asesoramiento en situaciones de embarazo no deseado e intención aborto, también denominada consulta inicial o consulta pre-aborto, y de la consulta post-asesoramiento, también llamada consulta post-aborto o de atención integral post-aborto.

NORMATIVA DE ATENCIÓN SANITARIA. MEDIDAS DE PROTECCIÓN MATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO

[Ver cuadros].

En síntesis, *Iniciativas Sanitarias* busca, como objetivo ulterior, contribuir a reformular la relación sanitaria, como relación humana, única e intransferible, potenciando el objetivo común: el bienestar integral de la usuaria, desde la realización personal como profesional cumpliendo su vocación, en el marco de la bioética y el cumplimiento de la normativa vigente.

Se busca un modelo con las siguientes características:

- Una relación sanitaria más comprensiva, más comprometida desde los profesionales y equipos y más equitativa y «empoderante» para las usuarias.
- Una relación donde la usuaria tenga capacidad de ejercer sus derechos, entre ellos el derecho a ser atendida con calidad técnica y humana, el derecho a ser asesorada en el marco de la Normativa vigente, el derecho a no ser denunciada ni violentada de ninguna forma.
- En fin, una relación sanitaria desde donde surjan demandas y propuestas de formas de satisfacerlas hacia el sistema de provisión de servicios de asistencia, en particular y hacia el sistema de salud en general.

LA NECESIDAD DE UNA ORGANIZACIÓN PARA IMPULSAR EL CAMBIO. «INICIATIVAS SANITARIAS»: ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD

La idea de crear una organización de profesionales de la salud para impulsar los derechos sexuales y reproductivos fue producto de nuestra práctica clínica asistencial. *Iniciativas Sanitarias* se conforma así como una Organización Civil de Profesionales de la Salud. Está integrada por médicas y médicos ginecotocólogas y ginecotocólogos, obstetras - parteras, médicas y médicos legistas, médicas y médicos epidemiólogos, psicólogas y psicólogos, licenciadas y licenciados en Trabajo Social.

Iniciativas Sanitarias ha logrado una alianza inter-institucional con la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, el Sindicato Médico del Uruguay, la Sociedad Ginecotológica del Uruguay y la Asociación Obstétrica del Uruguay. Dicha alianza interactúa de manera dinámica y con intención articuladora con la sociedad civil organizada en defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Iniciativas Sanitarias busca promover el desarrollo teórico y la concreción en la práctica de los derechos sexuales y reproductivos en las mujeres, los hombres y la comunidad, como derechos

Normativa de Atención Sanitaria

Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo

En el contexto de la atención materno infantil la normativa «**Asesoramiento para una Maternidad Segura**» tiene como objetivo actualizar de manera permanente el conocimiento de la realidad epidemiológica nacional y enfatizar aquellas medidas destinadas a optimizar la atención específica.

Valorando el problema emergente de la mortalidad por aborto provocado en condiciones de riesgo, en la actual coyuntura epidemiológica de Uruguay y dentro de la **Norma de Atención Materno Infantil** actualmente vigente, el **Asesoramiento para una Maternidad Segura** se dirige a normatizar la atención médica e institucional en el caso de que exista la intención de someterse, o la concreción de un aborto provocado, máxime si éste se realiza en condiciones de riesgo. El conjunto de esta normativa se denomina: **Medidas de Protección Materna frente al Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo**.

Se describen a continuación los aspectos que comprenden la normativa. La estrategia que orienta esta normativa es la reducción de riesgos y daños dentro del marco legal vigente, por lo tanto el fundamento de la normativa es incluir en el marco del sistema sanitario a aquellas usuarias que tienen mayor riesgo (al ser excluidas) de sufrir complicaciones graves y/o la muerte.

Objetivos específicos

1. Generar una instancia médica y micro– social de diagnóstico, asesoramiento y apoyo a las usuarias del sistema de salud, para que estas cuenten con toda la información para la toma de decisiones responsables. La acción médica tenderá a disminuir la incidencia de abortos provocados siempre respetando la decisión informada de la usuaria.
2. En los casos en que la usuaria tome la decisión de realizarse un aborto, se desarrollarán las medidas que posibiliten un seguimiento y que procuren disminuir las complicaciones inmediatas que son el preámbulo de las complicaciones mayores y de la muerte.

Generalidades

1. El aborto provocado no será promovido como método anticonceptivo. En la relación médico paciente se respetará la decisión informada de la usuaria, independientemente que como criterio epidemiológico poblacional se desalentará la práctica del aborto provocado. En este sentido, se debe informar de los riesgos médicos y también legales existentes dada la condición actual de ilegalidad que la realización del aborto provocado tiene en nuestro país.
2. El aborto provocado es hoy la principal causa de muerte materna en nuestro país por lo que se debe tomar la iniciativa para prevenir el daño provocado por esta práctica. En este sentido el aborto como práctica ilegal no puede ser abordado por el médico, ni por el equipo de salud, ni por el sistema sanitario. Pero este hecho ilegal tiene un antes (desde la consideración de la posibilidad de recurrir a la práctica del aborto hasta la concreción del hecho) y un después (desde la realización del aborto provocado hasta la rehabilitación completa de la mujer en los aspectos bio–micro– sociales). El centro de la normativa **Medidas de Protección Materna frente al Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo** es desarrollar medidas sanitarias tendientes a disminuir el daño provocado por el aborto provocado, antes y después de su realización.
3. Para su aplicación el Ministerio de Salud Pública ha conformado una comisión con la finalidad de elaborar y difundir el Marco Normativo que incluya la atención integral mediante control y asesoramiento obstétrico independientemente de la intención y/o concreción de un aborto provocado. Este Marco cumple con los requerimientos bioéticos y médico legales exigidos a los profesionales de la salud en nuestro país.
4. Para su aplicación, la normativa requiere cambios de conductas, tanto en el equipo de salud como en la paciente – usuaria del servicio.
 - A nivel del equipo de salud hace falta una formación específica de los recursos humanos, difusión y precisión en la normativa a aplicar desde el punto de vista técnico y descentralización para una atención oportuna.

- A nivel de la potencial usuaria hace falta la difusión de esta normativa en la población y de planes de educación para la salud, además de generar confianza en el equipo de salud para promover una consulta precoz.
- 5. Para operativizar esta normativa se requiere la conformación de un equipo multidisciplinario constituido por Ginecotólogo, Obstetra–Partera, Especialista en Salud Mental, Asistente Social, Médico Legista, Sociólogo entre otros.
- 6. El conjunto de esta normativa se basa en generar un servicio accesible a toda mujer en todo momento y en todo el país. En este sentido el concepto principal es la atención de calidad y con total accesibilidad, buscando condiciones para una consulta precoz.
- 7. El equipo de salud y específicamente el médico Ginecotólogo tiene la obligación de bregar por la salud de la paciente. Es así que se deberá informar asesorando desde el punto de vista médico y también legal, a toda paciente que exprese su voluntad de interrumpir el embarazo.
- 8. Se deben plantear, proponer y buscar alternativas a la realización del aborto provocado.
- 9. Para asesorar correctamente se debe partir de un correcto diagnóstico de la situación del embarazo y de la salud materna. El mismo deberá ser realizado por el médico Ginecotólogo como corresponde a un primer control de embarazo normal.
- 10. En ningún caso, fuera de las excepciones establecidas en la ley, se podrá asesorar sobre un lugar o profesional específico donde realizarse el aborto.
- 11. En los casos contemplados por la ley, el procedimiento deberá ser desarrollado en una institución capacitada para hacerlo y aprobada por la usuaria. La imposibilidad de cumplir con esta disposición ya por objeción de conciencia del profesional, ya por incapacidad institucional, se deberán analizar desde el ámbito legal.
- 12. Los técnicos se atenderán a las normas éticas y legales que rigen la relación equipo de salud paciente. En función de eso se respetará el principio de confidencialidad sin perjuicio de comunicar al M.S.P., en la forma que indica la ley (antes de las 48 h) y sin revelación del nombre de la paciente) cuando intervengan en el tratamiento de las complicaciones de un aborto provocado (artículo 3, Ley 9.763).

Ordenanza 369 – 04 Ministerio de Salud Pública

VISTO: El marco normativo sobre «Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo», formulado conjuntamente por la Sociedad de Ginecotología del Uruguay, Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina.

RESULTANDO:

- I) Que si bien nuestro país presenta resultados sanitarios aceptables –tanto en el nivel público como privado– en cuanto a la salud materna, las complicaciones derivadas del aborto provocado en condiciones de riesgo hacen que el Uruguay ocupe uno de los primeros lugares en mortalidad materna por complicaciones derivadas del aborto provocado en condiciones de riesgo.
- II) Que la Sociedad de Ginecotología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina, a través de sus técnicos han demostrado preocupación por llevar a la práctica las medidas que oportunamente fueron aprobadas por la Organización Mundial de la Salud y a las cuales adhiere nuestro país, en el área de la Salud Materna, arribando a un documento normativo consensuado.

CONSIDERANDO:

- I) Que el Ministerio de Salud Pública ha adoptado diversas medidas educativas en el marco de la política sanitaria nacional, procurando la prevención del aborto en condiciones de riesgo.
- II) Que no obstante ello, se registra un incremento marcado de la mortalidad por dicha causa, particularmente en el sub–sector público por lo que se estima pertinente incrementar la adopción de medidas tendientes a prevenir o minorizar los daños que dichas prácticas provocan, mediante un control y asesoramiento obstétrico independientemente de la intención y/o concreción del aborto provocado, antes y después de su realización.

III) Que en dicho marco se comparten las pautas normativas formuladas por la Sociedad de Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina, por considerar que implican un avance en procurar el desarrollo de medidas sanitarias que cumplan con los requerimientos bioéticos y médico- legales exigidos a los profesionales de la salud en cuanto a la preservación y conservación del embarazo a la vez que procuran la información, prevención y asesoramiento del daño causado por el aborto provocado en condiciones de riesgo.

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto,

El Ministerio de Salud Pública resuelve:

- 1°) Apruébase la normativa formulada en acuerdo por la Sociedad Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina bajo la denominación «Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo», la cual se anexa y forma parte de la presente ordenanza.
- 2°) Créase una Comisión integrada por un representante del Ministerio de Salud Pública, que la presidirá, un representante de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, un representante de la Sociedad de Ginecología del Uruguay, un representante del Sindicato Médico del Uruguay y un representante de la Facultad de Medicina, con el cometido de elaborar el plan que ponga en práctica la normativa aprobada.
- 3°) Establécese que la Comisión queda facultada a nombrar otros integrantes de la sociedad civil.
- 4°) Remítase Oficio a la Sociedad de Ginecología del Uruguay, Sindicato Médico del Uruguay y Facultad de Medicina, solicitando la designación de sus representantes.

Montevideo 6 de agosto del año 2004.
Dr. Conrado Bonilla. Ministro de Salud Pública

Normativa de Atención Sanitaria.

Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo

Consulta inicial (consulta pre-aborto)

Objetivo:

1. Preservar y controlar el embarazo.
2. Informar, prevenir y asesorar sobre riesgo y daño.
3. Analizar las causas que promueven a la usuaria a plantearse la decisión de someterse un aborto provocado.

Características de la consulta:

1. Información sobre las características y connotaciones del aborto provocado en condiciones de riesgo, enfatizando los riesgos inherentes a esta práctica en la situación sanitaria actual de nuestro país.
2. Desestimular la práctica del aborto como método sucedáneo de los métodos anticonceptivos. Desde este momento y en el contexto de esta situación crítica siempre se deberá realizar educación sobre los métodos anticonceptivos y sobre la manera de acceder a ellos.
Ofrecer a la usuaria tiempos e instancias de reflexión para valorar y rever la decisión de interrumpir el embarazo.
Proporcionar información confiable sobre alternativas al aborto provocado como por ejemplo dar su hijo en adopción por ejemplo.
3. En este sentido es clave el desarrollo de formación continua del equipo multidisciplinario para abordar con eficacia y eficiencia esta tarea.
4. El equipo de salud multidisciplinario deberá ofrecer un apoyo social y un apoyo psicológico a las pacientes que manifiesten su voluntad de interrumpir el embarazo con el objetivo de garantizarles que cuenten con toda la información para la toma de resolución consciente y responsable.
5. Estudiar epidemiológicamente las causas que motivan a la realización del aborto provocado.

6. Se deberá realizar una evaluación clínica y paraclínica completa que incluya:

- Examen clínico general en búsqueda específicamente de factores de riesgo que aumenten las posibilidades de complicaciones en caso de realizarse un aborto provocado.
- Análisis paraclínico para descartar patología y sobre todo infecciones de transmisión sexual (I.T.S.) en especial infección por VIH – SIDA, sífilis y hepatitis B.
- Estudio ecográfico para realizar un correcto diagnóstico de edad gestacional y de implantación.
- Análisis morfológico del aparato genital interno para descartar malformaciones (sobre todo uterinas).
- Descartar patología embrio – fetal: embarazo ectópico, huevo anembrionado, huevo muerto y retenido. En este sentido también se debe evaluar y descartar la enfermedad trofoblástica.
- Prestar especial atención a la inmunoprofilaxis si la paciente es Rh (D) negativo.

7. Si el ginecólogo en el marco del equipo de salud, percibe la posibilidad de que la usuaria no modifique su posición inicial de interrumpir su embarazo, le informará y dispondrá los cuidados de protección preaborto que incluye la administración preventiva de antibióticos desde las 24 horas antes del supuesto momento en el cual la paciente podría decidir realizarse el aborto. La antibioticoterapia se prolongará hasta pasado el periodo crítico de los 10 días post aborto.

Consulta post-aborto

Objetivo

1. Detectar precozmente y prevenir las complicaciones.
2. Rehabilitar a la paciente de manera integral.
3. Desarrollar medidas de anticoncepción inmediata.

Características de la consulta

1. Profilaxis de complicaciones inmediatas en particular la infección y la hemorragia.

1.a. Profilaxis de la infección: Se mantendrá tratamiento antibiótico durante 10 días y se controlaran parámetros de infección tanto clínica como paraclínicamente. Se evaluará la vacuidad uterina mediante examen ginecológico y ecográfico.

1.b. Profilaxis de la hemorragia: Se controlará la subinvolución uterina mediante el examen clínico y de ser necesario se administrarán uteroconstrictores como los derivados de la metilergobasina a las dosis habituales.

2. Profilaxis del conflicto Rh (D) Neg. mediante la administración de gammaglobulina anti D en los casos donde este indicado.

3. Soporte emocional y psíquico en lo que concierne a la salud mental por un equipo idóneo.

4. Detección oportuna de complicaciones.

5. Consejo en provisión de anticoncepción inmediata post-aborto.

6. Medidas de educación para la salud en el contexto de planes de maternidad segura, sexualidad libre y responsable, información sobre correcto control ginecológico periódico, realización de colpocitología oncológica y mamografía cuando así esté indicado.

Todo esto busca la prevención y promoción de la salud en la paciente usuaria y en la comunidad que la rodea, haciendo revertir un hecho negativo y pasible de graves complicaciones hacia un hecho positivo para la salud de la usuaria y la comunidad.

7. Se debe realizar un seguimiento reglado de estas pacientes. El mismo incluye una anticoncepción inmediata mediante anticonceptivos orales de altas dosis, con el doble objetivo de regenerar el endometrio y controlar la evolución para pesquisar precozmente complicaciones. El seguimiento se debe desarrollar como mínimo hasta los 3 meses post aborto y se incluirá el aspecto psicológico como parte sustancial del mismo.

humanos básicos. La visión se orienta específicamente al desarrollo de la práctica profesional, ya que se es consciente del potencial rol social de los profesionales de la salud y sus instituciones representativas, en la defensa y promoción de los Derechos Humanos.

Iniciativas Sanitarias intenta contribuir a posicionar el rol del profesional de la salud en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Lo hace basado en tres pilares:

1. La aplicación del saber en base a los principios bioéticos que rigen la práctica profesional. En función de la realidad actual de la salud sexual y reproductiva en el país, subraya especialmente el principio de autonomía, el de no maleficencia y justicia y el deber profesional de guardar la confidencialidad sobre lo atinente a la relación equipo de salud con las/los usuarios.
2. Aportar al desarrollo de políticas de salud basadas en los derechos de las y los usuarios, con enfoque de género, como estrategia para lograr la igualdad desde la equidad.
3. Desarrollar una práctica profesional en y desde la comunidad en base a la vocación, disciplina, competencia y compromiso, lo que se ha dado en llamar valores médicos profesionales.

Iniciativas Sanitarias impulsa desde su organización:

- La optimización de la asistencia sanitaria.
- La investigación clínica aplicada.
- La docencia específica en el ámbito formal de educación médica universitaria y en el ámbito social.

BUSCANDO DISMINUIR LA NECESIDAD DE ABORTOS PROVOCADOS

Estar a favor de la vida implica de manera inequívoca para nosotros, buscar, por todos los medios disponibles, como disminuir la necesidad que las mujeres tienen, en circunstancias tan variadas como complejas, de interrumpir sus embarazos.

Partimos de la base, como profesionales de la salud, que la interrupción de cualquier proceso vital no es un bien en sí mismo y que siempre que se pueda evitar, es importante hacerlo. En este sentido nos alineamos claramente en la no promoción del aborto como método de control de la natalidad. «En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación familiar. Se insta a todos los Gobiernos y a los organismos intergubernamentales pertinentes y a las organizaciones no gubernamentales a incrementar su compromiso con la salud de las mujeres, a ocuparse del impacto que tienen sobre la salud los abortos realizados en condiciones de riesgo como una cuestión prioritaria de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación familiar». ⁷ La pregunta clave es entonces ¿de qué manera se logra el objetivo de disminuir la necesidad de las mujeres de realizarse abortos?

Integrando enfoques

Está bastante claro que el fortalecimiento del abordaje integrador en políticas públicas de salud basadas en los derechos, con enfoque de género, con componentes de educación, anticoncepción y servicios calificados de interrupción legal y segura del embarazo, disminuyen significativamente el dilema al cual se enfrentan las mujeres ante un embarazo no deseado: «la necesidad de un aborto provocado» y las eventuales consecuencias que trae aparejado al realizarlo en condiciones de riesgo. Las evidencias son contundentes (ver capítulo 5: Fundamentos sanitarios) e indican que cuando se descriminaliza la práctica del aborto, se desarrollan políticas adecuadas en anticoncepción y en educación en salud sexual y reproductiva, se disminuye el número total de abortos de manera contundente y se llega a la desaparición de la mortalidad de mujeres por el aborto inseguro.

En este sentido es justo y necesario reconocer que la mujer tiene opciones y derechos que ejercer ante un embarazo no deseado y que los profesionales y los servicios de salud, a la vez que promueven las medidas preventivas que disminuyan la necesidad de abortar, deben asistir de manera humana y con calidad a las mujeres que han resuelto interrumpir el embarazo. Estar entonces «en contra del aborto» implica, desde esta perspectiva, apoyar la descriminalización del aborto y fortalecer la educación en salud sexual y reproductiva y la anticoncepción universal y de calidad. Lo contrario es ignorancia o hipocresía.

Se evaluarán a continuación los contenidos más generales de esta triple estrategia educación, anticoncepción y servicios seguros, con el objetivo de disminuir la necesidad de las mujeres de recurrir al aborto provocado y reducir así los riesgos y daños.

Educación para el ejercicio libre y responsable de la sexualidad

«La educación es un derecho humano y constituye un instrumento indispensable para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz.»¹⁴

La educación en derechos humanos y la educación en derechos humanos de la mujer, su aplicación en la construcción de políticas públicas para erradicar la pobreza y alcanzar la equidad de género, debe ser un objetivo estratégico del Estado. El Estado uruguayo ha adquirido obligaciones en el campo internacional para: alcanzar el desarrollo y erradicar la pobreza; fortalecer la democracia y garantizar y respetar los derechos humanos; mejorar la educación; mejorar la calidad de vida y la condición de la mujer; garantizar la salud materna y la salud del infante; alcanzar la igualdad de género.

En Uruguay se carece de una grilla curricular que aborde integralmente la sexualidad y la reproducción como derecho; la educación que se imparte tiene un enfoque demasiado biologicista y una visión que de hecho no ayuda a promover los cambios. Entre otras cosas, que no deja lugar a la integración de lo sexual como parte sustancial de lo humano.

Hubo muchos intentos infructuosos de incorporar la educación sexual desde la sociedad civil. Una de las causas es que la mayoría de las veces estas iniciativas se posicionan desde fuera de la academia sin desarrollar la necesaria tarea de generar nuevas hegemonías. La presencia de profesionales y académicos sensibles y promotores de estos cambios es entonces una prioridad.

La creación de un entorno educativo y social propicio, en el que se trate en pie de igualdad a mujeres y hombres, a niñas y niños, y se promueva el desarrollo de las capacidades de todas las personas, respetando su libertad de pensamiento, conciencia, religión y creencias, y en el que los recursos educativos promuevan imágenes no estereotipadas de mujeres y hombres, contribuirá eficazmente a eliminar las causas de la discriminación contra las mujeres y las desigualdades entre mujeres y hombres, así como de los diferentes estratos socioeconómicos, para el acceso equitativo a las oportunidades.¹⁴

Anticoncepción para evitar el embarazo no deseado – no aceptado

Las características generales de la anticoncepción deben ser: universal, segura, accesible y con todas las opciones para las y los usuarios, para evitar los embarazos no deseados. La salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de reproducirse, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Una buena salud es indispensable para vivir de manera productiva y satisfactoria y el derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud y en particular, su propia fecundidad, es fundamental para su «empoderamiento» y su autonomía.

Esto lleva implícito el derecho de mujeres y hombres a obtener información y a tener acceso

a unos métodos de planificación familiar de su elección, que sea segura, eficaz, asequible y aceptable, para evitar embarazos no deseados, y a su vez gozar de embarazos y partos sin riesgos, deseados y planificados.² Las relaciones igualitarias entre mujeres y hombres respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, que incluyan el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento mutuo y asumir de forma compartida las responsabilidades del comportamiento sexual y sus consecuencias,² pero somos conscientes de las inequidades en la responsabilidad de practicar sexo seguro para evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual (ITS), la cual generalmente está en manos de las mujeres. La violencia basada en el género es un abuso contra los derechos humanos y uno de los problemas de salud pública más difundidos en el mundo actual.

Acceso seguro al aborto cuando la mujer ha resuelto evitar la muerte y la enfermedad

La educación y la anticoncepción, al disminuir el embarazo no deseado-aceptado, disminuyen los abortos voluntarios, sin embargo, es posible que la descriminalización del aborto lleve a esa dirección también. Además de las evidencias científicas que así lo avalan (ver capítulo 12, *Situación internacional del aborto provocado y de la mortalidad materna*), se constata con claridad que la descriminalización —en la medida que se acompaña de políticas públicas en salud y derechos sexuales y reproductivos— disminuye el número de abortos voluntarios.

Una de las hipótesis puede ser que mientras el aborto está criminalizado, hay espacio para mensajes pseudocientíficos y una manera de ver a veces fundamentalista que tiene, lamentablemente, mucha ascendencia sobre los estados y la comunidad. Por el contrario, en un escenario de aborto no criminalizado no se nos ocurre que alguien dijera que la educación sexual y reproductiva es una educación para el «libertinaje», ni que los condones tienen «orificios por donde pasa el virus del SIDA». En el escenario de servicios legales y seguros de aborto existiría la oportunidad de que todos y todas pusiéramos en un debate común los temas centrales para la disminución de su incidencia, de una buena vez.

Mientras se discuten los cambios: disminuir riesgos y daños, logrando los Objetivos de Desarrollo del Milenio (O.D.M.)

Las O.D.M. constituían una «utopía posible» si y sólo si existe el compromiso desde la comunidad, la sociedad civil, el ámbito político y técnico se podrían alcanzar. En el área de la salud, el objetivo 5 está dedicado a «Mejorar la salud materna». Dentro de este objetivo la meta 6 convoca a «**Reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes**».

Si se logra en Uruguay abatir la muerte materna por aborto provocado en condiciones de riesgo, con el compromiso político y el apoyo necesario, las *Iniciativas Sanitarias* tienen el potencial de contribuir al cumplimiento de los O.D.M.

CRONOLOGÍA DE LAS ISCAPCR (2001 – 2006)

Reseña de la historia institucional de *Iniciativas Sanitarias*, 2001 – 2006

La implementación de la Normativa, mucho antes de que fuera Norma oficial del MSP, va de la mano de la actividad de nuestro grupo, primero llamado «*Iniciativas Médicas contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo*», luego «*Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo*», y hoy finalmente «*Iniciativas Sanitarias*».

Año 2001.

La iniciativa para abordar la situación de aborto de una mujer con embarazo no deseado es aprobada inicialmente por la Sociedad Ginecotológica del Uruguay y presentada públicamente por primera vez el 17 de diciembre del año 2001 en el Anfiteatro «Caldeyro Barcia» del CHPR. Allí se presenta la idea original de reducción de riesgo y daños en el aborto inseguro mediante el concepto de atención «antes» y «después».

Año 2002.

Se consolida la estrategia con apoyos subsecuentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y del Sindicato Médico del Uruguay. La Asociación Obstétrica del Uruguay lo hace en 2005. En marzo de 2002, coincidiendo con el «Día Internacional de la Mujer» se presenta la Normativa «Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo» al Ministerio de Salud para su aprobación. La misma es elaborada por un grupo de ginecotólogos y ginecotólogas y de médico-legistas. La normativa es avalada por la Facultad de Medicina, el Sindicato Médico y la Sociedad Ginecotológica del Uruguay.

Posteriormente se elaboran, en el marco de un equipo multidisciplinario, las guías de práctica clínica. En esta ocasión, por primera vez proponen alianzas entre el grupo de *Iniciativas Sanitarias* y la sociedad civil. En agosto de ese año se publica el libro «*Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*»⁴, con aportes de actores representativos desde los ámbitos académico, social y jurídico.

En septiembre se realiza el primer curso de capacitación para efectores de salud en la normativa de ISCAPCR junto con la sociedad civil y el movimiento de mujeres (Mujer y Salud en Uruguay). Ese mismo año, y aún sin aprobación oficial por parte del Ministerio de Salud se implementan instancias de asesoramiento a usuarias por docentes de la Facultad de Medicina comprometidos con las *Iniciativas Sanitarias*.

Año 2003.

Se presenta la experiencia uruguaya en el ámbito internacional en la Revista y Congreso Mundial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Durante ese año en el CHPR se consolida el grupo de profesionales y se extiende el servicio de asesoramiento.

Año 2004.

Se discute en el parlamento uruguayo la Ley de Salud Sexual y Reproductiva. *Iniciativas Sanitarias* no participó en la elaboración del proyecto de ley aunque fue citado, a través del Sindicato Médico del Uruguay, al ámbito parlamentario donde expresó su apoyo a la estrategia política de despenalización de la práctica del aborto (sin entrar en consideración sobre el tipo de legislación «causales» o «derechos») como única estrategia probada para disminuir el número de abortos provocados y la consecuente morbi-mortalidad materna.

La ley es votada en contra en el senado.

En agosto de 2004, a un mes de la votación negativa en el senado, el Ministerio de Salud Pública, da un paso histórico y decide aprobar las iniciativas y la normativa presentada por nues-

tro grupo en abril de 2002. Se abren así los mecanismos habilitantes para la implementación de la normativa en todo el país.

En septiembre, a través de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay, «*Iniciativas Sanitarias*» se presenta al llamado «*Salvar madres y recién nacidos*» de la FIGO, siendo seleccionada para la ejecución del proyecto «*Iniciativas Sanitarias: Proteger la vida y la salud de las mujeres uruguayas, disminuyendo el aborto provocado en condiciones de riesgo*».¹⁵

Año 2005.

Se lanza la consigna «Mientras discutimos el cambio legal: disminuir los riesgos y los daños»; se denuncia la hipocresía de la comercialización del misoprostol, las desigualdades que genera al acceso según el capital social y económico de las usuarias, y se proponen alternativas a estudiar por la autoridad sanitaria. Estas alternativas tendían a fortalecer y promover la consulta inicial, disminuyendo los riesgos. La propuesta no ha sido considerada por la autoridad sanitaria hasta ahora.

Ese año también se crea una red de alianzas entre profesionales-activistas e investigadores a nivel rioplatense en colaboración con la organización Red Uruguaya de Autonomías (RUDA), denominada Red de prevención y atención regional del aborto de riesgo (RePARAR). *Iniciativas Sanitarias* integra además ese año el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI). En noviembre, *Iniciativas Sanitarias* organiza las primeras Jornadas de Salud Sexual y Reproductiva en el marco del XIV Congreso Uruguayo de Ginecología y Obstetricia.

Año 2006.

Iniciativas Sanitarias se aboca a dos grandes objetivos: (a) en el contexto de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay, a la implementación del proyecto: «*Iniciativas Sanitarias: Proteger la vida y la salud de las mujeres uruguayas, disminuyendo el aborto provocado en condiciones de riesgo*» auspiciado por la FIGO; (b) a la elaboración y difusión de una Normativa con respecto a la atención de los casos de aborto seguro previstos por la ley vigente.

Año 2007.

En el marco de la propuesta conceptual de «Atención integral del embarazo no deseado – no aceptado» se desarrolla la estrategia original de *Iniciativas Sanitarias* de disminución de daño en el aborto inseguro, establecido actualmente en Normativa de Atención Sanitaria (Ordenanza N° 369/2004 del MSP) y aborto por indicación médico-legal. En este marco se gestiona por un lado el proyecto «*Iniciativas sanitarias – proteger la vida y la salud de las mujeres uruguayas disminuyendo el aborto provocado en condiciones de riesgo*», en el marco de la Iniciativa Mundial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia «*Salvar madres y recién nacidos*», a través de la actividad interinstitucional entre la Sociedad Ginecotologica del Uruguay y la Asociación Obstétrica del Uruguay. Este proyecto ha generado una muy amplia alianza entre la academia, la sociedad civil y las agencias internacionales.

De manera complementaria se desarrolla la atención sanitaria en el Hospital de la Mujer, «Dra. Paulina Luisa» del Centro Hospitalario Pereira Rossell, ahora en el marco del Servicio de Salud Sexual y Reproductiva, pionero en nuestro país, generando sinergias en la práctica asistencial desde el personal de Ministerio de Salud Pública y de Facultad de Medicina. Concomitantemente se trabaja en las «*Buenas prácticas en adopción*» junto con los actores profesionales del Hospital de la Mujer con el objetivo de mejorar los mecanismos para asegurar los derechos de la mujer y de los recién nacidos/as.

En el marco del ejercicio de la maternidad sin riesgos innecesarios de enfermedad o muerte, nuestro eje principal es la promoción del parto institucional y con atención personalizada y par-

ticipación del núcleo de pertenencia de la mujer. Así se desarrolla la formación profesional del personal para con la usuaria, la humanización y el respeto por las preferencias, la educación para la mater-paternidad (en un proyecto de Departamento Educacional para la Maternidad y crianza del hijo, a desarrollarse entre IS/ CHPR) y el parto natural institucional, con atención integradora. El derecho a un parto sin dolor y el acceso universal a la analgesia obstétrica es también un elemento clave para todos.

Apoyamos también las iniciativas para la preservación de la función gonadal en las niñas y jóvenes, de ambos sexos, para permitir su potencial reproductivo como un derecho, frente a los tratamientos oncológicos, así como todas las medidas tendientes a democratizar el acceso al tratamiento integral de la infertilidad.

En el marco del derecho al autocontrol de la fertilidad y contestes con la nueva reglamentación vigente acerca del derecho a la esterilización tubaria por la sola decisión de la mujer, tal como lo establece el formulario de consentimiento informado aprobado por la Dirección General de la Salud del M.S.P. en diciembre de 2006, creemos muy importante promover la defensa de este derecho desde el ámbito profesional.

Nuestro equipo ha desarrollado además herramientas de gran impacto y potencial en la educación sexual y reproductiva en el ámbito informático, como el programa «*Con condón*».

En el marco de asegurar una vida sexual libre de violencia, se realizó una primera aproximación a su prevalencia en el Hospital de la Mujer y pensamos profundizar el conocimiento y difusión de este grave problema. *Iniciativas Sanitarias* coordinará regionalmente un estudio multicéntrico internacional sobre los *factores transculturales de la violencia doméstica*.

Nuestro compromiso sigue siendo trabajar para que los profesionales de la salud, nos comprometamos con la defensa y promoción de los Derechos Sexuales y reproductivos como derechos humanos, desde nuestros valores, consolidando el empoderamiento de las mujeres y la democratización de nuestra sociedad.