



Guía de Procedimientos

*para la Atención de Mujeres en situación
de embarazo no planificado*



Agradecimientos

A la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) por su confianza y apoyo en nuestra tarea de prevenir los abortos inseguros.

Al Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI) que también brindó apoyo para la realización de este documento.

A los colegas y amigos uruguayos de Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo, quienes nos motivaron y acompañaron en el proceso de introducción de la temática de reducción de riesgos y daños en nuestro país, con la finalidad de disminuir la mortalidad por aborto inseguro.

Al Dr. Rodolfo Gómez Ponce de León, que siempre ha estado dispuesto a responder nuestras dudas e inquietudes.

A todas aquellas adolescentes y jóvenes que día a día nos demuestran que nuestra tarea impacta favorablemente en el curso de su salud y en el desarrollo de sus proyectos de vida.

Dra. Sandra Vázquez
Directora Ejecutiva de FUSA

Guía de Procedimientos

*para la Atención de Mujeres en situación
de embarazo no planificado*

Coordinación general:

Nina Zamberlin

Equipo de trabajo:

Nina Zamberlin

Sandra Vázquez

Paula Real

Nilda Calandra

Ana Corral

Viviana Medina

Enrique Berner

María Jolly

Eugenia Tarzibachi

Análisis jurídico:

Marcelo Ferrante

Mercedes Cavallo

Marco Cerletti

David Mielnik

Karina Tchrian

Martín Hevia

Maria de las Victorias Martinez

Ernesto Kreplak

Edición y Diseño:

WillayEstudio

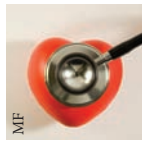
Graciela Gallo / Eugenia Más

Contenidos



PRÓLOGO

6



INTRODUCCIÓN

8



SECCIÓN 1

SITUACIÓN DEL ABORTO EN ARGENTINA

10



SECCIÓN 2

REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS ASOCIADOS
AL ABORTO INSEGURO

14



SECCIÓN 3

ATENCIÓN DE CONSULTAS POR EMBARAZO
NO DESEADO

23



SECCIÓN 4

MISOPROSTOL PARA LA INTERRUPCIÓN
DEL EMBARAZO TEMPRANO

33



SECCIÓN 5

ASPECTOS LEGALES Y JURÍDICOS QUE ATAÑEN
AL EQUIPO DE SALUD QUE PROVEE ATENCIÓN EN
REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS.

40



BIBLIOGRAFÍA

70

PRÓLOGO

En los últimos años he tenido el honor de prologar algunos libros en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva, pero confieso que elaborar el prólogo de esta Guía me resulta muy gratificante por el significado que esta publicación tiene al dirigirse a los/as profesionales de la salud en un afán de orientarlos/as a prestar servicios a mujeres que cursan un embarazo que no ha sido planeado o deseado y así evitar o reducir los riesgos que representa la terminación de ese embarazo mediante un aborto en condiciones inseguras.

Los embarazos no planeados o no deseados ocurren porque las mujeres o las parejas ya tienen el número de hijos que desean, porque existe aún un número importante de mujeres que por diferentes razones no acceden a los métodos de regulación de la fecundidad, porque las relaciones sexuales no han sido voluntarias o porque fallan los anticonceptivos, dado que ninguno de ellos es 100% efectivo. Gran parte de los embarazos no planeados/no deseados terminan en abortos inducidos.

De acuerdo a las cifras de Organización Mundial de la Salud la mitad de los embarazos que anualmente ocurren en el mundo no han sido planeados o no han sido deseados. Las Encuestas de Demografía y Salud realizadas en países de América Latina igualmente revelan que, en promedio, algo más de la mitad de los embarazos en esta región del mundo no han sido planeados o no han sido deseados, particularmente en el grupo de adolescentes. Esta realidad explica que América Latina y el Caribe sea la región en donde se presenta la mayor tasa de abortos inseguros en el mundo, y, consecuencia de ello, el aborto continúa siendo una de las causas más importantes de muerte materna, como es el caso de Argentina.

Saludamos el valioso esfuerzo de FUSA de entregar para uso de los/as profesionales de la salud este interesante documento que tiene el propósito de guiar su conducta en la atención integral de mujeres con un embarazo no planeado/no deseado. FUSA es una institución que se inició en 1990 realizando funciones de asistencia, docencia e investigación relacionadas con la atención integral de adolescentes. Desde el año 2004 FUSA ha venido aplicando el modelo de Iniciativas Sanitarias (Uruguay) para contribuir en la Reducción de Riesgos y Daños derivados de embarazos no planeados/no deseados que terminan como abortos inseguros. Desde el año 2010 FUSA es una institución afiliada a IPPF y actualmente es una organización colaboradora del Ministerio de Salud de Argentina en el área de capacitación.

Esta Guía es un documento muy bien redactado, que en su contenido cuida escrupulosamente el respeto por los derechos humanos y el sustento en evidencias científicas. Está exquisitamente estructurado en cinco secciones:

La **primera sección** presenta el contexto del aborto en Argentina, país como la mayoría de América Latina, que tiene fuertes restricciones para el acceso de las mujeres a la interrupción del embarazo.

La **segunda sección** describe el concepto de Reducción de Riesgos y Daños (RRyD) como una herramienta para la reducción de la morbimortalidad materna a consecuencia del aborto inseguro y discute los principios éticos que orientan la conducta de los/as médicos/as. La estrategia de RRyD cuenta con un fuerte componente educativo dirigido a las usuarias que se brinda sin una valoración moral anticipada acerca de la conducta específica sobre la que se pretende incidir. Esta sección define claramente lo que significa un aborto inseguro y discute el drama del embarazo no deseado que motivó en los médicos uruguayos la decisión de ser parte de su solución con sentido humano y fundamento científico. En esta sección se puede encontrar también el sustento ético y legal para aplicar la estrategia de RRyD que se basa en el derecho a la salud, el respeto por la autonomía de las personas y la confidencialidad, el secreto profesional y el derecho a la información. Junto con la autonomía se destaca el respeto por la no maleficencia, la beneficencia y la justicia.

La **tercera sección** describe los procedimientos para la consulta de RRyD frente a un embarazo no deseado. Empieza con una entrevista inicial, orientación y opciones que tiene la mujer frente al embarazo no deseado, confirmación del embarazo, confección de la historia clínica, examen físico y exámenes complementarios que fueran necesarios. Se enfatiza la necesidad de la consulta de seguimiento, el control post aborto y la entrega de métodos anticonceptivos.

La **cuarta sección** describe la utilización del misoprostol, para lo cual usa los criterios de la OMS y de FLASOG para la interrupción temprana de un embarazo no deseado.

La **quinta sección** discute los aspectos legales y jurídicos que atañen al equipo de salud que provee servicios para la RRyD. Analiza los riesgos jurídicos de la atención y ofrece herramientas para reducirlos o eliminarlos. Para ello presenta una Guía Operativa de gran utilidad. En esta misma sección se hace un desarrollo esquemático de la consulta y se presentan casos hipotéticos de consulta para ilustrar el modo de uso de la Guía Operativa.

La lectura de esta Guía de Procedimientos hará más fácil a los/as profesionales conducir adecuadamente las consultas de mujeres con embarazos no planeados/no deseados que buscan orientación y ayuda, a quienes se les debe entregar una atención humanizada y con respeto a sus derechos. Estamos seguros que los profesionales que consulten este documento sabrán valorar su enorme utilidad y aplicabilidad, que facilita con creces la prestación de sus servicios. Saludamos y felicitamos a FUSA por la edición de esta Guía.

Lima, Perú - Noviembre 2011



Dr. Luis Távara Orozco
Director Ejecutivo
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG)

INTRODUCCIÓN

En Argentina el aborto inseguro constituye un grave problema de salud pública que conlleva riesgos para la salud y la vida de las mujeres.

Partiendo del reconocimiento de que la restricción legal del aborto no lo impide sino que lo vuelve inseguro, especialmente para las mujeres pobres, y en vista de que los tiempos del proceso de reforma legal para la despenalización y legalización del aborto son inciertos, urge la necesidad de intervenir con estrategias de alto impacto para disminuir el aborto de riesgo y sus consecuencias.

El abordaje de Reducción de Riesgos y Daños (RRyD) se aplica a problemas de salud pública generalmente relacionados con comportamientos penalizados por la ley. Aplicado a la prevención del aborto inseguro este modelo implica la oferta de información sobre los métodos de interrupción del embarazo más seguros como el misoprostol, apoyándose en el derecho a la información legal y no reservada y en el deber de confidencialidad de los equipos de salud. Esto se realiza en el marco de la consejería integral en salud sexual y reproductiva que incluye la orientación en opciones frente a un embarazo no deseado, en la que se brinda a la mujer un espacio de escucha, acompañamiento y oferta de información antes y después de la interrupción de la gestación, si esa es su decisión. La asesoría en RRyD se inscribe dentro del modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva que incluye prestaciones de carácter educativo-promocional, atención del embarazo, prevención de ITS y VIH, anticoncepción, y atención pre y post aborto, entre otras.

Desde 1990 FUSA trabaja en asistencia, docencia e investigación relacionadas con la atención integral de salud de adolescentes, incluyendo el diseño y puesta en marcha de dispositivos específicos de trabajo en salud sexual y reproductiva¹. Gran parte de sus actividades se han realizado y se realizan actualmente en el Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, donde se atienden 15.000 consultas anuales de personas de entre 10 y 20 años, de las cuales aproximadamente tres cuartos corresponden a mujeres.

En 2010 FUSA se constituyó como Asociación Miembro de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y se encuentra actualmente en proceso de instalar un centro de atención de adolescentes en un espacio no gubernamental.

FUSA es hoy referente a nivel local, nacional y regional en la atención integral de la salud sexual y reproductiva de adolescentes. Desde el año 2004, tomando como ejemplo la experiencia del grupo uruguayo Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo, FUSA comenzó a trabajar en el modelo de Reducción de Riesgos y Daños con el objetivo de disminuir las consecuencias negativas del aborto inseguro.

1. En el 2009 FUSA publicó con el apoyo de IPPF una guía para el funcionamiento de servicios amigables para la atención integral de la salud de adolescentes basada en la integralidad, la interdisciplina y los principios éticos, con una mirada particular sobre los aspectos de salud sexual y reproductiva. Por otro lado, en el marco del "III Concurso de Buenas Prácticas que incorporan la perspectiva de igualdad de género en salud de adolescentes y jóvenes" de la Organización Panamericana de la Salud, FUSA resultó ganadora del premio a las mejores prácticas del año 2010 por el trabajo "Atención Integral de la Salud en la Adolescencia. Reducción de Riesgos y Daños en Salud Reproductiva con Igualdad de Género y Promoción de Derechos". El premio permitió a FUSA publicar la experiencia de implementación del modelo de RRyD en un documento realizado con la OPS.

Desde el 2009, con apoyo de IPPF, FUSA desarrolla una línea de trabajo en consejería integral en salud sexual y reproductiva orientada a sistematizar y fortalecer la provisión directa de servicios de RRYD en el Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich, y a capacitar otros efectores de la red pública de salud. Asimismo, FUSA ha sido convocada por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) del Ministerio de Salud de la Nación como organización colaboradora para la capacitación de efectores de distintas partes del país en el modelo de reducción de riesgos y daños.

Dentro de esta línea de trabajo se incluyó también un análisis jurídico del modelo de RRYD desde el punto de vista penal, administrativo y laboral con el objetivo de ofrecer seguridad a los equipos de salud acerca de los aspectos legales relevantes.

Este documento constituye una guía básica para promover la atención calificada y jurídicamente evaluada a las mujeres que se encuentran cursando un embarazo no planificado. Su elaboración fue posible gracias al apoyo de la IPPF y del Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI).

El documento está organizado en cinco secciones:

1. La **introducción** presenta el contexto del aborto en Argentina incluyendo el marco legal y la situación epidemiológica.
2. La **segunda parte** desarrolla el concepto de RRYD como una herramienta de alto impacto para la disminución de la morbilidad materna por aborto inseguro. Se describen también los principios éticos que apoyan el modelo de atención propuesto.
3. La **tercera parte** incluye la guía de procedimientos para la atención en la consulta de RRYD desarrollada por etapas (entrevista inicial, confección de historia clínica, examen físico, consulta de seguimiento y anticoncepción postaborto).
4. La **cuarta parte** describe la utilización del misoprostol para la interrupción del embarazo temprano según las pautas desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG) en base a la evidencia científica internacional.
5. La **quinta sección** aborda los aspectos legales y jurídicos que atañen al equipo de salud que provee atención en RRYD. Se trata de una Guía Operativa pensada como una herramienta para profesionales de salud que propone un estándar de razonamiento flexible y personalizado, antes que un estándar de acción rígido. La idea es que los profesionales puedan saber en cada momento de la consulta cuáles son las implicancias jurídicas, para que de esa manera ajusten su comportamiento según las necesidades y posibilidades de cada caso en particular. Esta sección, a su vez, desarrolla esquemáticamente un modelo de consulta y concluye con un conjunto de consultas hipotéticas presentadas en forma de guión.

1. SITUACIÓN DEL ABORTO EN ARGENTINA



Situación legal

Al igual que en la mayoría los países de América latina, el aborto en la Argentina está legalmente restringido. El Código Penal lo tipifica como un delito contra la vida y la persona, y lo sanciona con prisión para quien lo efectúa y para la mujer que se lo causara o consintiera. Sin embargo, el artículo 86 establece causales específicas de despenalización que incluyen:

1) si el aborto “se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”.

2) “si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para realizar el aborto”.

A la luz de los derechos garantizados en el sistema constitucional argentino, del artículo 86 del Código Penal se desprenden cuatro situaciones en las que el aborto no es delito (Ministerio de Salud, 2010):

a. si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para **la vida** de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.

b. si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para **la salud** de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.

c. si el embarazo proviene de una **violación**.

d. si el embarazo proviene de un **atentado al pudor** sobre mujer idiota o demente.

Esta interpretación de artículo 86 está plasmada en la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos no Punibles del Ministerio de Salud de la Nación, y es fundamento también de leyes y normativas de distintas jurisdicciones del país.

A pesar de que el artículo 86 del Código Penal existe desde hace más de 90 años, los abortos permitidos son todavía inaccesibles para muchas mujeres. La distancia entre la legislación y la posibilidad real del ejercicio del derecho al aborto no punible por parte de las mujeres, es enorme. Como describen Bergallo y Ramón Michel (2009), en la práctica prevalece una interpretación restrictiva del artículo 86 basada en tres puntos críticos:

1) El cuestionamiento de su constitucionalidad en relación Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica). La expresión contenida en el artículo 4 de dicha Convención establece que el derecho a la vida “estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción”. La frase “en general” se incluyó con la finalidad de permitir la ratificación de Estados que, como la Argentina, contemplan en sus legislaciones situaciones en las que el aborto no está penalizado. En este sentido cabe recordar que el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha manifestado su preocupación acerca de que “la criminalización del aborto disuade a los médicos de aplicar este procedimiento sin mandato judicial incluso cuando la ley se lo permite” y ha recomendado al Estado Argentino que “en

los casos en que se pueda practicar legalmente el aborto, se deben suprimir todos los obstáculos a su obtención”²

2) La interpretación acotada del peligro para la salud que se restringe únicamente a la salud física y al riesgo grave. Esta interpretación desconoce la conceptualización de la salud en un sentido integral y bio-psico-social tal como la define la Organización Mundial de la Salud y como la entiende la mayoría de los tribunales.

3) La interpretación errónea del inciso 2 del artículo 86 que entiende que la permisión aplica exclusivamente a mujeres con una discapacidad mental. Esta interpretación restrictiva carece de sustento y resulta incompatible con nuestra Constitución ya que sería discriminatoria y fundada en razones eugenésicas. Asimismo, nuestro sistema institucional no exige a los ciudadanos deberes heroicos como sería la obligación de llevar a término un embarazo impuesto violentamente.

> Las acciones de la sociedad civil

En 2005 se puso en marcha la Campaña Nacional por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito impulsada por cerca de 300 organizaciones de todo el país. Las actividades de incidencia y el compromiso adoptado por algunos/as legisladores/as resultaron en el logro, en mayo de 2010, del estado parlamentario del proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo promovido por la Campaña. Este proyecto dispone que toda mujer tiene derecho a decidir sobre la interrupción voluntaria de su embarazo durante las primeras doce semanas, y más allá de ese plazo cuando exista un riesgo para la vida o la salud de la mujer, cuando el producto de la gestación sufra una patología incompatible con la vida extrauterina o cuando el embarazo provenga de una violación³. El proyecto se encuentra actualmente en estudio por la Comisión de Legislación Penal de la Cámara de Diputados.

> Situación epidemiológica

El único dato disponible que permite hacer una estimación de la magnitud del aborto en la Argentina es el de egresos hospitalarios de instituciones públicas por diagnóstico de aborto.

La información proveniente del Sistema Nacional de Estadísticas en Salud indica que en el 2007 ocurrieron 59.334 hospitalizaciones por complicaciones de aborto en los establecimientos públicos del país, representando 2 de cada 10 egresos obstétricos y la segunda causa de estos egresos luego del parto.

La información sobre egresos hospitalarios por aborto presenta algunas limitaciones ya que refleja únicamente el subsector público y no incluye las atenciones por guardia, que, considerando la creciente utilización del misoprostol para la interrupción del embarazo y la resolución de las consultas de aborto incompleto sin internación, implicaría un subregistro de la cantidad de mujeres que consultan el sistema de salud luego de un aborto. Otras limi-

2. *Comité de Derechos Humanos, “Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos: Argentina. 03/11/2000”, CCPR/CO/70/ARG, 3 de noviembre de 2000, pár. 14.*

3. <http://abortolegalseguroygratiso.blogspot.com/2010/03/proyecto-de-ley-de-interrupcion.html>

taciones se originan en la falta de reporte de la información de egresos por parte de algunas provincias (Salta en 2005, Tucumán en 2005 y 2006, y Entre Ríos en 2006 y 2007), o por el reporte parcial o deficiente en muchas jurisdicciones.

Según una estimación realizada por las investigadoras Silvia Mario y Alejandra Pantelides a solicitud del Ministerio de Salud de la Nación, en la Argentina se realizan alrededor de 450.000 abortos al año⁴, lo que significa más de un aborto por cada dos nacimientos ó 0,64 abortos por cada nacimiento (CEDES, 2007).

En Argentina mueren alrededor de 100 mujeres por año por abortos inseguros desde hace 20 años, siendo ésta la primera causa de muerte materna en muchas provincias. Dada la ilegalidad del aborto y la sanción social que conlleva, muchas mujeres recurren a procedimientos inseguros que ponen en riesgo su salud y su vida, y enfrentan usualmente barreras que demoran la búsqueda de atención médica oportuna, incluyendo, la incapacidad o falta de disposición de los servicios de salud para dar una respuesta apropiada y efectiva a las mujeres que acuden a ellos (Ramos et al, 2004).

El riesgo de la práctica clandestina del aborto depende fuertemente de la capacidad de pago de la mujer. Los sectores medios y altos acceden a abortos clandestinos realizados por médicos en consultorios o clínicas privadas, donde se cuenta con los medios necesarios para garantizar su asepsia y seguridad (ecografía, quirófano, material descartable, anestesiólogo). Las mujeres de sectores pobres recurren con frecuencia a prácticas riesgosas, como la introducción de sondas o tallos de perejil, prácticas de personas no idóneas, o a la ingesta/aplicación de diferentes sustancias.

Al igual que en otros países de la región, la práctica del aborto ha variado en los últimos años a partir de la utilización del misoprostol. El aborto temprano con misoprostol tiene un efecto similar al aborto espontáneo, implica un procedimiento menos intervencionista sobre el cuerpo de la mujer y le permite mayor privacidad. En muchos casos es también más accesible económicamente que los métodos que requieren la intervención de un tercero (IPAS - CLACAI, 2010).

Asimismo, existe evidencia que demuestra que el aborto con medicamentos ha contribuido a disminuir las complicaciones de los abortos inseguros (Miller et al, 2005; Faundes, 1996; Sherris et al, 2005; Harper et al, 2007). No obstante, su utilización incorrecta, como el empleo de altas dosis en embarazos avanzados, puede generar graves consecuencias.

La información sobre el misoprostol se ha difundido principalmente de boca en boca. Las farmacias suelen ser los sitios de abastecimiento de la droga y obtención de información para su uso, a pesar de que la normativa exige la venta bajo receta archivada. Los proveedores de circuitos informales ligados al mercado negro y los sitios de Internet también han sido reportados como fuentes de información y acceso al aborto con medicamentos (Zamberlin y Gianni, 2006; Vázquez y Gutiérrez, 2008).

Las mujeres que utilizan el misoprostol no siempre reciben instrucciones precisas para su uso efectivo y seguro. Es necesario difundir información sobre las indicaciones de uso, los síntomas y efectos secundarios, así como la detección oportuna de complicaciones durante el proceso de aborto.

4. Valor promedio dentro del rango estimado de entre 372.000 y 522.000.

2. REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS ASOCIADOS AL ABORTO INSEGURO



La interrupción del embarazo es una práctica ancestral que ha existido siempre independientemente de la sanción social, moral o legal. Las cifras de mortalidad y morbilidad asociadas al aborto inseguro demuestran de manera dramática y contundente que la prohibición legal del aborto no lo previene sino que lo vuelve riesgoso, especialmente para las mujeres más pobres. La desesperación frente a un embarazo no deseado puede conducir a conductas de alto riesgo que provocan sufrimiento y daños así como la muerte de mujeres en todo el mundo (Grimes, 2006).

Según las últimas estimaciones de la OMS, anualmente ocurren 42 millones de abortos inducidos en todo el mundo; 22 millones son procedimientos seguros y 20 millones inseguros, 97% de estos últimos tiene lugar en países en desarrollo. Como consecuencia de los abortos inseguros fallecen 47.000 mujeres cada año en todo el mundo, lo que representa el 13% del total de muertes maternas, y millones de mujeres sufren complicaciones y secuelas de distinta gravedad (WHO, 2011).



EN AMÉRICA LATINA LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR ABORTO INSEGURO ES UNO DE LOS MAYORES PROBLEMAS DE SALUD QUE AFECTAN A LAS MUJERES.

Anualmente en la región ocurren:

● **Incidencia**

- 4.230.000 abortos inseguros
- 31 abortos inseguros x 1000 mujeres de 15 a 44 años
- 40 abortos inseguros x 100 nacidos vivos

● **Mortalidad**

- 1100 muertes maternas por aborto inseguro
- 10 muertes por aborto x 100.000 nacidos vivos
- 13% del total de muertes maternas son por aborto inseguro
- 30 muertes x c/100.000 abortos inseguros

● **Morbilidad**

- 1 millón de hospitalizaciones por complicaciones de abortos inseguros

WHO, Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6th ed, 2011.

La Organización Mundial de la Salud define como aborto inseguro “un procedimiento para finalizar un embarazo no planeado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar sanitario mínimo o ambos”. Por el contrario, cuando el aborto es llevado a cabo por profesionales de la salud capacitados con equipo apropiado, una técnica adecuada y estándares sanitarios, es uno de los procedimientos médicos de menor riesgo. En países donde las mujeres tienen acceso a servicios seguros, la probabilidad de muerte es de 1 cada 100.000 procedimientos. En Estados Unidos, por ejemplo, la tasa de muerte por aborto inducido es de 0.6 por 100.000 procedimientos, lo que lo hace un procedimiento más seguro que una inyección de penicilina (WHO, 2011).

En una publicación reciente, la OMS identifica ciertas características de un aborto inseguro que tienen que ver con circunstancias inapropiadas antes, durante y después de un aborto. Entre éstas se incluye la falta de consejería pre-aborto y la información incorrecta sobre aborto con medicamentos (WHO, 2011).

LAS CARACTERÍSTICAS DE UN ABORTO INSEGURO TIENEN QUE VER CON **CIRCUNSTANCIAS INAPROPIADAS ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE UN ABORTO.**

- **Falta de consejería pre-aborto**
- El aborto es inducido por personal no capacitado, en condiciones no higiénicas o por personal de salud fuera de una institución de salud.
- El aborto es provocado por medio de la inserción de un objeto dentro del útero por la misma mujer o por otra persona, o por medio de masajes abdominales violentos.
- **Se indica incorrectamente un aborto con medicamentos, o la medicación es provista por personal de farmacia sin información (o con información incorrecta) sobre modalidad de uso y sin seguimiento.**
- El aborto es autoinducido por medio de la ingesta de medicamentos tradicionales o sustancias tóxicas.

Otras características del aborto inseguro incluyen:

- Falta de intervención médica inmediata en caso de hemorragia severa u otra emergencia durante el procedimiento.
- Falta de provisión de control y cuidados postaborto, incluyendo consejería en anticoncepción para prevenir la repitencia del aborto.
- Negación o resistencia de la mujer a buscar atención médica en caso de complicaciones debido a la restricción legal del aborto, y a aspectos sociales y culturales vinculados al aborto inducido.

WHO, Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008 (Sixth edition), 2011.

En los contextos legales restrictivos como la Argentina, históricamente los servicios de salud han sido expulsivos y castigadores con las mujeres que expresan su voluntad de no proseguir con un embarazo no planificado, dejando que la mujer resuelva su situación sola. “Ya no se puede hacer nada”, “ya es tarde” o “lo hubieras pensado antes” han sido las respuestas típicas de los profesionales de la salud ante estas situaciones. Así, la clandestinidad, la falta de información, y la carencia de espacios de acompañamiento y contención se combinan para conformar riesgos que serán diferentes según los recursos cognitivos, sociales y materiales de cada mujer.

Históricamente también, los servicios de salud han recibido mujeres que presentan complicaciones después de practicarse abortos en condiciones inseguras. Seguramente no existe un solo profesional del campo de la tocoginecología que no haya visto cómo el aborto inseguro daña la salud de las mujeres, y en muchos casos les cuesta la vida. Secuelas, sufrimiento y muertes prevenibles e injustas que nos conmueven, frustran e indignan.

En otras palabras, los servicios de salud tradicionalmente han rechazado a las mujeres con embarazo no deseado y las han atendido en guardias de emergencia después de un aborto, muchas veces cuando ya era tarde. Frente a esta dramática realidad, profesionales comprometidos con la salud de las mujeres comenzaron a percibir que tienen en sus manos la posibilidad de incidir para evitar o minimizar los daños de un aborto inseguro.

En la última década comenzó a debatirse el rol de los equipos de salud en la prevención de los abortos inseguros y sus consecuencias. Un grupo de profesionales uruguayos fue pionero en adoptar una postura activa para aplicar el concepto de RRYD a la problemática del aborto y “dejar de ser parte del problema para ser parte de la solución”. Las voluntades individuales de profesionales del Centro Hospitalario Pereira Rossell condujeron a la conformación de “Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo” (ISCAPCR) con el objetivo de disminuir la posibilidad de que las mujeres que deciden interrumpir un embarazo lo hagan en condiciones de riesgo. Comprometidos con la salud de las mujeres, estos profesionales fueron capaces de reconocer que, aún en contextos legales restrictivos, existe un margen de acción para que los equipos de salud intervengan en la prevención de abortos inseguros a partir de la oferta de información y la disponibilidad de espacios dispuestos a escuchar, contener y acompañar a las mujeres respetando sus decisiones autónomas. Así lo entendieron también las autoridades sanitarias que, a través de la ordenanza 369/2004 “*Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*”, establecieron la consulta preaborto dentro de la política sanitaria nacional.⁵ Esta estrategia probó ser altamente efectiva para reducir la mortalidad materna en Uruguay y en 2008 se incluyó en la nueva Ley de Salud Sexual y Reproductiva (Nº 18.426)⁶. De esta forma, brindar asesoramiento integral a las mujeres que cursan un embarazo no deseado/no aceptado es obligatorio en Uruguay (Briozzo et al., 2006).

5. Esta normativa fue producto del trabajo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de la Sociedad de Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina liderados por el grupo Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo.

6. Uruguay. Ley 18.426 Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Dic. 2008. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>

SECCIÓN 2 · REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS ASOCIADOS AL ABORTO INSEGURO

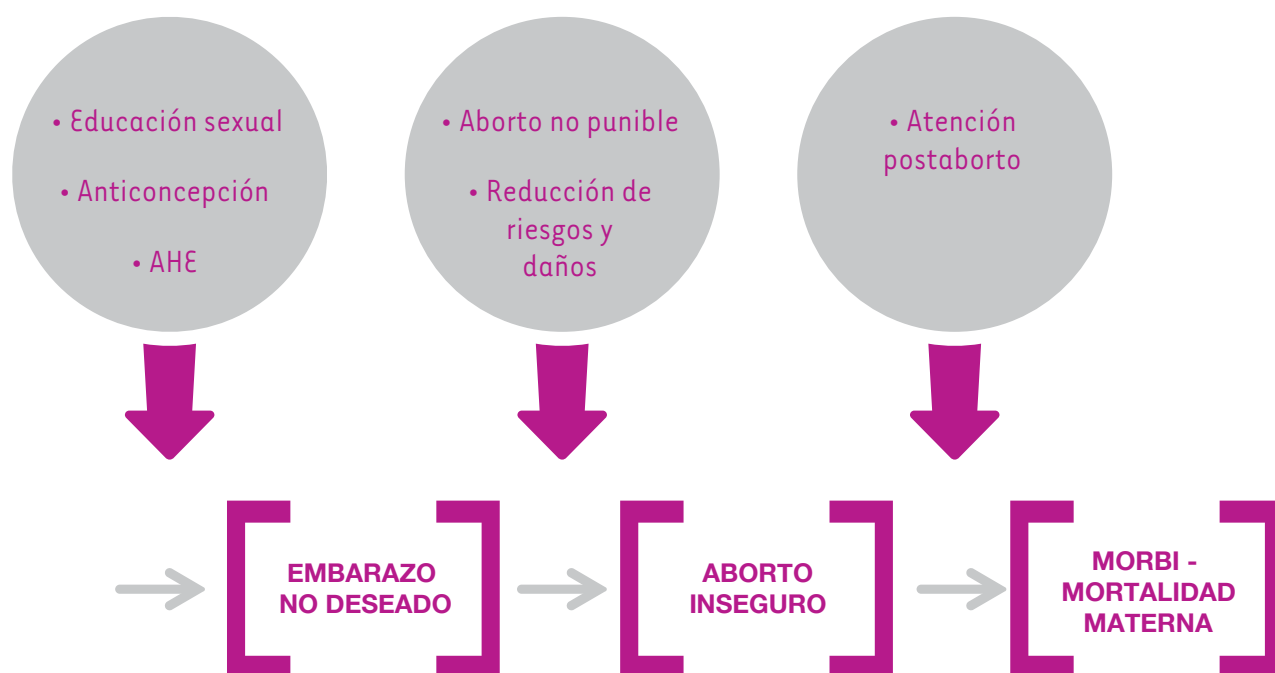
El concepto de reducción de riesgos y daños apunta a disminuir las consecuencias negativas de una práctica que implica riesgos. No se centra en erradicar la conducta de riesgo, sino que presenta alternativas para “convivir” con ésta de la forma menos riesgosa y dañina posible. Las acciones educativas y socio sanitarias que se engloban bajo los programas de RRYD se realizan sin valoración moral previa acerca de la conducta específica sobre la que se pretende incidir (Vidiella, 2007).

Un ejemplo de RRYD, tal vez el más conocido, es la entrega de material descartable a usuarios de drogas inyectables para contribuir a prevenir la transmisión del VIH. Este es un elemento más de los varios que conforman el abordaje preventivo y no busca reemplazar los servicios dirigidos a desalentar el consumo sino más bien complementarlos. La experiencia internacional indica que los programas de intercambio de jeringas son eficaces para reducir la transmisión del VIH así como del virus de la Hepatitis B y C, motivan el ingreso al tratamiento de rehabilitación y no promueven el consumo de drogas.

El concepto de RRYD se aplica también en el campo de la salud sexual y reproductiva, específicamente en lo que se refiere a minimizar las consecuencias negativas del aborto inseguro en contextos legales restrictivos. Concretamente se trata de desalentar las maniobras riesgosas e informar sobre los métodos más seguros de interrupción del embarazo.

El abordaje de RRYD no fomenta la práctica del aborto ya que reconoce el riesgo involucrado y las consecuencias negativas que se derivan de éste en los contextos de ilegalidad. Se inscribe dentro del conjunto de elementos que conforman el abordaje preventivo y que se complementan entre sí. A la vez que se actúa en la prevención del embarazo no deseado, se actúa también en las situaciones en las que éste es un hecho concreto.

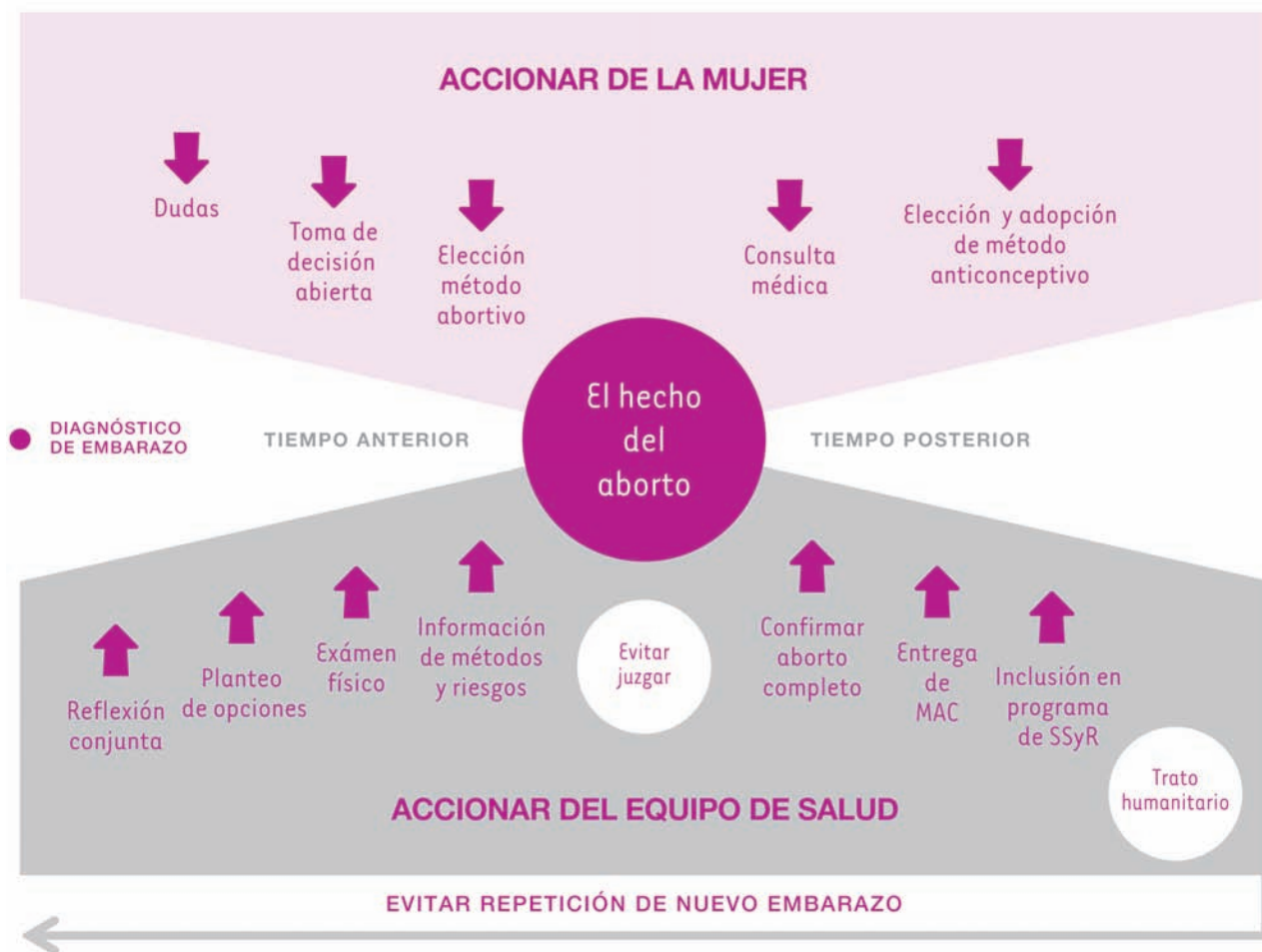
ABORDAJE INTEGRAL PARA EVITAR EL ABORTO INSEGURO Y SUS CONSECUENCIAS



La estrategia de RRYD implica incluir a la mujer en situación de embarazo no deseado en el sistema de salud, abrirlle las puertas, escucharla, cuidarla y no dejarla sola. Un elemento fundamental es aceptar y respetar la decisión de la mujer, por más que el profesional no la comparta. El equipo de salud no tiene ninguna participación directa o indirecta en la decisión de la mujer ni en el hecho puntual de la inducción de la interrupción del embarazo. No se indica, favorece o recomienda ninguna conducta.

Esta “ventana de oportunidad” para intervenir desde el sistema de salud se basa en la visión del aborto como un proceso que tiene un antes y un después del momento en el que tiene lugar la inducción de la interrupción del embarazo. El momento del aborto propiamente dicho será por fuera del sistema de salud, pero el tiempo antes y después es clave para determinar las consecuencias que el aborto puede causar en la mujer y es allí donde el equipo de salud tiene un rol fundamental.

RECORRIDO PRE Y POST ABORTO



LA ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS IMPLICA INCLUIR A LA MUJER EN SITUACIÓN DE EMBARAZO NO DESEADO EN EL SISTEMA DE SALUD, ABRIRLE LAS PUERTAS, ESCUCHARLA, CUIDARLA Y NO DEJARLA SOLA.

Este abordaje implica una redefinición del rol del equipo de salud y una transformación en su relación con las usuarias que se basa en la inclusión, la integralidad, la calidad de la atención, la confidencialidad y el respeto por la autonomía. Dicho de otra forma, se trata de abandonar la postura de rechazo y condena o el “querer ayudar pero no poder” y adoptar una postura anclada en la responsabilidad y el deber del equipo de salud de actuar para prevenir el daño.

El aborto como hecho sanitario puede y debe ser atendido por el sistema de salud, incorporándose a las prestaciones hasta donde sea posible, apuntando siempre a salvaguardar el bienestar de la mujer por encima de cualquier otra consideración. Una mujer con un embarazo no deseado tiene derechos, entre ellos el derecho a la salud y a la atención médica (Briozzo et al., 2007).

➤ Sustento ético-legal

El modelo de RRyD tiene un sólido sustento ético y legal basado en el derecho a la salud, el derecho a la autonomía de las personas, el derecho a la confidencialidad y al secreto profesional, y el derecho a la información (científicamente respaldada y de dominio público). Se enmarca en los principios éticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

El principio de **autonomía** implica el reconocimiento de que cada individuo es dueño de sus propias acciones y decisiones; se refiere a la obligación del equipo de salud de generar condiciones que promuevan las decisiones autónomas, brindando información completa, clara, oportuna y veraz.

En relación a la **no maleficencia**, las normas del ejercicio de la medicina refieren que el médico no debe hacer daño a su paciente. No sólo no se debe perjudicar al paciente intencionalmente, sino que no se lo debe exponer a riesgos innecesarios. Por ejemplo, si a una adolescente por razón de su edad se le niega atención en anticoncepción o no se le hace entrega de anticoncepción de emergencia no sólo se la está exponiendo a un riesgo innecesario sino que también se está violando la ley; o si se deja ir a una mujer que manifiesta su firme

intención de interrumpir un embarazo sin ofrecerle consejería en RRyD, se lo está haciendo a sabiendas de que entrará a un grupo de riesgo de alta morbilidad. En ambos casos el accionar implica maleficencia.

El principio de **beneficencia** se basa en la idea de que el profesional debe actuar en beneficio de su paciente y favoreciendo sus intereses, y abarca lo médicamente beneficioso, lo que el paciente considera beneficioso y lo que es beneficioso para los seres humanos. El criterio de beneficio del paciente ha ido cambiando a través del tiempo y en la medicina actual se reconoce que quien tiene el derecho a decidir lo que considera beneficioso es el propio paciente. El principio de beneficencia no debiera ponerse por sobre el de autonomía y así exagerar el tan proclive paternalismo médico (Luna y Salles, 2007).

El principio de **justicia** se refiere a que todos los individuos tienen las mismas oportunidades de obtener la atención médica que necesiten. En relación a la interrupción del embarazo, este principio es violado permanentemente. Las mujeres que recurren a abortos inseguros son las de menores recursos. Los sectores medios y altos acceden a abortos clandestinos pero seguros.

La **confidencialidad y el secreto profesional** se basan en los derechos de las personas a la privacidad y a la intimidad. En el marco de la consulta de atención de la salud, el paciente brinda información muchas veces personalísima que revela aspectos de su vida íntima y privada. Divulgar esta información es por lo tanto violar el derecho a la privacidad (Cavallo, 2009).

El Estado y la legislación moderna han reconocido estos principios en sus instituciones y cuerpos normativos. En nuestro país, la Constitución Nacional establece en los artículos 18 y 19 las nociones fundamentales del derecho a la privacidad y la intimidad. Asimismo,



SECCIÓN 2 · REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS ASOCIADOS AL ABORTO INSEGURO

el artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el artículo 12 de la Convención Interamericana de Derechos Humanos extrapolan estos conceptos en el derecho internacional.

Dentro del marco normativo local el derecho de las personas a su intimidad también se encuentra amparado por el Código Penal que reconoce la conducta contraria a esto como un delito susceptible de sanción. El Código Internacional de Ética Médica y específicamente en nuestro país, el Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina en su artículo 66, sostiene que el secreto profesional es un deber que nace de la esencia misma de la profesión y refiere: “*Los profesionales del arte de curar tienen el deber de conservar como secreto todo cuanto vean, oigan o descubran en el ejercicio de la profesión, por el hecho de su ministerio, y que no debe ser divulgado*”.

Una de las legislaciones más novedosas en la materia, la ley 26.529 sobre **Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud**, aprobada en noviembre de 2009, en su artículo 2 establece, entre otros, los siguientes derechos del paciente:

***Intimidad.** Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326.*

***Confidencialidad.** El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente.*

La ley N° 26.529 establece que existe hacia todo paciente un deber de asistencia (art. 2 inc. a) sin ningún tipo de menoscabo o discriminación. Dispone también que el respeto por la autonomía de la voluntad en niñas, niños y adolescentes debe garantizarse en los términos de la ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre aquellas cuestiones que involucren su salud (art. 2, inc. e), es decir conforme la evolución de sus facultades.

ESTE MODELO TIENE UN SÓLIDO
SUSTENTO ÉTICO Y LEGAL BASADO
EN EL DERECHO A LA SALUD, A LA AU-
TONOMÍA, A LA CONFIDENCIALIDAD Y A
LA INFORMACIÓN.

3. ATENCIÓN DE CONSULTAS POR EMBARAZO NO DESEADO



➤ Entrevista inicial

➤ Orientación en opciones

El objetivo del espacio de consejería frente a un embarazo inesperado es la reflexión conjunta de la mujer (o pareja) con el profesional para que pueda tomar una decisión informada, consciente y responsable acerca de su embarazo.

La orientación en opciones consiste en asesorar sobre todas las alternativas posibles:

- 1) Continuar el embarazo y aceptar la maternidad
- 2) Continuar con el embarazo y dar el recién nacido en adopción
- 3) Interrumpir el embarazo

La orientación en opciones no tiene como objetivo influenciar la decisión de la mujer en ningún sentido sino evaluar con ella cada alternativa para ayudarla a tomar una decisión autónoma informada. La mujer, o ella junto con su pareja, es quien decidirá cuál es la mejor opción.

Escuchar e informar son dos acciones clave en la orientación en opciones. En términos legales, informar es diferente a prescribir o promocionar una decisión determinada. La información se debe brindar en lenguaje claro, sencillo y objetivo.

La entrevista debe desarrollarse de manera empática, respetuosa y sin que el profesional de la salud establezca juicios de valor propios sobre las decisiones de quien consulta. La mujer podrá consultar sola o con la persona que ella elija para acompañarla. La presencia de terceros en el espacio de consulta debe ser una decisión de la mujer, y el profesional interviniente debe indagar si es que ella prefiere una conversación a solas.



La experiencia demuestra que el espacio de consejería fomenta la toma de decisiones autónomas, libres de las presiones externas que muchas veces inducen a la mujer a interrumpir el embarazo.

La generación de un buen vínculo entre el profesional de la salud y la mujer desde el inicio de la consulta es de vital importancia. Para ello se debe disponer y ofrecer el tiempo suficiente para la consulta de manera que permita el establecimiento de la confianza que asegure a la usuaria la posibilidad de consultar en todo momento independientemente de la decisión que vaya a tomar.

Este tipo de consulta conlleva una importante carga emocional. La mujer que tiene dudas acerca de si continuar o no con un embarazo y evalúa la posibilidad de interrumpirlo transita una crisis vital que moviliza sus valores, ideología, su relación con los otros, todos aspectos que se ven redimensionados por las significaciones sociales ligadas al aborto y al marco de ilegalidad. Las mujeres necesitan apoyo psicosocial y es necesario generar las condiciones para que puedan tomar decisiones concientes e informadas y con el menor grado de ansiedad posible. La interdisciplina es por lo tanto un elemento fundamental en este abordaje (Stapff et al, 2008).

Al inicio de la consulta el profesional debe notificar a la mujer acerca de su derecho a la confidencialidad. Cabe destacar que la usuaria adolescente tiene derecho a la confidencialidad de la misma manera que una mujer adulta. Se debe explicitar que todo lo que se hable en la consulta es confidencial y que ninguna otra persona (incluyendo pareja o familiares) tendrá acceso a esa información sin el consentimiento de la mujer. Es importante visualizar y analizar con ella sus redes de apoyo familiares, sociales e institucionales que puedan ofrecerle contención, acompañamiento y protección, especialmente en el caso de adolescentes.

> Evaluación del contexto de la mujer

- Explorar los sentimientos de la mujer con respecto al embarazo. Un embarazo no planeado provoca casi siempre sentimientos encontrados, incertidumbre, duda, culpa, angustia y temor. Ninguna decisión resulta fácil. Se debe ayudar a la mujer para que analice cuidadosamente sus sentimientos y posibilidades. El asesoramiento no debe ser disciplinante sino que debe habilitar la reflexión y la toma de decisiones autónomas.
- Observar las reacciones de la mujer en el marco de su entorno de pareja, familiar y afectivo así como su realidad socioeconómica.
- Indagar acerca de la postura de la pareja o co-gestante con respecto al embarazo, si está enterado o no, si apoya, impone su decisión o se desentiende.
- Reflexionar sobre las posibles redes de apoyo familiares, sociales, comunitarias e institucionales a las que pueda acceder la mujer.
- Indagar si la mujer pudo compartir con alguien de su confianza la situación por la que está atravesando.
- Detectar y evaluar factores de riesgo como situaciones de violencia, consumo problemático de sustancias, patologías médicas o psicológicas.

- Evaluar el contexto en el que se dieron las relaciones sexuales teniendo en cuenta que puede tratarse de relaciones no consentidas. En el caso de violación o abuso sexual se debe proceder según indica el Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales (www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Protocolo_Violencia_Sexual.pdf). Si la mujer expresa su decisión de no continuar el embarazo, se debe proceder de acuerdo a la Guía Técnica de Atención Integral de los Abortos no Punibles del Ministerio de Salud de la Nación (www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf)⁷.
- Indagar acerca del uso previo de métodos anticonceptivos.



Confirmación del embarazo por medio del test rápido en orina

Si el test resulta negativo el equipo de salud debe:

- Informar sobre métodos anticonceptivos incluyendo la anticoncepción hormonal de emergencia.
- Ofrecer/entregar un método anticonceptivo de elección de la usuaria e incorporarla al Programa de Salud Reproductiva cuando no exista deseo/voluntad de un embarazo.

Frente a un test de embarazo positivo y reacción de aceptación del embarazo:

- Realizar derivación para seguimiento y control prenatal
- Ofrecer consejería en cuidado prenatal
- Estimular participación de pareja/familia en el cuidado prenatal
- Indagar sobre consumo tabáquico y otras drogas
- Brindar consejería en anticoncepción
- En caso de adolescentes, promover la continuidad educativa⁸

Frente a un test de embarazo positivo y reacción de duda o no aceptación del embarazo:

- Indagar acerca de las causas que motivan la duda o no aceptación del embarazo
- Determinar la edad gestacional
- Descartar embarazo inviable, huevo muerto y retenido o huevo anembrionado.

7. Cuando el embarazo sea producto de una violación, la/el médica/o tratante debe solicitar a la mujer constancia de la denuncia de la violación, si se hubiera interpuesto, o en su caso declaración jurada de la mujer, o su representante legal. Cuando el embarazo sea producto de un atentado al pudor de una mujer con discapacidad mental con o sin declaración judicial, debe solicitar a quien la represente constancia de la denuncia del atentado al pudor o en su caso declaración jurada de su representante. No se debe requerir ningún otro tipo de constancia, documentación o información, ni realizar gestión alguna ante otras personas o instituciones. La evacuación de las medidas necesarias para la determinación de una causal de aborto no punible, y para su realización no debería insumir un plazo mayor de diez días siguientes a la solicitud de la mujer o quien estuviera autorizado a solicitarlo.

8. Ver ley 25.273 sobre régimen especial de inasistencias justificadas por razones de gravidez para alumnas que cursen los ciclos de Enseñanza General Básica, Polimodal y Superior no universitaria en establecimientos de jurisdicción nacional, provincial o municipal. Y ley N° 25.584, que dispone que los directivos o responsables de los establecimientos oficiales y privados de educación pública no podrán adoptar acciones institucionales que impidan la prosecución normal de los estudios a las estudiantes en estado de gravidez o durante el periodo de lactancia, y a los estudiantes en su carácter de progenitores.

EL EQUIPO DE SALUD DEBE MANTENER SU ACTITUD DE NO JUZGAR Y OFRECER UNA ESCUCHA OBJETIVA PRIORIZANDO SIEMPRE LA REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS PARA EVITAR QUE LA MUJER RECURRA A MÉTODOS INSEGUROS.

- Evaluar el caso en el marco del artículo 86 del Código Penal que establece las situaciones de aborto no punible. Si el caso se inscribe dentro las causales de aborto no punible (riesgo para la salud, riesgo para la vida y violación) se deberá dar una respuesta institucional de acuerdo a la Guía de Atención Integral de los Abortos no Punibles desarrollada por el Ministerio de Salud de la Nación (www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf)⁹.
- Se debe subrayar la importancia de tomar una decisión meditada pero no demorarla. El tiempo es un factor clave. Si la mujer decide continuar con el embarazo es necesario iniciar cuanto antes los cuidados prenatales. Si opta por la interrupción del embarazo, lo más seguro es hacerlo dentro de las 9 semanas.
- En caso de aceptación del embarazo se deben explorar las posibles redes de apoyo familiares e institucionales que puedan existir para acompañar a la mujer.
- En caso de opción por adopción se debe articular con áreas de trabajo social y salud mental para brindar información y acompañamiento durante el embarazo y luego del parto.

En caso que la mujer exprese su decisión de interrumpir la gestación:

- El equipo de salud debe mantener su actitud de no juzgar y ofrecer una escucha objetiva priorizando siempre la reducción de riesgos y daños para evitar que la mujer recurra a métodos inseguros.
- Se debe resguardar el vínculo con el sistema de salud para no perder la oportunidad de cuidado para con la mujer. Es necesario ofrecer las consultas que sean necesarias para acompañar en este proceso.

9. Cuando exista peligro para la vida o para la salud de la mujer, la/el médica/o tratante debe constatar la existencia de ese peligro, de acuerdo a los conocimientos científicos de la medicina y sobre la base de los estándares vigentes, y en interconsulta con otro médico o profesional de la psicología, de ser necesario. La salud debe ser entendida como un "completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones" tal como la define la Organización Mundial de la Salud. Ver nota N°7 sobre cómo proceder en casos de violación.

SECCIÓN 3 · ATENCIÓN DE CONSULTAS POR EMBARAZO NO DESEADO

- Reflexionar sobre los motivos de la mujer para decidir por la interrupción. Indagar si existe coerción o abuso por parte de terceros.
- Comunicar a la usuaria que existen obstáculos legales para llevar adelante su decisión, y que el sistema de salud no propicia ni realiza prácticas de interrupción del embarazo que no se encuadran dentro de las excepciones que dispone el artículo 86 del Código Penal. Sin embargo, se debe enfatizar que el equipo de salud está dispuesto a cuidarla y atenderla independientemente de la decisión o conducta que ella adopte.
- El equipo de salud tiene obligación de brindar información y asesoramiento pero en ningún caso puede indicar un método de interrupción del embarazo. Esta consejería se enmarca en el derecho a la información (científicamente respaldada y de dominio público), el derecho a la salud y a la autonomía de las personas.
- La información que se brinde a la mujer debe ser veraz, imparcial, completa, clara y de fácil comprensión.
- Indagar el conocimiento que tiene la mujer sobre los distintos métodos médicos y no médicos para interrumpir embarazo y los riesgos e implicancias para la salud de cada uno de ellos.
- Rectificar y completar el conocimiento relevado.
- Indagar acerca de la metodología que la mujer piensa utilizar para llevar a cabo su decisión a fin de desalentar eventuales prácticas de riesgo como colocación de sonda, tallo de perejil, hierbas, masajes, inyecciones, infusiones, caídas, etc. Muchas de las drogas y preparados que se utilizan como abortivos no producen un aborto seguro y con frecuencia provocan intoxicación e incluso envenenamiento. Los abortos “caseros” con maniobras invasivas o los realizados por personas no capacitadas o en ámbitos inadecuados suelen ser muy riesgosos.
- Brindar la orientación para evitar y/o minimizar los riesgos o un posible daño informando los esquemas terapéuticos del misoprostol que han demostrado ser eficaces y seguros para la interrupción de un embarazo (Ver Sección 4).
- En el caso de edad gestacional superior a las 12 semanas se desestima la posibilidad de un aborto con medicamentos en forma autoadministrada.
- Informar cómo reconocer posibles complicaciones que puedan requerir asistencia médica después de iniciada la aplicación de misoprostol. Las mujeres deben tener la posibilidad de consultar el servicio de salud en cualquier momento.
- Las mujeres deben ser informadas acerca de los efectos que produce el aborto con medicamentos (Ver Sección 4).
- Identificar personas de confianza de la mujer que puedan acompañarla durante el proceso.
- Todas las mujeres deben ser citadas a control entre 7 y 14 días después de la primera dosis de misoprostol.

➤ Confección de la Historia Clínica

Recordemos que al inicio de la consulta se informó a la mujer sobre el carácter confidencial de la información recabada y el valor del secreto profesional.

En la Historia Clínica se deben consignar como mínimo los siguientes datos:

- Edad de la usuaria
- Situación de pareja
- Antecedentes obstétricos (embarazos previos, número de hijos vivos, abortos previos, cicatrices uterinas, etc.)
- Edad gestacional al momento de la entrevista (en base a la fecha de última menstruación o por ecografía)
- Procedimientos previos para intentar la interrupción de la gestación
- Antecedentes médicos relevantes que puedan poner en riesgo a la usuaria en caso de interrupción
- Consignar que se brinda asesoramiento en reducción de riesgos y daños

➤ Examen físico

Realizar un examen físico completo tendiente a constatar el estado de salud de la mujer por medio de parámetros habituales en búsqueda de factores de riesgo que aumenten las posibilidades de complicaciones en caso que la usuaria recurra a una interrupción.

- Auscultación cardíaca y palpación de pulsos
- Examen abdominal (palpación con vejiga vacía)
- Toma de tensión arterial
- Examen ginecológico completo (tacto bimanual, palpación de pelvis, especuloscopia) para precisar la edad gestacional
- Si existe DIU in situ se debe retirar antes del tratamiento con misoprostol.
- Interconsulta e intervención del equipo de salud mental, en caso que se evalúe necesario.



> Estudios complementarios

- Ecografía para diagnóstico de edad gestacional, confirmación de gesta viable intrauterina y descartar patología embriofetal (embarazo ectópico, huevo muerto, etc). Aunque la ecografía es conveniente siempre que exista la posibilidad de realizarla, no es condición indispensable para usar misoprostol.
- Grupo sanguíneo y factor Rh. En aquellos casos en que la mujer sea Rh negativo aplicar 50 mcg de inmunoglobulina anti D, previo al tratamiento con misoprostol.
- En cada caso en particular y en función de los datos obtenidos en la historia clínica, se evaluará la necesidad de solicitar otros exámenes de laboratorio.

> Consulta/s de seguimiento y final: control post aborto y elección de método anticonceptivo

- Luego de la consulta inicial las mujeres podrán necesitar más información y/o reforzar algunos aspectos tratados en el primer contacto. Se les debe ofrecer concurrir al servicio las veces que necesiten hasta estar seguras de su elección. Esto implica que los profesionales de la salud estén dispuestos a recibirlas aun sin un turno programado. La comunicación, la empatía y la oferta de información clara son fundamentales para que las mujeres se sientan cómodas y confiadas para consultar todas las veces que sea necesario.
- En el caso en que la decisión de la mujer haya sido la interrupción del embarazo se la cita en el plazo de dos semanas luego de la primer consulta a fin de evaluar la efectividad del procedimiento.
- Para determinar si el aborto fue completo el profesional se debe valer de la anamnesis y el examen clínico ginecológico. Si está disponible y si es necesario, se puede usar la ecografía para confirmar que no queden restos.
- Indagar acerca del sangrado, expulsión de tejidos y desaparición de los síntomas de embarazo. Evaluar las características del sangrado si aún está presente.
- Evaluar los signos vitales y los signos físicos de aborto completo como involución uterina y cuello cerrado.
- En caso de que, pasadas dos semanas de la utilización del misoprostol, queden restos placentarios o membranas ovulares se debe proceder de acuerdo a la Guía para el Mejoramiento de la Atención Postaborto del Ministerio de Salud de la Nación (<http://www.msal.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/index.htm>) que describe los procedimientos para el tratamiento del aborto incompleto por medio de la AMEU (aspiración manual endouterina) y el legrado instrumental.

80% DE LAS MUJERES OVULAN 10 DÍAS DESPUÉS DE UN ABORTO DE PRIMER TRIMESTRE. POR ELLO ES NECESARIO INICIAR EL USO DE ANTICONCEPCIÓN DE INMEDIATO.



- Si no hubiera hemorragia y la mujer está en buenas condiciones clínicas puede continuar tratamiento con misoprostol para el aborto incompleto¹⁰.
- En caso que no se haya logrado la interrupción del embarazo puede repetirse el esquema terapéutico luego de una semana (siempre teniendo en cuenta que la edad gestacional no supere las 12 semanas).

10. La mayoría de las mujeres que se atienden por aborto incompleto y no presentan complicaciones pueden ser tratadas con misoprostol de manera segura. En abril de 2009 la Organización Mundial de la Salud incluyó el misoprostol en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales por haberse demostrado su eficacia y seguridad para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto espontáneo. Las dosis recomendadas para el tratamiento del aborto incompleto para mujeres con altura uterina equivalente a 12 semanas o menos son: dosis única de 600 mcg por vía oral ó dosis única de 400 mcg por vía sublingual. Se debe esperar de una a dos semanas para que se complete el proceso, y como mínimo 7 días para evaluar el éxito del tratamiento y considerar la opción de evacuación quirúrgica si todavía se encontraran restos (Faundes, 2007).

SECCIÓN 3 · ATENCIÓN DE CONSULTAS POR EMBARAZO NO DESEADO

- Poco después de un aborto de primer trimestre la mayoría de las mujeres puede retomar sus actividades y responsabilidades habituales.
- Es obligación de los/as profesionales intervinientes brindar información acerca de los distintos métodos anticonceptivos disponibles, y orientar a la mujer para su uso efectivo en función de sus deseos, posibilidades y características personales. La finalidad de esta intervención es asegurar que las usuarias que transitaron un aborto adopten un método anticonceptivo eficaz y puedan evitar un nuevo embarazo no planeado. En esta consulta, el/la profesional debe informar de manera clara y accesible para la mujer sobre los siguientes aspectos:
 - Es recomendable aplazar el reinicio de las relaciones sexuales hasta que cese por completo el sangrado.
 - Las mujeres pueden quedar embarazadas casi inmediatamente después de un aborto. 80% de las mujeres ovula 10 días después de un aborto de primer trimestre. Por ello es necesario que el inicio del cuidado anticonceptivo sea inmediato.
 - Todos los métodos anticonceptivos se pueden utilizar luego de un aborto con misoprostol siempre que no haya ocurrido ninguna complicación.
 - La administración de anticoncepción hormonal no interfiere con el proceso de aborto. La toma de la anticoncepción hormonal se puede iniciar junto con la primera dosis de misoprostol, pero considerando que pueden existir náuseas y vómitos, lo más recomendable es que se inicie la toma de la anticoncepción oral inmediatamente después del aborto.
 - Los inyectables deberán ser indicados una vez confirmado que el proceso de aborto se ha completado, dado que pueden originar amenorrea y confusión.
 - El DIU puede ser colocado inmediatamente después de completado el aborto.
 - No es recomendable que la mujer decida sobre un método quirúrgico en un momento de stress como es la interrupción del embarazo, por ello se recomienda esperar hasta el ciclo siguiente.
 - Los preservativos pueden ser utilizados siempre y es importante destacar la doble protección (uso de un método anticonceptivo como las pastillas, inyecciones o DIU conjuntamente con el preservativo) como la única forma de prevenir simultáneamente embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual como el VIH/Sida.
 - Informar sobre la anticoncepción de emergencia, cómo utilizarla y dónde obtenerla.
 - Resaltar que los métodos anticonceptivos se entregan gratuitamente en el sistema público de salud (hospitales y centros de salud).
 - Procurar que en la entrevista final la mujer se retire con el método anticonceptivo de su elección.

4. MISOPROSTOL PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO TEMPRANO



El misoprostol es una droga sintética análoga a la prostaglandina E1. Comenzó a ser usado en ginecología y obstetricia por sus propiedades uterotónicas y por su capacidad para madurar el cuello del útero luego de ser introducido en el mercado para otros fines terapéuticos. En la actualidad el misoprostol es un medicamento de uso común entre los tocoginecólogos/as. Es un recurso de suma importancia para el tratamiento de la hemorragia posparto, y es un método sencillo, no invasivo seguro y de bajo costo para el tratamiento del aborto incompleto, en lugar del legrado o la aspiración endouterina. Además, se puede utilizar para la maduración cervical, la inducción del parto (lo cual puede contribuir a una disminución en las tasas de cesáreas) y el tratamiento de la muerte fetal intrauterina, así como para la dilatación del cuello uterino antes de la inserción del dispositivo intrauterino (DIU) o antes de efectuar una histeroscopia (IPAS-CLACAI, 2010).

En el año 2005, la OMS incluyó el misoprostol en lista de medicamentos esenciales¹¹ en una dosis de 25 mcg. para la inducción del parto y de 200 mcg. asociado a mifepristone para la interrupción del embarazo. En 2009 se incluyó también el misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Además, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) elaboró un manual titulado “Uso de misoprostol en ginecología y obstetricia” con el propósito de ofrecer guías concretas para la comunidad médica. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la OMS también han publicado manuales sobre el uso de misoprostol para una variedad de indicaciones obstétricas (IPAS-CLACAI, 2010).

En la Argentina el misoprostol está disponible como un subcomponente del Oxaprost®, un analgésico citoprotector (diclofenac + misoprostol) recomendado para personas con procesos dolorosos e inflamatorios musculoesqueléticos, osteoarticulares y extraarticulares que requieren citoprotección gástrica.¹² Su uso como analgésico está contraindicado para embarazadas. Los comprimidos están diseñados para ser usados por vía oral y contienen 200 mcg de misoprostol.

Recientemente el misoprostol ha sido aprobado por la ANMAT para uso gineco-obstétrico en una presentación de 25 mcg exclusivamente para uso hospitalario.

El aborto de primer trimestre con misoprostol ha demostrado ser un método seguro, efectivo y relativamente de bajo costo. Diferentes estudios refieren que a partir de la utilización de este método se ha registrado una disminución en las complicaciones graves de los abortos clandestinos, como las infecciones, perforaciones uterinas y hemorragias, con un impacto importante en la reducción de la morbimortalidad materna (Faúndes et al., 1996¹³; Coelho et al., 1993; Barbosa y Arilha, 1993; Costa y Vessey, 1993; Miller et al., 2005).

11. La lista de medicamentos esenciales de la OMS consta de los medicamentos considerados necesarios para satisfacer las necesidades prioritarias de salud pública. Éstos son seleccionados en base a su eficacia, seguridad y costo-efectividad.

12. Existen dos presentaciones de 16 comprimidos: Oxaprost 50® y Oxaprost 75®. Lo que varía es la dosis de diclofenac, el contenido de misoprostol es el mismo en ambas presentaciones (200 mcg).

13. Faúndes et al. realizaron un estudio retrospectivo cohorte con 1840 mujeres tratadas después de un aborto en el Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Brasil entre 1988 y 1992. La incidencia de infección (4,2%) fue inferior en las mujeres que manifestaron haber utilizado el misoprostol que en aquellas que manifestaron que el aborto no había sido inducido (7,9%) y 12 veces inferior que en las mujeres que manifestaron haber utilizado otros métodos (49,4%) (Faúndes et al, 1996)

EL ABORTO DE PRIMER TRIMESTRE CON MISOPROSTOL ES SEGURO Y EFECTIVO. A PARTIR DE SU UTILIZACIÓN SE HA REGISTRADO UNA DISMINUCIÓN EN LAS COMPLICACIONES GRAVES DE LOS ABORTOS INSEGUROS.

No obstante, su mala utilización, como por ejemplo el empleo de altas dosis en embarazos avanzados, puede generar graves consecuencias. De allí la importancia que las mujeres cuenten con información adecuada y completa acerca de este método.

Los efectos del aborto temprano con medicamentos son similares a un aborto espontáneo e incluyen cólicos y sangrado similar a un sangrado menstrual prolongado. En promedio el sangrado dura nueve días, pero puede llegar a durar hasta 45 días en situaciones poco frecuentes (Gómez y Rizzi, 2009).

Las mujeres deben recibir información clara sobre cómo utilizar adecuadamente el misoprostol, ya que de esta manera se obtienen mejores resultados. También es de suma importancia que las mujeres sepan qué sucederá durante el proceso. De esa forma sabrán qué esperar, tendrán menor ansiedad y podrán identificar signos de alarma.



Procedimientos para el aborto con medicamentos

La Organización Mundial de la Salud en su publicación “Aborto sin riesgo: Guía Técnica y de políticas para sistemas de salud” (2003) incluye el misoprostol dentro de los métodos para ser utilizados hasta las 12 semanas de gestación. La OMS también elaboró el documento “Preguntas clínicas frecuentes acerca del aborto farmacológico” (2008). Por otra parte, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG) desarrolló el documento “Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología” (segunda edición en el año 2007) como un manual de consulta rápida para orientar a los profesionales de la salud en el uso de tratamientos adecuados. A nivel local, existe un documento sobre el uso de misoprostol para el aborto no punible elaborado por Gómez y Rizzi (2009).¹⁴

En base a los documentos mencionados se resumen las siguientes pautas sobre el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo dentro de las primeras 12 semanas.

Lo mejor es usar el misoprostol dentro de las nueve semanas de gestación, es decir, menos de 63 días a partir del primer día de la última menstruación. Cuanto más temprano en la gestación se

14. Otros estudios y documentos consultados incluyen: Blanchard et al (2005); Gynuity Health Projects (2009), Faúndes et ál. (2007) e IPAS (2010).

SECCIÓN 4 · MISOPROSTOL PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO TEMPRANO

administre el misoprostol, será más seguro, más eficaz y menos doloroso. El misoprostol puede usarse más adelante en el embarazo, pero los riesgos de sufrir complicaciones son mayores.

Entre las 9 y 12 semanas se recomienda que el uso del misoprostol sea bajo supervisión médica, es decir que se cuente con apoyo médico necesario para resolver cualquier urgencia.

Después de las 12 semanas las mujeres no deberían utilizar misoprostol para el aborto autoinducido.

> Dosis

En embarazos de hasta 12 semanas:

- a) Misoprostol vaginal, 800 mcg, cada 6 ó 12 horas, hasta completar 3 dosis.
- b) Misoprostol sublingual, 800 mcg cada 3 ó 4 horas, hasta completar 3 dosis (en embarazos hasta 9 semanas).

Vías de administración:

FLASOG recomienda la vía vaginal¹⁵, por ser más efectiva que la vía oral y provocar menos efectos secundarios que la vía sublingual. No obstante, muchas mujeres prefieren vías diferentes a la vaginal. En esos casos se puede usar la vía sublingual como alternativa de eficacia equivalente a la vía vaginal, a pesar que tiene más riesgos de efectos secundarios.

- **Vía vaginal:** la mujer introduce 4 comprimidos de 200 mcg en la vagina, uno por uno, tomándolos entre los dedos índice y medio e introduciéndolos tan alto como sea posible. Puede hacerlo recostada o de pie.
- **Vía sublingual:** la mujer se coloca 4 comprimidos de 200 mcg bajo la lengua y las deja disolver hasta que desaparezcan.
- **Vía bucal:** la mujer se coloca 4 comprimidos de 200 mcg entre la mejilla y la encía durante 30 minutos y luego los traga.

La absorción del misoprostol es más rápida por la vía sublingual y oral que por la vía vaginal, lo que hace que las concentraciones sanguíneas sean más elevadas cuando es administrado por esas vías; pero la vida media es más prolongada si la administración es por vía vaginal, lo que permite concentraciones sanguíneas más estables. El mayor inconveniente de la vía sublingual es que puede provocar más reacciones gastrointestinales tales como náuseas y vómitos¹⁶, así como escalofríos e hipertermia con mayor frecuencia que con la administración vaginal. Estos efectos son, en general, de corta duración y bien tolerados.

15. Cuando se usa por la vía vaginal un producto con misoprostol preparado para uso oral es conveniente humedecer las tabletas con 0,5 a 1,0 ml de agua o suero fisiológico para facilitar su disolución. Estudios de farmacocinética muestran un pequeño incremento en la concentración sanguínea de la droga cuando se le agrega agua.

16. Cuando el misoprostol está asociado al diclofenac, la vía sublingual provoca náuseas y vómitos que en muchos casos resultan poco tolerables para las mujeres.

> **Eficacia**

La eficacia del aborto con misoprostol, definida como aborto completo que no requiere de otra maniobra, es de alrededor del 90%. Sin embargo, esto depende del tiempo de espera para obtener el efecto. La tasa de abortos completos en las primeras 24 horas es un poco superior a 80%, y va en aumento por lo menos hasta 72 horas después de la administración del misoprostol.

> **Tiempo hasta conseguir el efecto**

El aborto con medicamentos es un proceso que puede tomar horas, días o semanas. El sangrado y las contracciones uterinas pueden empezar media hora después la primera dosis y casi siempre se iniciarán dentro de las primeras 12 horas. El sangrado en sí no significa que haya ocurrido un aborto.

En la mayor parte de los casos la expulsión ocurre dentro de las primeras 24 horas, pero puede demorarse entre 48 y 72 horas. Si pasado ese plazo no ha ocurrido el aborto, se puede repetir el mismo procedimiento hasta una semana después del inicio del primer tratamiento.

> **Efectos secundarios**

Los efectos adversos, en su mayoría, no llegan a generar complicaciones mayores, y en gran medida desaparecen en las primeras 24 horas posteriores a la administración del medicamento.

El sangrado vaginal y los cólicos son efectos que están presentes en la mayoría de los casos de aborto con misoprostol, e indican que el medicamento está produciendo contracciones uterinas efectivas, tal como ocurre en el aborto espontáneo. Esto debe ser del conocimiento de la mujer, para que no genere preocupación y ansiedad considerándolo una complicación.

El sangrado dura entre 5 y 21 días, en promedio 12 días. Posteriormente puede persistir un manchado escaso oscuro hasta la siguiente menstruación. Las mujeres deben saber que la interrupción del embarazo con medicamentos es un proceso que lleva tiempo para completarse y que, a menos que se presenten signos de alarma, es esperable y normal que exista sangrado por varios días.

El dolor abdominal de tipo cólico está presente en el 85% de los casos. Por ello, se recomienda el uso de analgésicos no opiáceos, reservando los opiáceos para cuando el dolor tiene mayor intensidad. No hay inconveniente en usar antiinflamatorios no esteroides para contrarrestar el dolor, dado que no interfieren con el efecto del misoprostol.

Otros efectos secundarios comunes pero menos frecuentes incluyen: náuseas, vómitos y diarrea. Estas manifestaciones gastrointestinales suelen darse cuando se utilizan dosis más altas, intervalos más cortos entre las dosis, o el suministro por la vía oral o sublingual. Por lo general, desaparecen espontáneamente después de algunas horas. También puede ocurrir fiebre, con o sin escalofríos, dolor de cabeza o mareos.



> Teratogenicidad

Aunque algunos estudios concluyen que no existe evidencia clara de teratogenicidad, otros han encontrado una asociación entre el intento de aborto con misoprostol y la presencia de malformaciones congénitas. El equipo de salud y las mujeres deben tener en cuenta que la interrupción fallida de un embarazo después de la exposición al misoprostol puede dar lugar a un feto anormal. Los protocolos de aborto con misoprostol recomiendan la interrupción quirúrgica del embarazo si este continúa después del uso de misoprostol (Gynuity, 2009).

> Complicaciones

La complicación más frecuente es el sangrado excesivo. El sangrado vaginal que ocurre durante un aborto inducido con misoprostol suele ser más intenso que el de la menstruación regular, y en general no se diferencia del sangrado que ocurre en el caso de un aborto espontáneo. Se considera sangrado excesivo cuando la mujer refiere que se ha cambiado dos toallas sanitarias completamente saturadas de sangre en un tiempo menor de una hora y durante un periodo de dos horas consecutivas. El sangrado prolongado o intenso ocurre entre una y diez de cada 100 mujeres.

Una complicación excepcional, pero que es necesario mencionar por su gravedad, es la rotura uterina, en casos de abortos tardíos y aun iniciales, principalmente si existe el antecedente de cesárea¹⁷.

17. Un estudio sobre el uso de misoprostol para tratamiento del aborto espontáneo no encontró diferencias en la ocurrencia de complicaciones entre mujeres con y sin cirugía uterina previa (Chen et al, 2008).

> **Contraindicaciones para el uso de misoprostol**

- Sospecha o confirmación de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada
- Alergia a las prostaglandinas
- Coagulopatias o uso de terapia anticoagulante

NO son contraindicaciones para el uso del misoprostol

- La miomatosis, la estenosis cervical, el antecedente de conización cervical y las malformaciones uterinas. Tampoco lo son el asma, la enfermedad cardíaca o la terapia con corticoides.
- El antecedente de cesárea.

> **Precauciones**

- Dispositivo intrauterino (DIU) in situ, en cuyo caso se debe retirar antes de administrar el misoprostol.
- Uso en mujeres lactando. Se conoce que los metabolitos activos (ácido del misoprostol o misoprostol) se excretan en la leche materna. Es prudente desechar la leche materna durante las 6 horas que siguen a la administración oral o vaginal del misoprostol, para prevenir la posibilidad de cólicos o diarreas en el lactante.

> **Signos de alarma**

Es muy importante informar a las usuarias que deberán consultar inmediatamente frente a la aparición de signos de alarma como:

- Dolor abdominal sostenido con o sin sangrado luego de 48 horas de usar misoprostol
- Sangrado excesivo (empapar de sangre dos toallitas higiénicas o más por hora durante un plazo mayor a 2 horas).
- Sangrado que se detiene pero, pasadas dos semanas o más, es seguido por el inicio repentino de un sangrado extremadamente copioso, el cual podría requerir evacuación uterina.
- Sangrado escaso o ningún sangrado en absoluto en los primeros siete días después de usar misoprostol, lo cual puede indicar que el método no fue efectivo.
- Fiebre mayor de 38°C
- Secreción vaginal fétida o purulenta
- Desmayos

> **Además se debe advertir**

- Es muy importante que la mujer cuente con el apoyo de alguien cercano a ella para que la acompañe en el momento que decide realizar la interrupción y la ayude si llegara a necesitar atención médica.
- No usar tampones, ni introducir ningún elemento en la vagina durante el sangrado.
- No tener sexo con penetración vaginal durante el sangrado.
- Ofrecer el teléfono de un servicio de salud al que la mujer pueda comunicarse en caso de presentar signos de alarma o complicaciones.

5. ASPECTOS LEGALES Y JURÍDICOS

QUE ATAÑEN AL EQUIPO DE SALUD QUE PROVEE ATENCIÓN EN REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS



Esta sección tiene por objetivo analizar los riesgos jurídicos de la atención en reducción de riesgos y daños vinculados al aborto inseguro y ofrecer herramientas para minimizarlos o eliminarlos para que de ese modo los profesionales de la salud puedan llevar adelante su trabajo plena y eficientemente.

El material que aquí se presenta se basa en un estudio sistemático de los riesgos jurídicos incluyendo un análisis exhaustivo de la normativa y jurisprudencia relevante, no sólo en materia de responsabilidad penal sino también administrativa, profesional y civil. Las conclusiones alcanzadas son muchas veces críticas respecto de las posiciones defendidas por jueces y doctrinarios del medio local. Sin embargo, esto no debe hacer pensar que nuestro punto de partida es una interpretación radical o heterodoxa del derecho. Nuestra interpretación de la normativa vigente es, en este sentido, conservadora justamente porque se buscó subir el umbral de protección del equipo de salud y reducir la exposición al riesgo jurídico. El objetivo es identificar los riesgos que se derivan del derecho tal y como es de esperar que sea razonablemente interpretado y aplicado por los tribunales locales, ya que creemos que esa es la opción más realista para diagnosticar y enfrentar correctamente los riesgos jurídicos.

En este marco se elaboró una Guía Operativa orientada específicamente a la práctica clínica cotidiana para ser utilizada como material de referencia.

Guía Operativa

Abordaje

La consulta comienza con la presentación mutua entre el/la profesional y la paciente (y los acompañantes, si los hubiera). Además del nombre, se debe preguntar la edad de la paciente y, si hubiera acompañante/s, en calidad de qué se presentan a la consulta (progenitor, pareja, persona de confianza).

Información sobre los derechos de la paciente

Inmediatamente luego de presentados, el/la profesional debe informar acerca de los derechos que asisten a la paciente, particularmente acerca del derecho a la confidencialidad. Ello no sólo tiene el fin de distender la consulta y reforzar la confianza para con el/la profesional, sino que es imprescindible para que la paciente pueda ejercer sus derechos plenamente. Algunas características del derecho a la confidencialidad que es conveniente transmitir son:

- Es un derecho personalísimo de la paciente y sólo de ella. No es de los padres o representantes legales, ni de los médicos, ni del Estado.
- En razón de ello, sólo la paciente y nada más que la paciente puede dejarlo de lado (esto es, revelar voluntariamente el contenido de la consulta a quien ella quiera, en las condiciones y hasta el punto que ella elija).

- Tiene como correlato el deber jurídico de todos los profesionales de la salud que la asisten directa o indirectamente (es decir, no sólo quien lleva adelante la consulta) de guardar secreto respecto de todo cuanto ocurra en la consulta y en las instancias accesorias de esta. Eso incluye, pero no se limita a lo discutido en la consulta, la historia clínica, el informe de ecografías y otros servicios de diagnóstico.
- La denuncia hecha por un profesional en violación al secreto profesional para la mayoría de los tribunales es nula, es decir, no produce ningún efecto jurídico. De hecho, muy por el contrario, la violación del secreto profesional sí está contemplada como un delito en el Código Penal (Art. 156).
- La paciente, tenga la edad que tenga (siempre y cuando posea el desarrollo suficiente como para comprender la información que obtenga en la consulta) tiene derecho a solicitar que sus acompañantes se retiren del consultorio en cualquier momento. El/la profesional no podrá revelar posteriormente al acompañante la información entregada durante la consulta sin permiso de la paciente.
- El/la profesional debe asegurarse de que la paciente haya comprendido el alcance de sus derechos antes de continuar con la consulta.

Reducción del Riesgo Punitivo

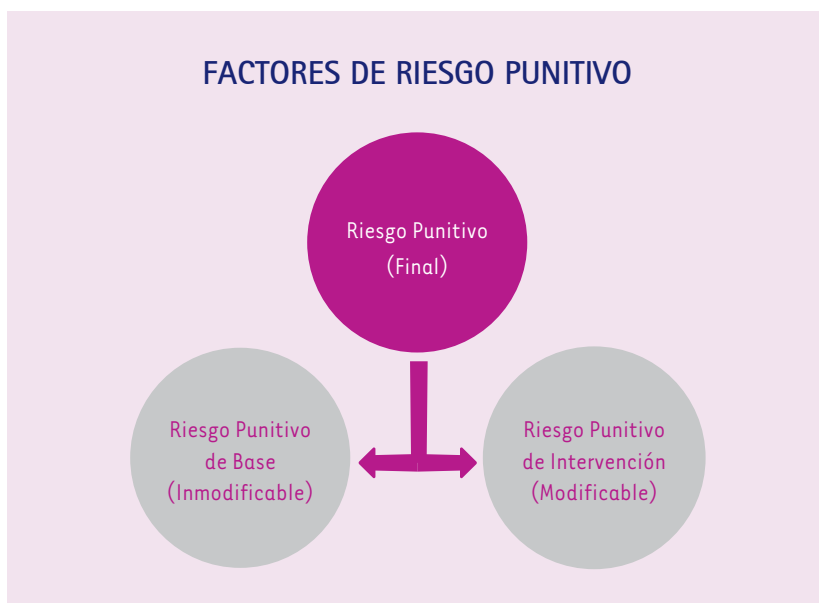
Sobre el Riesgo Punitivo

El Riesgo Punitivo (RP) es la probabilidad de que las acciones u omisiones de los profesionales en la consulta puedan desembocar en una condena penal, o en algún tipo de sanción no-penal: administrativa, disciplinaria o civil.

El RP es producto de dos factores que interactúan entre sí durante toda la consulta: el Riesgo Punitivo de Base (RPB), una variable extrínseca y en principio inmodificable (es decir, que viene dada por las circunstancias propias de la consulta); y el Riesgo Punitivo de Intervención (RPI), es decir, el riesgo asociado a la intervención médica propiamente dicha y, por lo tanto, variable de acuerdo al comportamiento específico que desarrolla el/la profesional durante la consulta. El Riesgo Punitivo de Intervención puede aumentar, disminuir, o dejar igual el Riesgo Punitivo de Base dependiendo del comportamiento que adopte el/la profesional.

A partir de las pautas que constituyen el centro de esta guía en la consulta de RRYD se identifican dos pasos:

- Evaluación del Riesgo Punitivo de Base por medio de la categorización de las circunstancias del caso.
- Reducción del Riesgo Punitivo de Intervención mediante la adopción de medidas específicas.



Conceptualmente, el riesgo punitivo es un continuo que puede tomar un valor entre 0 (imposibilidad de condena o sanción) y 1 (certeza de condena o sanción). Sin embargo, dada la complejidad de cuantificar el riesgo en la práctica y la relativamente baja cantidad de variables que pueden hacer subir o bajar el riesgo, es útil pensar simplemente en categorías ordinales de riesgo correspondientes a los factores específicos. Así, una variable tendrá asociado un riesgo “mínimo” si de entre las posibilidades razonables es la que minimiza el riesgo punitivo, y tendrá asociado un riesgo “medio” o “alto” dependiendo de cuánto eleven el riesgo comparativamente. Si una variable elimina completamente el riesgo punitivo, le asignaremos un valor de riesgo “cero”.

Por ejemplo: clasificamos como de “riesgo mínimo” un escenario en el que la paciente se presenta a la consulta con la decisión de abortar tomada previamente. El caso de una paciente con dudas acerca de qué hacer con su embarazo no deseado calificaría como de “riesgo medio” o de “riesgo alto”.

La idea de que la clasificación de riesgos es relativa y acotada a las posibilidades que cabe razonablemente esperar que se presenten en el marco del servicio no debe ser pasada por alto. En otras palabras, no debe perderse de vista que, si a partir de las pautas esbozadas a continuación se determina que un caso concreto posee un “riesgo alto”, el riesgo de una condena penal sigue siendo escasísimo. Ello así en virtud de que es muy limitado de por sí el ámbito de responsabilidad al que están expuestos los profesionales de la salud que aplican el modelo de reducción de riesgos y daños (es decir, su responsabilidad sólo puede surgir como “cómplices” o “instigadores” y no como “autores directos”); pero, además, porque el tipo de aporte que hacen los profesionales médicos (dar información) no es una clase de aporte que pueda ser considerado delictivo, por lo que tampoco daría lugar a responsabilidad penal como partícipes del aborto que se practica la mujer. Así, la determinación de un riesgo elevado debe tomarse simplemente como una buena razón para no apartarse demasiado de los lineamientos que sugerimos, pero no como motivo de excesiva preocupación.

➤ Evaluación del Riesgo Punitivo de Base

El primer paso en la reducción del Riesgo Punitivo es la evaluación de las circunstancias potencialmente riesgosas que rodean a la consulta. Se trata de determinar el riesgo propio o inherente a las características particulares de cada caso, como instancia necesaria y previa a las intervenciones de consejería que realiza el/la profesional.

El objetivo de determinar el RP y sus componentes es que el/la profesional conozca desde el primer momento si existe algún grado de riesgo para así poder “ajustar su comportamiento” de manera coherente, adoptando las medidas de reducción de riesgo (explicadas más abajo) que considere necesarias.

El RPB se puede desagregar en 3 dimensiones:

- La disposición de la paciente a abortar previa a la consulta
- La existencia de causales de permisibilidad del aborto
- La confidencialidad de la consulta desde el punto de vista del profesional

En lo que sigue se explicará en qué consiste cada una de estas dimensiones, de qué manera contribuyen a determinar el RPB y, fundamentalmente, cuáles son las pautas a seguir para realizar la evaluación del RPB en cada caso concreto.

➤ Disposición de la paciente a abortar previa a la consulta

La disposición a abortar con la que la paciente llega a la consulta juega un papel fundamental en el RPB puesto que la responsabilidad del equipo de salud se fundamenta casi exclusivamente en que el asesoramiento que se brinda en la consulta *podría aumentar* la disposición de la paciente a interrumpir el embarazo, contribuyendo de ese modo a la realización del delito de aborto. De ello se desprende la conclusión de que **el riesgo punitivo aumenta conforme disminuye la disposición con la que la paciente llega a la consulta.**

La disposición a abortar previa está estrechamente relacionada con, y puede determinarse a partir de, la averiguación de los motivos que llevaron a la paciente a la consulta.

Una clasificación razonable (aunque no exhaustiva) de las posibilidades que pueden presentarse es la siguiente, de menor a mayor riesgo:

A. La paciente está decidida a abortar

1. Simplemente desea obtener información sobre métodos seguros para hacerlo sin riesgo. *Es la clase de hipótesis de Riesgo Mínimo, en virtud de que ante un caso de tales características, es muy difícil sostener razonablemente que el asesoramiento aumenta de algún modo la probabilidad de que se realice el aborto.*

B. La paciente no está decidida a abortar



1. Por preocupación acerca de las consecuencias que puede tener el aborto para su salud.
2. Por preocupación acerca del status legal del aborto.

*Son dos hipótesis de **Riesgo Medio** ya que abren la puerta a que, en ciertas circunstancias, sea más difícil mostrar que el asesoramiento no aumenta la probabilidad de que el aborto se realice. De todas maneras, todas las dudas que preocupan a la paciente en casos como este se resuelven dando información de circulación pública y fácilmente accesible.*

3. Por preocupaciones morales, culpa, etc.

*Hipótesis de **Riesgo Alto** en virtud de que deja abierta la posibilidad de que el/la profesional se involucre ideológicamente, guiando de algún modo el comportamiento ulterior de la paciente.*

4. Por desconocimiento de sus opciones alternativas a continuar con el embarazo (abortar/dar en adopción).

*Hipótesis de **Riesgo Alto** si la idea del aborto no estaba entre las opciones en conocimiento de la paciente o de **Riesgo Medio/Mínimo** según cuál sea la actitud de la paciente después de enterarse de que existen alternativas a las que puede acceder.*

> Existencia de permisos legales para abortar

En principio, la existencia de alguna de las causales de permisibilidad para abortar estipuladas en el artículo 86 del Código Penal es razón suficiente para que el RPB se reduzca a 0. Tratándose de un caso de aborto no punible, cualquier intervención relacionada con éste (incluyendo no sólo el asesoramiento sobre métodos seguros, sino también la prescripción de la medicación e, incluso, la realización del aborto) es lícita también. En otras palabras, la paciente tiene derecho a acceder a un aborto y los médicos, correlativamente, deben proporcionarle los medios necesarios o derivarla a la institución que pueda proveerlos.

La existencia de alguna de las causales de no punibilidad se puede constatar, entre otras, de las siguientes maneras:

- Inquiriendo si la paciente ha vivido alguna situación de violencia y profundizando en las preguntas ante la sospecha de que ella puede estar relacionada con el origen del embarazo no deseado. Puede ser útil recordar a la paciente sobre la confidencialidad de la consulta, así como respecto del derecho a que los acompañantes abandonen el consultorio si se percibiera cierta incomodidad de hablar frente a ellos.
- A partir de los exámenes clínicos sobre el estado del embarazo.
- A partir de los exámenes sobre la salud física/psicológica de la paciente.
- Indagando sobre las consecuencias que la continuación del embarazo podría tener, en sus propias palabras, para la paciente.

Dos consideraciones importantes a tener en cuenta. Primero, a los efectos de la responsabilidad penal, es indistinto que las causales de permisibilidad existan realmente, o que el/la profesional *esté convencido/a* de que ellas existen: ningún caso puede dar lugar a una condena penal. Sin embargo, mientras que en el primer caso el riesgo será 0 con toda probabilidad, en el segundo caso (que técnicamente se llama “de error de hecho”) el riesgo es mayor (“medio” o incluso “alto”). Ello así, porque el error de creer que concurre una causal de aborto no punible cuando ella no se da en la realidad requiere ser probado para prosperar como defensa, y no se pueden descartar sanciones de tipo no-penal (administrativa o disciplinaria) incluso para el caso en el que la defensa sea aceptada en un hipotético proceso penal. Por tal motivo, la recomendación es, primero, tratar los casos en los que el/la profesional tiene dudas acerca de si se dan las circunstancias de los permisos legales como si fueran casos de aborto punible. En segundo lugar, en los casos en los que el/la profesional sí crea que se dan las circunstancias de un permiso legal, la recomendación es registrar de algún modo confiable los datos en los cuales apoya su creencia (por ejemplo: datos que permitan inferir la ocurrencia de una relación sexual no consentida, o la existencia de una denuncia en ese sentido).

En segundo lugar, hay que hacer una distinción técnica entre un error de hecho (por ejemplo, creer que el embarazo pone en riesgo la vida o salud de la paciente cuando en realidad no lo hace), de un error de derecho (por ejemplo, creer que las dificultades económicas alegadas por la paciente como razón para abortar dan lugar a una causal de permisibilidad). Si bien la jurisprudencia ha sostenido que un error de derecho de estas características puede excusar la responsabilidad penal, por regla general los errores de derecho no excusan. Es, por lo tanto, una hipótesis aún más riesgosa que la del error de hecho.

➤ 3. Confidencialidad de la consulta desde el punto de vista del profesional

La tercera y última dimensión del RPB está dada por la confianza que el/la profesional tiene de que lo que ocurra en la consulta no será divulgado fuera de ella. Se trata de una dimensión estrechamente relacionada con el vínculo entre profesional y paciente. A tales

EL/LA PROFESIONAL DEBE INFORMAR ACERCA DE LOS DERECHOS QUE LE ASISTEN A LA PACIENTE, EN ESPECIAL ACERCA DEL DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD.

efectos, debe recordarse que el deber de confidencialidad es unidireccional, esto es, que la paciente no está obligada a guardar secreto de lo que ocurra en la consulta y pueda perjudicar al médico.

Esta dimensión del RPB difiere de las dos primeras en el sentido de que no hay parámetros objetivos para clasificar las hipótesis de riesgo. Así, se trata de un trabajo de evaluación que debe recurrir necesariamente al sentido común. Algunas pautas que se pueden tener en cuenta para evaluar esta dimensión son las que se presentan a continuación. Para cada una, el RPB puede tomar valores mínimos, medios o altos dependiendo de las circunstancias del caso.

- La probabilidad de que se esté registrando subrepticamente la consulta.
- La posibilidad de que, por el tiempo de gestación o afecciones de la paciente, pudieran darse complicaciones que hicieran probable que la paciente decida denunciar al profesional que la atendió.
- La concurrencia de acompañantes que no aprueben el servicio de asesoramiento en reducción de riesgos y daños.

> Medidas de Reducción del Riesgo Punitivo

Una vez determinado el RPB según las dimensiones que lo componen y las pautas delineadas para clasificarlo, el/la profesional ya debería haberse formado una idea de cuál es el riesgo propio de las circunstancias del caso.

El segundo paso en la reducción del riesgo punitivo consiste en la aplicación de las medidas de reducción del riesgo. Se opera, así, sobre la variable que identificamos con el nombre de Riesgo Punitivo de la Intervención (RPI). En términos de la consulta médica, la aplicación de las medidas de reducción de riesgo coincide temporalmente con el momento del asesoramiento propiamente dicho, esto es, con la transmisión de la información a la paciente sobre los métodos de aborto seguro.



Para comprender la lógica detrás de las medidas de reducción de riesgo es necesario tener en cuenta que:

- Específicamente, el riesgo al que se exponen los/las médicos/as es el de ser condenados penalmente por “participación en el delito de aborto”¹⁸ cometido por alguna de las pacientes atendidas en el servicio. Si un/a médico/a fuera condenado/a por tal delito, lo sería en virtud de que, al prestar el servicio de consejería, estaría participando en la comisión del aborto que eventualmente realizan sus pacientes, *favoreciendo* de algún modo que éstos se lleven a cabo.
- El derecho es sensible al grado de control que un agente ejerce sobre el delito. Así, el primer responsable por un hecho, el único a quien cabe llamar autor, es quien tiene el poder de controlar si éste ocurre efectivamente o no. En este sentido, la responsabilidad a la que se exponen los/las médicos/as es funcionalmente remota: ellos/ellas no controlan, ni determinan, supervisan o guían de modo alguno a quien realiza el aborto (la paciente).

18. Artículos 45, 46, 85, 86 y 88 del Código Penal Argentino.

- Para que exista responsabilidad penal deben cumplirse 3 condiciones necesarias:
 - Que se lleve a cabo un comportamiento relevante y prohibido por la ley.
 - Que no concurra un permiso específico para llevar adelante ese comportamiento en el caso en concreto.
 - Que no concurra ninguna “circunstancia de disculpa” o que impida de cualquier modo la persecución penal.

Respecto de la existencia de un comportamiento prohibido

> El aporte de los/las profesionales no es jurídicamente relevante: 1) porque no aumenta significativamente la probabilidad de que se cometa el aborto, y/o 2) porque la información entregada altera la forma de terminación del embarazo, en todo caso, de un modo que la normativa sobre aborto no tiene en consideración a los efectos punitivos.

> El aporte de los/las profesionales consiste meramente en entregar información públicamente accesible y científicamente respaldada. Por lo tanto, está dentro de los límites de lo que es socialmente adecuado, y no es razonable pensar que el legislador haya querido prohibir tal conducta.

> La entrega de información médica relevante, como tal, no está asociada a la comisión de ningún ilícito y es deseable que los/las médicos/as pongan a disposición de sus pacientes toda la información necesaria para que puedan tomar decisiones informadas y ejercer autónomamente su derecho a la salud.

> Los/las profesionales no favorecen la realización de los abortos con indiferencia o intención directa de que estos se realicen, sino teniendo en miras la preservación de la salud de sus pacientes.

Respecto de la existencia de una causa de justificación

> Los/las profesionales del servicio se enfrentan ante una colisión de deberes entre el deber de informar a sus pacientes respecto de todo lo concerniente a su salud, y el deber de no favorecer la comisión de abortos. Ante este conflicto, hay buenas razones para creer que el deber de informar tiene preeminencia justificada sobre el deber de no favorecer delitos.

Respecto de la existencia de una causa que impida la persecución penal

> La jurisprudencia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sostiene casi unánimemente que no se puede perseguir penalmente a una mujer denunciada en violación al secreto profesional. Hay buenos argumentos para sostener que la misma conclusión se puede extender a todas las personas que intervienen de alguna manera en el aborto.

- En cuanto a las formas de responsabilidad específicamente no penal:
 - El riesgo más claro de esta clase es el relacionado con el ofrecimiento de información sobre un uso para indicaciones no aprobadas (off-label) del misoprostol.
 - Sin embargo, al tratarse de un uso de misoprostol no explícitamente aprobado por la autoridad sanitaria, la solvencia de la evidencia científica disponible que avale el uso fuera de indicación aprobada juega un papel clave para evitar incurrir en mala praxis.
 - El/la médico/a tiene el deber de conocer la composición molecular del medicamento, sus efectos adversos, posología y acción terapéutica en consideración del grupo estadístico al que pertenece la paciente.

ES DESEABLE QUE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD PONGAN A DISPOSICIÓN DE LAS MUJERES TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA QUE PUEDAN TOMAR DECISIONES INFORMADAS.

Gran parte de los argumentos y defensas que respaldan estas conclusiones funcionan con prescindencia de las circunstancias en las que se desarrolla la consulta, es decir, son independientes de cómo se manejen los/las médicos/as. Un ejemplo de esto es la argumentación que surge de los precedentes judiciales que anularon los procesos penales iniciados en violación al secreto profesional.

Otros argumentos, en cambio, son sensibles al contexto en el que se desenvuelve la consulta, de modo que el comportamiento que adoptan los/las médicos/as se vuelve un factor decisivo. Las medidas de reducción de riesgo operan así sobre el contexto de la consulta minimizando la probabilidad de que un observador externo (por ejemplo, un juez), pueda concluir que se han excedido los límites legales.

Como se verá, es posible que algunas de las medidas propuestas puedan entrar en tensión con las recomendaciones de la práctica clínica respecto de la relación con los/las pacientes, o con el estilo particular de cada profesional. La mención de estas medidas responde al objetivo de que no se imponga una estructura de consulta rígida que podría desnaturalizar la práctica clínica cotidiana. Por el contrario, las pautas que presentamos intentan brindar la flexibilidad necesaria para que cada profesional pueda implementar las medidas de minimización de riesgo que considere pertinentes en cada caso concreto, atendiendo al riesgo jurídico inherente a la consulta (determinado por el Riesgo Punitivo de Base) y a su propio y personal estilo de llevar adelante la interacción médico-paciente.

Clasificamos las medidas de reducción del riesgo de acuerdo a si es la *realización* de ciertos comportamientos lo que disminuye el riesgo, o si, por el contrario, es la *abstención de realizarlos* lo que lo minimiza.

> Comportamientos que reducen el Riesgo Punitivo de la Intervención (RPI)

1. Explicar a la paciente que, en su caso, llevar adelante el aborto es un delito para la ley argentina vigente y que, por lo tanto, la asistencia que se le puede brindar en el servicio está limitada. Esa limitación consiste en que no se le puede prescribir ni facilitar ninguna medicación o procedimiento, ni asistirle en el momento en que eventualmente ella

decida proceder con el aborto¹⁹. **El riesgo se reduce por hacer explícita la intención de atenerse a los parámetros legales y por fomentar la toma de una decisión autónoma, entregando toda la información relevante.**

2. Explicar las alternativas al aborto que tiene la paciente a su disposición (maternidad y adopción).

De igual modo, se fortalece la conclusión de que la información entregada es imparcial y que se fundamenta únicamente en el bienestar de la paciente.

3. Explicar a la paciente que ella tiene un derecho a la salud por lo que, en contrapartida, los médicos tienen el deber de velar por ella. Dada su decisión, esto se logra al no esconderle ningún tipo de información que pueda ser importante para decidir, en la que tienen que considerarse tanto las posibilidades médicas como legales. Así, el objetivo de la consulta no es influir en la decisión que ella tome respecto de su embarazo sino que, sea cual sea la decisión que tome, lo haga teniendo en cuenta la información pública (disponible en Internet y en publicaciones de instituciones reconocidas como OMS, FLASOG, etc.) y avalada científicamente. Si la edad de la paciente es acorde, comentar datos estadísticos acerca de la efectividad de los programas contra el aborto inseguro en la reducción de la morbilidad materna, sin dejar de mencionar que el aborto hecho en las condiciones que se le explicarán a continuación es seguro para su salud.

Esta medida es quizás la más importante, no sólo porque fortalece la autonomía de la paciente, sino porque hace explícito que la provisión del servicio de consejería, como parte de un programa de salud integral, es un deber fundado en ley. Asimismo, se explicita que la información es pública y veraz, fundamentos muy importantes de la argumentación jurídica.

4. Mencionar que la información se da en atención al deber de informar que tienen todos/as los/las médicos/as respecto de sus pacientes, y que eso no necesariamente quiere decir que personalmente se esté de acuerdo con proceder a abortar en un caso no permitido legalmente²⁰.

Mencionar esto dificulta que un observador externo infiera que el/la profesional aprueba el aborto de su paciente, un requisito fundamental para que exista responsabilidad penal.

5. Informar acerca de todos los métodos de aborto seguro.

Fortalece la autonomía de la paciente y refuerza la inferencia de que el compromiso del profesional es con la salud y no con el aborto en sí mismo. Esto dificulta la infe-

19. Aunque no se trate de una medida de reducción de riesgo en sí, puede ser positivo para la paciente recordar junto a esta "advertencia" lo relativo al derecho/deber de confidencialidad, particularmente sobre la nulidad de las denuncias hechas en violación al secreto profesional.

20. Este es probablemente el ejemplo de una medida de reducción de riesgo difícil de compatibilizar con las necesidades de la relación médico-paciente. Es posible suplir la omisión de esta medida sosteniendo, justamente, que una buena práctica médica desaconseja hacer explícitas las opiniones personales desaprobatorias sobre las pacientes sin que se pueda inferir de ello la aprobación del profesional de que la paciente aborte. Así y todo, no deja de ser una medida efectiva de reducción del riesgo y en casos de RPB alto sigue siendo aconsejable implementarla.

rencia de que el/la médico/a tiene algún tipo de control sobre la decisión y conducta ulterior de la paciente.

6. Informar sobre los riesgos de los métodos de aborto inseguro disponibles en Argentina. Complementa el deber de informar y hace más explícito el compromiso del profesional con que se eviten situaciones de riesgo para la vida o la salud de la paciente.

7. En el caso del aborto medicamentoso, informar acerca de la medicación relevante, su aprobación en ANMAT y los efectos adversos que puede tener.
Forma parte del deber de informar.

En sentido opuesto, la siguiente es una lista de las clases de comportamientos que **aumentan el riesgo de la intervención** y que, desde el punto de vista exclusivo de la minimización de riesgos punitivos, convendría evitar. Sin embargo, nuevamente puede darse el caso de que sea apropiado o conveniente incluir en la consulta alguna de ellas. La decisión corresponderá, en cada caso, a las necesidades de la práctica médica y al fortalecimiento de la relación con las pacientes, así como al RPB del caso en particular.

> **Comportamientos que aumentan el Riesgo Punitivo de la Intervención**

1. Dar información reservada (en oposición a información pública) o no avalada científicamente.

Por ejemplo, de qué manera específica se puede conseguir el misoprostol (una farmacia en particular o algún servicio que lo provea de forma irregular). Nótese que ello difiere de informar acerca de la disponibilidad del misoprostol en farmacias, como hecho público y notorio. Aumenta el riesgo puesto que dificulta la argumentación fundada en la aceptación social de la entrega de información exclusivamente médica y de acceso público.

2. Manifestar cualquier forma de compromiso ideológico con el aborto.

Por ejemplo, manifestarle a una paciente de escasa edad que es demasiado joven para ser madre.

Dificulta la argumentación fundada en la falta de intención o aprobación respecto de que se realice el aborto y, por el contrario, hace más fácil que un observador externo concluya que el/la profesional determinó la decisión de la paciente.

3. Realizar comentarios que puedan influir en los juicios morales de la paciente.

Por ejemplo, acerca del estatus del embrión como una entidad con derechos, o que no debe sentir culpa por querer abortar a pesar de lo que diga su religión. El ejemplo difiere de la mera mención de que en otros países el aborto en su caso estaría permitido para ilustrar que la legislación Argentina no deja de ser circunstancial y que responde a decisiones legislativas.

Esta medida dificulta la prueba de falta de aprobación e influye en la decisión de la paciente a partir de dichos no necesariamente ligados a la medicina y no necesariamente aceptados por la sociedad en su conjunto.

4. Realizar cualquier otro comentario que pueda influir en el comportamiento ulterior de la paciente.
Por ejemplo, aconsejar el aborto.



123RF.com / Ravinder Shan

➤ Comportamientos que no reducen ni aumentan el Riesgo Punitivo de la Intervención

1. Informar sobre los modos de acción, dosis recomendada, efectos esperables del uso del misoprostol y otra información de carácter médico-científico relacionada.
2. Llevar historias clínicas de las pacientes siguiendo los usos y costumbres de la práctica clínica en general.
3. Ofrecer una consulta posterior en caso de que la decisión sea abortar para verificar el estado de salud de la paciente. La consulta está sujeta a las mismas condiciones de confidencialidad que la consejería, y cualquier otra en la que se entable una relación profesional médico-paciente.
4. Ofrecer el teléfono particular en caso de una emergencia, si tal es la práctica regular del/la médico/a.
5. Informar sobre la existencia de una línea telefónica de información sobre aborto seguro, si de acuerdo al conocimiento del profesional la información que allí se ofrece.



Desarrollo esquemático de la consulta

Aquí se resumen las pautas para la consulta desarrolladas de manera esquemática con el objeto de ser utilizadas como referencia y apoyo en la evaluación del Riesgo Punitivo de Base y la implementación de las medidas de reducción de riesgo apropiadas.

Abordaje (se desarrolla como parte del abordaje típico de la consulta)

1. Presentación del profesional y la paciente

- a. Tomar nota del nombre y edad de la paciente
- b. Si corresponde, consultar quién acompaña y en calidad de qué

2. Información sobre la confidencialidad de la consulta

- a. Qué incluye el derecho/deber de confidencialidad
- b. La paciente: única titular del derecho a la confidencialidad
- c. Efectos de la violación al deber de confidencialidad
 - Para la paciente
 - Para los/as profesionales que incurran en tal conducta
- d. Acompañantes
 - Derecho a excluirlos de la consulta en cualquier momento
 - Sujetos a no violar la confidencialidad de la consulta sin autorización de la paciente, incluso si ella fuera menor y el acompañante fuera uno de los progenitores.

Evaluación del RPB (Coincide temporalmente con el momento en que se averiguan los motivos de la consulta y las circunstancias en las que se produjo el embarazo)

3. Confianza en la confidencialidad de la consulta (grabaciones subrepticias)

4. Grado de determinación a abortar de la paciente

- a. Paciente está decidida a interrumpir el embarazo y desea información sobre métodos seguros. [RPB: Mínimo]
- b. Paciente no está decidida a interrumpir el embarazo
 - Preocupación por las consecuencias del aborto para su salud. [RPB: Medio]
 - Preocupación por la legalidad del aborto. [RPB: Medio]
 - Preocupaciones morales, culpa, etc. [RPB: Alto]
 - Desconocimiento total/parcial sobre sus opciones [RPB: Medio]

5. Constatación del embarazo

6. Constatación del estado de salud general de la paciente

- a. Hay razones para creer que el embarazo pone en peligro la vida o la salud de la paciente [RPB: Cero]

7. Status legal del aborto

- a. Si el caso se enmarca dentro del artículo 86 del Código Penal es un aborto no punible (Ver pág 11, 26 y 27) [RPB: Cero]

8.a Reducción de riesgos y daños en casos de un aborto no punible

- a. Explicación acerca de que se trata de un aborto no punible y sus consecuencias: Alcance amplio de la atención médica (posibilidad de prescribir medicamentos, indicar dónde obtenerlos, etc.).
- b. Mantener la decisión final en la paciente
 - Información sobre alternativas
 - Maternidad
 - Adopción
 - Aborto
- c. Observaciones legales: Otros requisitos del Art. 86 CP
 - Aborto realizado por un médico diplomado.
 - Aborto medicamentoso contemplado dentro de la ley.

8.b Reducción de riesgos y daños en casos de aborto punible

- a. Medidas que reducen el RP
 - Explicar que se trata de un aborto prohibido por la ley y sus consecuencias:
 - Alcance de la atención médica restringido a proveer información pública y científicamente avalada.
 - Recordar derecho/deber de confidencialidad.
 - Explicar que ningún médico o profesional de la salud puede hacer una denuncia en contra de ella
 - Explicar que ningún médico que la trate puede revelar su decisión. Secreto profesional.
 - Informar sobre alternativas
 - Maternidad
 - Adopción
 - Aborto
 - Explicar que la información que se da en el marco del deber que tienen los médicos de informar a las pacientes sobre todo lo relacionado con su salud; que es información científica y de dominio público disponible, entre otros, en el sitio de Internet de la Organización Mundial de la Salud.
 - Explicar a la paciente que la decisión final sobre qué hacer con la información que reciba es suya, y que la debe tomar sin presiones externas.

EL EQUIPO DE SALUD NO TIENE PARTICIPACIÓN DIRECTA O INDIRECTA EN LA DECISIÓN DE LA MUJER NI EN EL HECHO PUNTUAL DE LA INDUCCIÓN DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.

SE DEBE EXPLICAR A LA MUJER QUE LLEVAR ADELANTE EL ABORTO ES UN DELITO PARA LA LEY ARGENTINA VIGENTE Y QUE, POR LO TANTO, LA ASISTENCIA QUE SE LE PUEDE BRINDAR DESDE EL SERVICIO DE SALUD ES LIMITADA.

- Explicar que el aborto inseguro es una realidad que pone en riesgo la salud de las mujeres. El objetivo de la RRYD es preservar la salud de la mujer y, dada su decisión, ello se logra transfiriéndole toda la información disponible sobre métodos seguros. Si la edad de la paciente es acorde, comentar datos estadísticos acerca de la efectividad de estos programas en la reducción de la morbi-mortalidad materna, sin dejar de mencionar que el aborto hecho en las condiciones que se le explicarán a continuación es seguro para su salud.
- Explicación de los métodos abortivos seguros.
 - Mención/Explicación general de todos los métodos seguros.
 - Caso de misoprostol.
 - Explicar sus beneficios comparativos.
 - Explicar modo de aplicación, dosis, modo de acción, efectos esperables
 - Explicar riesgos de malformaciones si no logra efecto.
 - Explicar aprobación por ANMAT y otros usos que se le pueden dar (incluida inducción del parto e interrupción del embarazo), mencionar la información médico-científica que respalda su uso para la interrupción del embarazo.
 - Mencionar métodos abortivos inseguros y desalentar su uso.
- b. Medidas que aumentan RP.
 - Dar información reservada o no avalada científicamente.
 - Manifiestar cualquier forma de compromiso ideológico con el aborto.
 - Realizar comentarios que puedan influir en los juicios morales de la paciente.
 - Realizar cualquier otro comentario que pueda influir en el comportamiento ulterior de la paciente.

9. Consulta posterior

- a. Recomendarla independientemente de la decisión que tome la paciente.
- b. Recordar deber/derecho de confidencialidad.
- c. Ofrecer el número de teléfono personal o institucional ante una emergencia, si se lo ofrecería en otro caso de atención también.

CASOS HIPOTÉTICOS DE CONSULTA

Esta sección ilustra el modo de uso de las pautas de la Guía Operativa (evaluación del RPB + implementación de medidas de reducción del RPI) con casos hipotéticos que pueden adoptar las consultas²¹.



CASO 1

Una paciente sana de 17 años se presenta sola a la consulta de consejería. Está embarazada y decidida a abortar. Busca información sobre métodos seguros.

Médica: *Hola, P, soy la Dra. M. Antes que nada voy a tomarte algunos datos. ¿P es tu nombre completo? ¿Qué edad tenés?*

Paciente: *Sí, P es mi nombre y tengo 17 años, pero la verdad preferiría que mis datos no quedaran registrados. No les conté nada de esto a mis papás y bueno, no sé quién puede ver lo que usted escribe.*

Médica: *Te entiendo, pero mirá, solamente necesito tu nombre y edad para poder hacer tu seguimiento médico. Y qué bueno que me menciones tu preocupación. Te explico: esta consulta, así como todas las consultas que vos tengas con un médico o enfermero, técnico ecografista o quien sea, son absolutamente confidenciales. La ley lo establece así. Vos tenés derecho a la confidencialidad y los médicos tenemos el deber legal de guardar el secreto. La confidencialidad también cubre tu historia clínica y cualquier registro en el que aparezcan tus datos y, como te dije, la titular de ese derecho sos vos. Así que, en cuanto a eso, quedate tranquila porque nada de lo que conversemos acá o converses vos con otro médico puede salir de ahí. ¿Se entiende?*



Información sobre la confidencialidad de la consulta médica

Paciente: *Sí, perfecto. No sabía eso. Pensé que mis padres podían enterarse de lo que sucedía en la consulta.*

Médica: *No, ni tus papás, ni otros médicos, ni nadie, excepto que vos nos autorices. No importa la edad que tengas, el derecho es tuyo y estás protegida por la ley en este sentido. Así que, si te parece, contame cómo llegaste acá y cómo te podemos ayudar.*

Paciente: *Bueno, hace un poco más de 2 meses que volví del viaje de egresados a Bariloche y allá estuve con un chico que conocí ahí. Esa fue la última vez que tuve relaciones, después tuve un*

21. El desarrollo de los casos que se presentan se circunscribe exclusivamente a la evaluación del riesgo punitivo. Se entiende que en la consulta se aborda profunda e integralmente la situación que atraviesa la mujer, pero esa dimensión no se desarrolla en estos ejemplos.

atraso, y cuando me hice el test salió positivo. Se lo conté a una amiga —mis padres me matan si se enteran— que me acompañó a hacerme la ecografía... (la médica hace señas de que se la pase y la estudia).

Médica: Bueno, sí, acá se ve un embarazo de 7 semanas, que coincide con lo que me decís. ¿Qué pasó con el chico? ¿Sabe de esto? ¿Estás segura que es de él?

Paciente: No sabe nada; de hecho, no lo volví a ver desde esa vez. Pero sí, seguro que es de él.

Médica: Ok. Bueno... contame entonces qué estuviste pensando con respecto a este embarazo.

Paciente: Y... no lo quiero tener. No es el momento para mí; no tengo manera de contactarme con el chico de Bariloche, y... no creo que a mi familia le vaya a gustar mucho la idea de que tenga un hijo tampoco.

A esta altura, la médica ya tiene suficiente información como para determinar el RPB.

- La paciente está determinada a abortar (RPB: Mínimo)
- Alta confianza en la confidencialidad de la consulta (RPB: Mínimo)
- Riesgo Punitivo de Base = Mínimo.

Médica: Entiendo. Lo importante es que la decisión que tomes sea enteramente tuya. Eso no quiere decir que no puedas buscar apoyo, pero tenés que elegir con total libertad y sin presiones de ningún tipo. A esta altura tenés que conocer qué opciones tenés. Si no querés tenerlo, siempre está la posibilidad de darlo en adopción, y también podés elegir terminar el embarazo. Si quisieras darlo en adopción nosotros podemos ayudarte con todo el proceso.



Medida de reducción del riesgo: Alternativas disponibles para la paciente

Paciente: No, darlo en adopción no podría: no quiero que mi familia sepa nada de esto. Quiero terminar con esto de una vez, me tiene muy angustiada... Pero me preocupa que tengo amigas que abortaron y después tuvieron complicaciones. A una chica que conozco la tuvieron que internar y fue terrible. Mi amiga, la que sabe de esto, me dijo que viniera acá...

Médica: Hizo muy bien. Los abortos inseguros son la primera causa de muerte materna en Argentina, y son absolutamente evitables porque hay métodos disponibles de alta seguridad.

En fin, te cuento qué podemos y qué no podemos hacer. Por lo que me relataste, en tu caso, abortar, tal y como está la ley hoy, es ilegal. Quizás escuchaste que hay situaciones en las que se permite, pero éste no es el caso: vos estás sana, el embrión no es anencefálico y consentiste libremente la relación sexual. Por lo tanto, la ley nos pone ciertos límites: no te vamos a poder recetar ningún medicamento abortivo ni decirte cómo conseguirlo. Lamentablemente tampoco podemos ayudarte de ninguna otra manera más que darte toda la información científica que hay disponible y que, de hecho, podrías conseguir por ejemplo si entraras en el sitio de Internet de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por otro lado, nuestro deber es hacer justamente eso: dado que vos ya tomaste una decisión, podemos y debemos darte toda la información para que tu salud, que es lo que nos importa, corra el menor riesgo posible. ¿Está bien?



Medidas de reducción del riesgo: Explicación del status legal del aborto, explicitación del compromiso con la salud de la paciente, explicitación de que se actúa bajo el deber de informar

Paciente: *Sí, está bien.*

Médica: *Bien. Antes de contarte sobre los métodos seguros dejame repetir dos cosas. Una es que en tu decisión no podés pasar por alto el hecho de que, hoy por hoy, abortar en tu caso estaría prohibido por la ley. Por otro lado, recordá lo que te dije sobre la confidencialidad: ningún médico, no importa de qué manera se entere, puede comentar absolutamente nada sobre lo que hagás; mucho menos hacer una denuncia en contra tuyo. Incluso si te atendés después con otra persona que no sea yo, esa persona va a estar sujeta al mismo deber de confidencialidad.*



Medida de reducción del riesgo: Enfatiza que la decisión es de la paciente y que la tiene que tomar teniendo en cuenta toda la información relevante

Paciente: *Ok.*

Médica: *Bien. Los métodos de aborto seguro son... (explicar en general los métodos de aborto seguro. En el caso del misoprostol, explica su aprobación en ANMAT, dosis y modo de utilización según pautas avaladas internacionalmente, así como sus posibles efectos adversos, incluidos los posibles efectos teratogénicos si continúa el embarazo. Lo más importante es que los/las profesionales se aseguren de que la mujer haya comprendido bien la información). Lo importante es que, hagás lo que hagás, no te expongas a ninguna situación de riesgo (explicar algunos ejemplos de aborto inseguro: métodos quirúrgicos en domicilios particulares sin personal capacitado, infusiones, colocación de sonda o tallo de perejil, etc.).*

Médica: *¿Hay alguna pregunta que me quieras hacer?*

Paciente: *¿Dónde puedo comprar esas pastillas?*

Médica: *La mayoría de las farmacias venden misoprostol. Como te dije, sin embargo, la venta es bajo receta, y nosotros no la podemos hacer ni indicarte alguna farmacia que la venda sin receta, si es que existe; eso es algo que vos tendrías que averiguar por tu cuenta.*

Paciente: *Ok, entiendo.*

Médica: *Es muy importante que vuelvas a la consulta si acaso decidís finalmente abortar, para que te podamos revisar y veamos que esté todo bien con tu salud. Esa consulta también va a estar sujeta a total confidencialidad. No dejes de venir porque es importante para que te podamos cuidar y descartar cualquier riesgo para tu salud.*



CASO 2

Una paciente sana de 16 años se presenta con su madre a la consulta. Está embarazada y determinada abortar. Ya intentó con misoprostol pero en dosis insuficientes y, por lo tanto, no tuvo éxito. Busca información sobre la dosis correcta.

Médica: *Hola, P, soy la Dra. M. Antes que nada voy a tomarte algunos datos. ¿P es tu nombre completo? ¿Qué edad tenés?*

Paciente: *Sí, P es mi nombre y tengo 16 años.*

Médica: *¿Ella es tu mamá?*

Paciente: *Sí.*

Médica: *¿Vos querés que ella se quede durante la consulta o preferís que se vaya?*

Paciente: *Quiero que se quede.*

Médica: *Bueno, como prefieras. Pero igual quiero explicarte: no importa la edad que tengas, vos tenés derecho a recibir información relativa a tu salud sexual y reproductiva sin necesidad de que tus padres lo autoricen o estén presentes.*

Paciente: *Yo quiero que mi mamá se quede, pero no quiero que mi papá se entere de nada de esto.*

Médica: *Esta consulta, así como todas las consultas que vos tengas con un médico o enfermero, técnico o quien sea, son absolutamente confidenciales. La ley lo establece así. Vos tenés derecho a la confidencialidad y los médicos tenemos el deber legal de guardar el secreto. La confidencialidad también cubre tu historia clínica y cualquier registro en el que aparezcan tus datos y, como te dije, la titular de ese derecho sos vos. Así que, en cuanto a eso, quedate tranquila porque nada de lo que conversemos acá o converses vos con otro médico puede salir de ahí. ¿Se entiende?*



Información sobre la confidencialidad de la consulta médica.

SECCIÓN 5 · ASPECTOS LEGALES Y JURÍDICOS QUE ATAÑEN AL EQUIPO DE SALUD

Paciente: *Sí.*

Médica: *Nosotros no podemos decirle nada a nadie excepto que vos nos autorices. Contame cómo llegaste al servicio y cómo te podemos ayudar.*

Paciente: *Una amiga me recomendó que viniera porque estoy embarazada de 9 semanas según esta ecografía que me hice ayer.*

Médica: *Bueno, sí, acá se ve un embarazo de 9 semanas, que coincide con lo que me decís. ¿Tenés novio? ¿Sabés quién es el padre?*

Paciente: *Sí, es mi novio.*

Médica: *¿Y él lo sabe, te acompaña?*

Paciente: *Él me apoya en la decisión de abortar, igual que mi mamá.*

Médica: *Ok. Bueno... contame entonces qué estuviste pensando respecto de este embarazo.*

Paciente: *Yo no lo quiero tener. Hace 2 semanas tomé 3 de esas pastillas para abortar pero no me hicieron nada...sigo embarazada.*

A esta altura, la médica ya tiene suficiente información como para determinar el RPB.

- La paciente está determinada a abortar (RPB: Mínimo)
- Alta confianza en la confidencialidad de la consulta (RPB: Mínimo)
- Riesgo Punitivo de Base = Mínimo.

Médica: *¿Quién te recomendó que tomaras 3 pastillas?*

Paciente: *Una amiga*

Médica: *Bueno, vamos por partes. Lo más importante acá es que la decisión que tomes sea enteramente tuya. Eso no quiere decir que no puedas buscar apoyo, pero tenés que elegir que querés hacer con total libertad y sin presiones de ningún tipo. Es importante que decidas conociendo todas tus opciones. Como ya sabrás, vos podés tenerlo, darlo en adopción o interrumpir el em-*

barazo. Si quisieras darlo en adopción nosotros podemos ayudarte con todo el proceso. Por lo que me decís, ya tomaste misoprostol antes, lo que significa que existe una posibilidad remota de que el feto tenga malformaciones congénitas si continuás con el embarazo.



Medida de reducción del riesgo: Alternativas disponibles para la paciente y sus consecuencias

Madre: *Ella ya sabe que quiere abortar.*

Médica: *Disculpe señora, pero la paciente es P. Usted puede quedarse pero sin contestar por P; quiero escucharla a ella.*

Paciente: *Sí, yo estoy decidida a abortar... pero no quiero volver a tomar las pastillas y que no me haga nada. Además me preocupa que tomarlas de nuevo pueda hacerme mal a la salud.*

Médica: *Te cuento qué podemos y qué no podemos hacer nosotros en el servicio. Por lo que me contás, en tu caso, abortar, tal y como está la ley hoy, está prohibido. Quizás escuchaste que hay situaciones en las que se permite, pero éste no es el caso: vos estás sana, el embarazo no es anencefálico y consentiste libremente la relación sexual. Por lo tanto, la ley nos pone ciertos límites: no te vamos a poder recetar ningún medicamento abortivo ni decirte cómo conseguirlo. Lamentablemente tampoco podemos ayudarte de ninguna otra manera más que darte toda la información científica que hay disponible y que, de hecho, podrías conseguir por ejemplo si entraras al sitio de Internet de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por otro lado, nuestro deber es hacer justamente eso: dado que vos ya tomaste una decisión, podemos y debemos darte toda la información para que tu salud, que es lo que en definitiva nos importa, corra el menor riesgo posible. ¿Está bien?*



Medidas de reducción del riesgo: Explicación del status legal del aborto, explicitación del compromiso con la salud de la paciente, explicitación de que se actúa bajo el deber de informar

Paciente: *Sí, está bien.*

Médica: *Bien. Antes de contarte sobre los métodos seguros dejame repetir dos cosas. Una es que en tu decisión no podés pasar por alto el hecho de que, hoy por hoy, abortar en tu caso estaría prohibido por la ley. Por otro lado, recordá lo que te dije sobre la confidencialidad: ningún médico, no importa de qué manera se entere, puede comentar absolutamente nada sobre lo que*

hagas; mucho menos hacer una denuncia en contra tuyo. Incluso si te atendés después con otra persona que no sea yo, esa persona va a estar sujeta al mismo deber de confidencialidad.



Medida de reducción del riesgo: Enfatiza que la decisión es de la paciente y que la tiene que tomar teniendo en cuenta toda la información relevante

Paciente: *Ok.*

Médica: *Bien. Los métodos de aborto seguro son... (Explica en general los métodos de aborto seguro. En el caso del misoprostol, explica su aprobación en ANMAT, dosis y modo de utilización según pautas avaladas internacionalmente, así como sus posibles efectos adversos, incluidos los efectos teratogénicos si continúa el embarazo. Es importante que los/las profesionales se aseguren de que la paciente haya comprendido bien la información).*

Lo importante es que, hagas lo que hagas, no te expongas a ninguna situación de riesgo (explica algunos ejemplos de aborto inseguro: métodos quirúrgicos en domicilios particulares sin personal capacitado, infusiones, etc.). Es importante, también, que la médica explique a la paciente que se encuentra dentro del límite de la edad gestacional considerada más segura para la auto-inducción del aborto con misoprostol.

Médica: *¿Hay alguna pregunta que me quieras hacer?*

Paciente: *¿Es seguro el misoprostol que se vende por Internet?*

Médica: *Hay que tener cuidado porque nos enteramos que venden misoprostol adulterado. Siempre es mejor si se compra en una farmacia. El problema de las farmacias es que se trata de un medicamento que se vende bajo receta archivada. Nosotros no podemos hacerte una receta ni indicarte alguna farmacia que la venda sin receta, si es que existe; eso es algo que vos tendrías que averiguar por tu cuenta.*



Medida de reducción del riesgo: Recomendamos que no se den muchas especificaciones sobre cómo conseguir el misoprostol. Especialmente porque viene con la madre que aprueba la decisión y puede ayudarla a conseguirlo

Paciente: *Ok.*

Médica: *Perfecto. Lo único que queda entonces es pedirte que vuelvas a la consulta si acaso decidís finalmente abortar, para que te podamos revisar, veamos que esté todo bien con tu salud y que elijas un método anticonceptivo. Esa consulta también va a estar sujeta a total confidencialidad. Te pido que no dejes de venir porque es importante para que te podamos cuidar y descartar cualquier riesgo para tu salud*



CASO 3

Una paciente sana de 16 años se presenta a la consulta acompañada por la madre de su novio. No está determinada a abortar. Busca información sobre sus opciones.

Médica: *Hola, P, soy la Dra. M. Antes que nada voy tomarte algunos datos. ¿P es tu nombre completo? ¿Qué edad tenés?*

Paciente: *Sí, P es mi nombre y tengo 16 años.*

Médica: *¿Ella es tu mamá?*

Paciente: *No, es la mamá de mi novio.*

Acompañante: *Disculpe doctora, mi nombre es J. ¿Hay algún problema en que no sea la madre de P?*

Médica: *En principio no hay ningún problema, pero la decisión es de P. ¿Vos querés que ella se quede durante la consulta o preferís que se vaya?*

Paciente: *Quiero que se quede.*

Médica: *Bueno, como prefieras. No hay ningún problema, pero les recuerdo a ambas que P tiene derecho a recibir información relativa a su salud sexual y reproductiva sin necesidad de que sus padres lo autoricen o estén presentes. J se puede quedar todo el tiempo y hasta que vos quieras, si su presencia te parece importante, pero no es obligatorio y podemos pedirle que te espere afuera ahora o en el momento que quieras.*

Paciente: *Está bien, ella me está acompañando y mis papás no saben nada de esto así que mejor que se quede.*

Médica: *En principio, mientras vos comprendas lo que hablemos la consulta va a ser entre nosotras dos. La mamá de tu novio va a poder intervenir sólo en la medida en que vos se lo pidas o en el caso de que yo considere que ella te puede explicar algo mejor. Otra cosa: esta consulta, así como todas las consultas que vos tengas con un médico o enfermero, técnico ecografista o quien sea, son absolutamente confidenciales. La ley lo establece así. Vos tenés derecho a la confidencialidad y los médicos tenemos el deber legal de guardar el secreto. La confidencialidad también cubre tu historia clínica y cualquier registro en el que aparezcan tus datos y, como te dije, la titular de ese derecho sos vos. Así que, en cuanto a eso, quedate tranquila porque nada de lo que conversemos acá o converses vos con otro médico puede salir de ahí. ¿Se entiende?*



Información sobre la confidencialidad de la consulta médica

SECCIÓN 5 · ASPECTOS LEGALES Y JURÍDICOS QUE ATAÑEN AL EQUIPO DE SALUD

Paciente: *Sí.*

Médica: *Nosotros no podemos decirle nada a nadie excepto que vos nos autorices. Bueno, contame cómo llegaste al servicio y cómo te podemos ayudar.*

Paciente: *Mi suegra me dijo que hiciéramos una consulta porque estoy embarazada de 7 semanas, según esta ecografía que me hice ayer. (La médica hace señas de que se la pase y la estudia).*

Médica: *Bueno, sí, acá se ve un embrión de 7 semanas, que coincide con lo que me decís. Contame de tu novio, ¿él es el padre?*

(La acompañante se sorprende por la pregunta y mira a P de forma un tanto desaprobatória por lo que puede llegar a decir. La médica advierte que P vacila e interviene antes de que responda).

Médica: *P, te recuerdo que si preferís que hablemos a solas podemos pedirle a la señora que se retire.*

Paciente: *Sí, es de mi novio. Sólo tuve relaciones con él.*

Médica: *¿Qué opina tu novio de que estés embarazada?*

Paciente: *Él quiere que no lo tenga, igual que ella...*

Médica: *¿Y qué querés vos?*

Paciente: *Yo la verdad no sé... Entiendo lo que dicen mi novio y mi suegra, yo también creo que soy demasiado chica para tener un bebé. Pero no puedo dejar de pensar que es una vida. Así me educaron tanto mis papás como en el colegio. Cuando empezamos a tener relaciones con mi novio yo sabía que esta posibilidad existía y siento que ahora me tengo que hacer cargo.*

Acompañante: *¡P, esto no era lo que habíamos hablado...!*

(La médica le impide seguir hablando, advirtiéndole de que puede haber un conflicto entre los deseos de la paciente y la acompañante)

Médica: *Señora, disculpe pero, con todo respeto, yo tengo que velar porque P tome una decisión autónoma y libre de presiones. Yo no puedo evitar que ustedes hablen fuera de la consulta, pero mientras estén acá le voy a pedir que no intervenga más o voy a tener que pedirle que espere afuera.*

A esta altura, la médica ya tiene suficiente información como para determinar el RPB.

- La paciente no está firmemente determinada a abortar (RPB: Medio/Alto)
- Hay un potencial conflicto de intereses entre la paciente y su grupo de contención y, aunque la acompañante es la que parece más determinada a que la paciente aborte, la confidencialidad de la consulta puede estar comprometida (RPB: Medio/Alto)
- Riesgo Punitivo de Base = Medio/Alto.

Médica: Bueno, vamos por partes. P, lo más importante acá es que la decisión que tomes sea enteramente tuya. Eso no quiere decir que no puedas buscar apoyo, pero tenés que elegir con total libertad y sin presiones de ningún tipo. Es importante que decidas conociendo todas tus opciones. Como ya sabrás, vos podés tenerlo, darlo en adopción o interrumpir el embarazo. Si quisieras darlo en adopción nosotros podemos ayudarte con todo el proceso.



Medida de reducción del riesgo: Alternativas disponibles para la paciente y sus consecuencias

Paciente: No sé lo de la adopción... Igualmente sería difícil que lo tuviera. No descarto que termine abortando...

Médica: Acá nuestro único objetivo es cuidar tu salud y eso se logra dándote a conocer todas tus opciones en este momento. Desde ya que nosotros no te vamos a sugerir ninguna: la decisión tiene que ser enteramente tuya. Por lo que me contás, en tu caso, abortar, tal y como está la ley hoy, está prohibido. Quizás escuchaste que hay situaciones en las que se permite, pero éste no es uno de esos casos: vos estás sana, el embarazo no es anencefálico y consentiste libremente la relación sexual. Por lo tanto, la ley nos pone ciertos límites: en caso de que tu decisión sea abortar, no te vamos a poder recetar ningún medicamento abortivo ni decirte cómo conseguirlo. Tampoco podemos ayudarte de ninguna otra manera que no sea darte toda la información científica que hay disponible y que, de hecho, podrías conseguir vos misma, por ejemplo, si entraras en la página de Internet de la Organización Mundial de la Salud.

Paciente: Sabía que abortar está prohibido pero no sabía lo de la información en Internet.

SECCIÓN 5 · ASPECTOS LEGALES Y JURÍDICOS QUE ATAÑEN AL EQUIPO DE SALUD

Médica: *Así es. Yo no puedo hacer más que decirte lo mismo que dice ahí. Pero por otro lado, mi deber como médica es informarte sobre todo lo relacionado con tu salud, incluyendo las opciones que, desde el punto de vista estrictamente legal, sería desaconsejable tomar por el riesgo que asumís tanto vos como quienes te ayuden, si es que eventualmente te decidís por esa opción.*



Medidas de reducción del riesgo: Explicación del status legal del aborto, explicitación del compromiso con la salud de la paciente, explicitación de que se actúa bajo el deber de informar. El énfasis en los riesgos legales puede ser contraproducente en cuanto a la relación médico-paciente, pero dado el alto RPB, lo aconsejable es implementar todas las medidas de reducción de riesgo posibles. Ello naturalmente no deja de quedar a discreción de cada profesional. En un caso como este, obviar descargos como este no colabora necesariamente con el objetivo de reducir los riesgos asociados al aborto inseguro y, por el contrario, puede exponer a los/las profesionales a riesgos jurídicos innecesarios

Paciente: *Está bien.*

Médica: *Bien. Antes de contarte sobre los métodos seguros dejame repetir dos cosas. Una es que en tu decisión no podés pasar por alto el hecho de que, hoy por hoy, abortar en caso estaría prohibido por la ley. Por otro lado, recordá lo que te dije sobre la confidencialidad: ningún médico, no importa de qué manera se entere, puede comentar absolutamente nada sobre lo que hagas; mucho menos hacer una denuncia en contra tuyo. Incluso si te atendés después con otra persona que no sea yo, esa persona va a estar sujeta al mismo deber de confidencialidad.*



Medida de reducción del riesgo: Enfatiza que la decisión es de la paciente y que la tiene que tomar teniendo en cuenta toda la información relevante

Paciente: *Ok.*

Médica: *Bien. Los métodos de aborto seguro son... (Explica en general los métodos de aborto seguro. En el caso del misoprostol, explica su aprobación en ANMAT, dosis y modo de utilización según pautas avaladas internacionalmente, así como sus posibles efectos adversos, incluidos los posibles efectos teratogénicos si lo usa y el embarazo no se interrumpe. Es crucial que los/las profesionales se aseguren de que la paciente haya comprendido bien la información. Lo importante es que, hagas lo que hagas, no te expongas a ninguna situación de riesgo (explica algunos ejemplos de aborto inseguro: métodos quirúrgicos en domicilios particulares sin personal capacitado, infusiones, colocación de sondas, etc.).*

Médica: *¿Hay alguna pregunta que me quieras hacer?*

Paciente: *¿Es seguro el misoprostol que se vende por Internet?*

Médica: *Hay que tener cuidado con algunas pastillas porque ha habido casos de misoprostol adulterado. Lo ideal es que se venda en blister o en farmacias. Pero se trata de un medicamento que se vende bajo receta archivada y nosotros no podemos hacerte una receta ni indicarte alguna farmacia que la venda sin receta, si es que existe; eso es algo que vos tendrías que averiguar por tu cuenta.*



Medida de reducción del riesgo: como el RPB es Medio-Alto, es preferible que el RPI sea lo más bajo posible. Por tanto, recomendamos que en un caso como este no se den especificaciones sobre cómo conseguir el misoprostol. Especialmente porque la acompañante, que también recibe la información, puede ayudarla a conseguirlo

Paciente: *Ok.*

Médica: *Perfecto. Lo único que queda entonces es pedirte que vuelvas a la consulta si acaso decidís finalmente abortar, para que te podamos revisar y veamos que esté todo bien con tu salud y para que elijas un método anticonceptivo. Te pido que no dejes de venir porque es importante para que te podamos cuidar y descartar cualquier riesgo para tu salud.*

BIBLIOGRAFÍA

BARBOSA R, ARILHA M. The Brazilian Experience with Cytotec. *Studies in Family Planning* 1993 Jul-Aug; 24(4): 236-240

BERGALLO, P. Y RAMÓN MICHEL, A. El aborto no punible en el derecho argentino, Hoja Informativa N° 9, Buenos Aires, FEIM-CEDES-IPPF, mayo de 2009.

BLANCHARD K, SHOCHET T, COYAJI K, THI NHU NGOC N, WINIKOFF B. Misoprostol alone for early abortion: an evaluation of seven potential regimens. *Contraception*. 2005; 72(2):91-7

BRIOZZO L. (COMP) "El aborto en condiciones de riesgo en Uruguay" Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Dedos, Montevideo 2008.

BRIOZZO L, LABANDERA A, GORGOROSO M, PONS, JE. "Iniciativas sanitarias": una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo. En Briozzo, L. (ed) *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Arena, Montevideo, 2007.

BRIOZZO L, VIDIELLA G, RODRÍGUEZ F, GORGOROSO M, FAÚNDES A, PONS JE. "A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion". En *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2006 Nov; 95(2):221-6.

CAVALLO M. "Derechos y deberes de confidencialidad: desafíos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en Latinoamérica". Universidad T. Di Tella. Escuela de Derecho. *Rev. Arg. de Teoría Jurídica* N° 13 – Junio 2009. (Publicación electrónica)

CEDES. Área Salud, Economía y Sociedad. Morbilidad materna severa en la Argentina. Estimación de la magnitud del aborto inducido. Buenos Aires; CEDES; CENEP; 2007. 5 p. CEDES. (Resumen Ejecutivo).

CHEN, REEVES B, CREININ M, GILLES M, BARNHART J, WESTHOFF J, ZHANG C. "Misoprostol for treatment of early pregnancy failure in women with prior uterine surgery". En *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, June 2008, 198(6):626.e1- 626.e5.

COELHO HL, TEXEIRA AC, SANTOS AP; BARROS FORTE E, MACEDO MORAIS S, LA VECCHIA C, TONGONO G, HERXHEIMER A. Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil. *The Lancet* 1993; 341(8855):1261-1263

COSTA SH, VESSEY MP. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet* 1993; 341(8855):1258-1261.

FAÚNDES ET AL. 2007. "Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy". *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 99 (Supplement 2): S172-S177. http://www.misoprostol.org/File/IJGO_1triabn_Faundes.pdf.

FAUNDES A, SANTOS LC, CARVALHO M, GRAS C. Post-abortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol. *Advances in Contraception* 1996; 12: 1-9

FAUNDES, A (ed). *Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología*, Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 2ª edición, 2007.

GÓMEZ PONCE DE LEÓN, R. Y RIZZI, R. "Misoprostol: su uso para el aborto no punible". Hoja Informativa N° 11, Buenos Aires, FEIM-CEDES-IPPF, julio de 2009. Disponible en www.despenalizacion.org.ar

GRIMES, D. Reducing the complications of unsafe abortion: the role of medical technology. En: Warri-ner, I y Shah, I (eds) Preventing unsafe abortion and its consequences. Priorities for research and action, Guttmacher Institute, 2006

GYNUITY HEALTH PROJECTS. Prestación de servicios de aborto con medicamentos en contextos de bajos recursos: Guía introductoria. Segunda edición. Nueva York: Gynuity, 2009. http://gynuity.org/downloads/MA_guidebook_2nd_ed_sp.pdf.

HARPER, CC, BLANCHARD K, GROSSMAN D, HENDERSON JT, DARNEY PD. Reducing maternal mortality due to elective abortion: Potential impact of misoprostol in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 98(1):66-69

IPAS - Medical abortion training guide: Using medicines for first trimester pregnancy termination, 2010.

IPAS - CLACAI. Misoprostol y aborto con medicamentos en Latinoamérica y el Caribe, 2010.

LUNA F. Y SALLES A. “Ética teórica y bioética” En: Decisiones de vida o muerte. Ed. Sudamericana. 1995

MILLER, LEHMAN T, CAMPBELL M, HEMMERLING A, BRITO ANDERSON S, RODRIGUEZ H, VARGAS GONZÁLEZ W, CORDERO M Y CALDERÓN V., 2005. Misoprostol and declining abortion related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: A temporal association. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112 (9): 1291-1296.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos no Punibles, 2010. Disponible en: www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, Guía para el Mejoramiento de la Atención Postaborto, 2005. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/index.htm>

OMS, Aborto sin riesgo: Guía Técnica y de políticas para sistemas de salud, Ginebra, 2003.

OMS, Preguntas clínicas frecuentes acerca del aborto farmacológico, 2008.

RAMOS S, ROMERO M, KAROLINSKI A, MERCER R, INSUA I, DEL RÍO FORTUNA C.: Para que cada muerte materna importe, Buenos Aires, CEDES, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004.

SHERRIS J, BINGHAM A, BURNS MA, GIRVIN S, WESTLEY E, GOMEZ R. Misoprostol use in developing countries: results from a multicountry study. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2005, 88(1):76-81.

STAPFF C, LEUS I, AVONDET S, PONS C, BERNARDI C, CORREA S, ROZADA E. “Integralidad de la consulta en el servicio de salud sexual y reproductiva”. En *Archivos de Gineco-Obstetricia*, 2008; 46(2).

VÁZQUEZ, S. Y GUTIÉRREZ, M.A. El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso del misopros-
tol para la interrupción del embarazo en adolescentes. En Checa, S. (comp.) Realidades y coyunturas
del aborto. Entre el derecho y la necesidad. Paidós, Buenos Aires, 2006.

VIDIELLA, G. “Políticas de reducción de riesgo y daño”. En Briozzo, L. (ed) *Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo*. Editorial Arena, Montevideo, 2007.

WHO. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and asso-
ciated mortality in 2008*. -- 6th ed., Geneva, 2011.

ZAMBERLIN, N. Y GIANNI, M.C.; “El circuito del misoprostol: un estudio de las respuestas a la deman-
da de medicamentos abortivos en farmacias privadas”. Trabajo presentado en la XX Reunión Bienal
de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en reproducción Humana (ALIRH). Buenos Ai-
res, 25 al 27 de abril de 2007.

Este documento constituye una guía básica para la oferta de consejería en reducción de riesgos y daños a mujeres que se encuentran cursando un embarazo no planificado con el fin de prevenir abortos inseguros.

Este abordaje implica la oferta de información sobre los métodos de interrupción del embarazo más seguros, apoyándose en el derecho a la información legal y no reservada y en el deber de confidencialidad de los equipos de salud. Esto se realiza en el marco de la consejería integral en salud sexual y reproductiva que incluye la orientación en opciones frente a un embarazo no deseado, en la que se brinda a la mujer un espacio de escucha, acompañamiento y oferta de información antes y después de la interrupción de la gestación, si esa es su decisión. La asesoría en RRYD se inscribe dentro del modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva que incluye prestaciones de carácter educativo-promocional, atención del embarazo, prevención de ITS y VIH, anticoncepción, y atención postaborto, entre otras.