

Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo

Aspectos clínicos, epidemiológicos,
médico-legales, bioéticos y jurídicos

Coordinador: Dr. Leonel Briozzo
Prólogo: Dr. Héctor Gros Espiell



Sindicato Médico del Uruguay

Montevideo
2002

AUTORIDADES DEL SMU

Presidente

Dr. Barrett Díaz Pose

Vicepresidente

Dr. Eduardo Figueredo

Secretario médico

Dr. Ignacio Lezama

Secretario estudiantil

Br Rafael Mila

Tesorera

Dra. Sara Méndez

Vocales

Dres. Álvaro Berrutti, Roberto Cobas, Escandor El Ters,
Alberto García Unzain, Ariel Montalbán, Ana Inés Ruiz,
y Bres. Eduardo Corchs, Álvaro Danza

COMISIÓN DE PUBLICACIONES Y CONSEJO EDITORIAL

Miembro Responsable:

Br. Jorge Ribero (M.R.)

Dres. Edelmiro Chelle, Olga Alonso, Alarico Rodríguez,
Verónica Nieto, Laura Pereda,

Secretario Administrativo: Federico Renino

Editor: Sr. Fernando Butazzoni

Corrección: Heber Artigas

Diagramación y Armado: María Rosa Pepe

ISBN 9974-637-10-4

Sindicato Médico del Uruguay - Br. Artigas 1515, Tel.: 401 47 01 - Fax: 409 16 03

1ª Ed., setiembre, 2002

Queda hecho el depósito que marca la Ley. Todos los derechos están reservados.

Edición amparada en el Art. 79 de la Ley 13.349 - Comisión del Papel.

ÍNDICE

Prólogo.....	5
Presentación	9
REFLEXIONES Y PUNTOS DE VISTA	
Una respuesta factible	15
Todos estamos convocados	17
A favor de la vida	19
Una lectura desde la medicina preventiva	25
Un esfuerzo positivo y serio	27
El aborto provocado: su dimensión psicosocial.....	31
Responsabilidad a través del conocimiento	51
Reflexiones para la adecuación jurídica	53
Comisión de Género y Políticas de Salud del Sindicato Médico del Uruguay	67
INICIATIVAS SANITARIAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO	
Normativa de atención sanitaria.	75
Fundamento epidemiológico.	83
Fundamentos bioéticos.	99
Fundamentos médico-legales	109
Breves referencias al delito de aborto	117
PAUTAS DE IMPLEMENTACIÓN	
Guías clínicas de la normativa sanitaria	127
ANEXO I	
Formulario de recolección de datos.....	135
Implementación de las guías de práctica clínica	137
ANEXO II	
Formulario de notificación obligatoria	149

PRÓLOGO

Es con verdadero placer que escribo unas palabras prologales a este excelente libro que reúne un conjunto de valiosos trabajos en torno al problema humano, social y médico del aborto.

Se trata de una recopilación de varios estudios, a mi juicio, repito, del más alto valor, que encararán el grave problema del aborto –grave en general y gravísimo en Uruguay–, desde un punto de vista médico y social, enfocado con plena conciencia de su lacerante humanidad. Se aporta así un enfoque nuevo, absolutamente necesario –que no sólo complementa las formas tradicionales de encarar la cuestión, centradas en el análisis filosófico o jurídico, o que lo trata desde el ángulo con que lo hace un cierto y minoritario sector, parcial y reductor, que olvida el deber general de respetar toda vida humana–, sino que reflexiona médicamente sobre el asunto y enfrenta además el problema social, de miseria, explotación e ignorancia, que rodea y condiciona, tristemente, el tema del aborto, sobre el cual planean la pobreza y las diferencias sociales y económicas que provocan inadmisibles discriminaciones en cuanto a su realización y en lo referente a sus consecuencias en la vida y en la salud.

Naturalmente al escribir, con solidaridad y comprensión, estas páginas a manera de prólogo, no puedo dejar de lado la consideración del marco filosófico y jurídico dentro del cual se ubica para mí, necesaria, pero no únicamente, el tema del aborto.

No está –no puede estar– este tema al margen de la reflexión sobre el valor y la naturaleza de la vida humana, de su inicio, del comienzo de la personalidad jurídica, de la intangibilidad de esta vida y de su protección jurídica. La consideración del Derecho a la Vida y de su protección y garantía, es esencial que sea tenido en cuenta.

Y al referirse al Derecho a la Vida estoy incluyendo no sólo el derecho que a ella tiene el feto, sino también el derecho que a este respecto posee la mujer que porta dentro de sí otra vida.

Yo no puedo, porque traicionaría mi conciencia y mis convicciones, dejar de recordar que el Derecho a la Vida está garantizado por el Derecho Internacional y por el Derecho Interno –en el caso de

Uruguay-, que el Derecho Internacional, aplicable directa e inmediatamente en nuestro Derecho, determina que la protección del Derecho a la Vida se inicia, en general, con la concepción (artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos) y que la vida del ser que la mujer lleva en su seno es autónoma y propia, lo que conduce a la obligación jurídica de no aplicar, en los países en que existe la pena de muerte, esta pena a una mujer embarazada, ya que ello llevaría a privar de la vida no sólo a la persona condenada, sino, además, a la otra vida que lleva en su seno (artículo 4, Convención citada).

Basta esto para calificar de inadmisibles y absurdos, ética y jurídicamente, el plantear o intentar resolver el problema del aborto como un asunto de propiedad de la mujer sobre su cuerpo.

Pero el Derecho no se limita, internacional y constitucionalmente, a afirmar el Derecho a la Vida, a fijar el inicio de ésta y el nacimiento de la personalidad jurídica o del proceso que culminará con su pleno y total reconocimiento, asunto en el que el Derecho Civil ha cumplido y cumple un necesario papel.

El tema del aborto lleva necesariamente a reflexionar sobre la forma en que el Derecho Penal debe encararlo, para tipificar o no, uno o varios delitos vinculados con la interrupción voluntaria del embarazo, no sólo con respecto a la mujer, sino también en cuanto a los ejecutantes en grado de autoría, coautoría o complicidad.

Pero sería un grave error situar el tema del aborto sólo en el campo del Derecho Penal, para tipificarlo penalmente o no y para penalizarlo o no penalizarlo. El tema, humana y socialmente, va mucho más allá del Derecho Penal y debe necesariamente tener en cuenta todas las consecuencias del reconocimiento del Derecho a la Vida en la Convención Americana sobre Derechos Humanos y a la protección, en cuanto a su "goce", impuesta por el artículo 7 de la Constitución Nacional.

Por último, no puedo dejar de hacer referencia a la corrupción en relación, por ejemplo, con los servicios médicos, de enfermería y de policía, entre otros, que rodea y envenena todo el horrible y triste submundo en el que se realizan los abortos clandestinos de las que no pueden pagar costosas clínicas y que deben someterse a la humillante indignidad de "tratamientos" en repudiadas "carnicerías" humanas.

Bienvenido sea, pues, el esfuerzo realizado por los autores de este libro para superar –sin olvidar su ineludible necesidad– los enfoques exclusivamente filosóficos y jurídicos para encarar aspectos, que tampoco pueden dejarse de lado, de naturaleza médica, huma-

na y social. Y realizan este necesario enfoque con excelente información, claras ideas, elogiables objetivos humanos y precisa practicidad.

Ojalá contribuya este libro a fortalecer la lucha por la vida, por la dignidad humana y la salud, a disminuir la discriminación basada en las diferencias económicas, sociales y culturales y las humillaciones y tristezas que la situación actual, tan cargada de hipocresía, tanto individual como colectiva, conlleva respecto a este asunto.

Dr. Héctor Gros Espiell

Presidente de la Comisión Jurídica del Comité
de Bioética de la UNESCO.

Profesor de Derecho Constitucional y Derechos Humanos
Facultad de Derecho. Universidad de la República

PRESENTACIÓN

Dr. Leonel Briozzo*

El aborto provocado en condiciones de riesgo es la principal causa de muerte materna en Uruguay.

Nuestro país se ubica, según los datos disponibles, en el primer lugar en el mundo en mortalidad materna por aborto provocado.

Esto constituye, por encima de cualquier otra consideración, una injusticia social y sanitaria por la inequidad que representa que sean las mujeres más desposeídas las que, no pudiendo acceder a métodos más “seguros” de interrupción del embarazo, arriesgan su vida y muchas veces sean mutiladas y mueran en condiciones deplorables.

Desde el punto de vista de la atención sanitaria mucho podemos hacer para evitar o al menos minimizar estos riesgos, aun en la situación jurídica actual. Debemos reconocer, sin embargo, que como médicos y como equipo de salud, solemos identificar el problema más como delito que como una grave situación social y sanitaria. De esta forma nuestra función se autolimita a una cuestión de manejo médico-quirúrgico de las complicaciones ya instaladas no permitiendo un abordaje global desde la educación, la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la rehabilitación.

Comenzamos a trabajar en esta temática el 10 de julio del año 2001, cuando ocurre la tercera muerte materna por aborto provocado en nuestra maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell. En esta primera etapa formamos un grupo de trabajo al que denominamos “Iniciativas médicas contra el aborto provocado en condiciones de riesgo”. Realizamos un estudio de la situación epidemiológica, catalogamos la gravedad del problema y planteamos los criterios generales para el desarrollo de la “Estrategia de sanitaria de reduc-

* Prof. Adj. Clínica Ginecotocológica «A». Facultad de Medicina. Universidad de la República

ción del daño”. Esta primera etapa terminó el 18 de diciembre del año 2001 cuando realizamos, en el marco de la Sociedad de Ginecología del Uruguay un encuentro panel-foro donde presentamos las diferentes facetas de este tema.

La segunda etapa comenzó en diciembre y se caracterizó por la elaboración de una nueva forma para desarrollar la acción sanitaria con el objetivo de disminuir la mortalidad por aborto provocado. Desarrollamos entonces la normativa “Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”. En ella buscamos un nuevo marco para la acción de los integrantes del equipo de salud que terminara con la hipocresía generada por las diferencias en la atención de los subsectores público y privado. Concomitantemente se buscó el compromiso de las entidades más representativas en el ambiente médico que avalaran nuestra propuesta. Así de manera unánime el Consejo de la Facultad de Medicina, el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay y la Directiva de la Sociedad de Ginecología del Uruguay aprobaron la Normativa que se presentó al Ministerio de Salud Pública generando un marco de apoyo sin precedentes en la materia.

La tercera etapa comienza el 8 de marzo de 2002, Día Internacional de la Mujer, con una Jornada de difusión y profundización de la temática organizada por la Comisión de Género y Políticas de Salud del SMU. Allí presentamos la Normativa públicamente. Se concretan en esta instancia dos aportes trascendentes, además del de la Comisión de Género. Los mismos fueron el de la Comisión de Bioética del SMU y el de la Cátedra de Medicina Legal de nuestra Facultad. Aquí quedó expresado que frente a esta temática no sólo se podía, sino que se debía obrar de la manera propuesta por las Normativas. Luego de esta Jornada se concretó un grupo multidisciplinario integrado por médicos, parteras, psicólogos, interesados en la temática proveniente de otras áreas, constituyendo entonces el grupo “Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo”.

Pensamos que la edición de esta publicación cierra esta tercera etapa y es el inicio de la que podríamos denominar una cuarta etapa. En ésta, dentro del objetivo central de disminuir la mortalidad y la morbilidad por las complicaciones inherentes a la práctica del aborto provocado en condiciones de riesgo, buscaremos como objetivo específico el compromiso de cada vez más integrantes del equipo de salud para plasmar en acciones sanitarias, ya por intermedio de políticas institucionales, ya por intermedio de actividades específicas, las Normativas de protección materna referidas.

Este libro busca dos objetivos: por un lado, continuar la difusión de este problema de salud pública, el problema más grave de salud materna en nuestro país; por otro lado, busca contribuir, como una herramienta más, a mejorar nuestra práctica clínica.

Para ello, para mejorar nuestra práctica, debemos formarnos. Como queda expresado en el libro, no se trata de formar un grupo especial, se trata más bien de que todos nos debemos formar especialmente. Formarnos con herramientas clínicas que nadie nos dio ni en Facultad, ni en la Escuela de Parteras, ni en la de Enfermería. Formamos con el objetivo de hacer más eficaz, eficiente y efectiva nuestra práctica clínica.

Y capacitarnos con la tranquilidad de que estamos haciendo lo correcto. Lo correcto desde el punto de vista de la ética médica y lo correcto desde el punto de vista médico-legal. Lo correcto porque es lo que tenemos que hacer independientemente de lo que cada uno opine sobre el aborto y sus connotaciones.

Si todos, sin dejar ni una sola de nuestras creencias, posiciones y conceptos de lado, damos un paso y reconociendo el problema nos posicionamos como sujetos activos para el cambio, no solamente intentaremos hacer “el bien” sino que lo estaremos “haciendo bien”.

Comprometerse muchas veces puede ser doloroso. Pero, mucho más doloroso es seguir viendo muertes por la hipocresía de una sociedad que, en este tema, hace la vista gorda. Hoy, las-los que tienen recursos económicos no corren riesgos. El resto “que se arregle como pueda...”, esta es, independientemente de otras muchas consideraciones, una realidad en nuestro país.

Con la información, formación y optimización de la asistencia creemos firmemente que podemos lograr proteger a estas mujeres, podemos entre todos evitar o al menos minimizar esta injusticia, por la iniquidad que lleva aparejada.

Como dice el título del libro, de lo que se trata es de que todas-todas tienen derecho a la vida y nuestra función es contribuir desde donde podemos para hacerlo realidad.

REFLEXIONES Y PUNTOS DE VISTA

UNA RESPUESTA FACTIBLE

Dra. Ana María Ferrari*

Sobre el aborto se pueden dar muchas opiniones. Se puede opinar sobre si debe o no ser legal, si es o no ético, si es o no un crimen, si es o no un derecho de la mujer. Sobre estos aspectos probablemente nunca se logre consenso.

Sobre el aborto se pueden tener distintos sentimientos dependiendo de si se es mujer o varón, pobre o rico, religioso o ateo. Estos sentimientos son privativos de cada individuo y se reflejan irremediabilmente sobre sus opiniones al respecto.

Sin embargo, hay un punto sobre el que debería existir una sola opinión: ninguna mujer debería poner en riesgo su vida por no disponer de recursos para realizarse un aborto en condiciones adecuadas.

Estas propuestas contra el aborto provocado en condiciones de riesgo son una respuesta inteligente, factible y humana a las inequidades existentes en nuestra sociedad que generan situaciones desiguales e injustas entre las mujeres uruguayas.

Como mujer, como médica y como docente, saludo esta iniciativa y espero que recoja el más amplio apoyo de todos los sectores.

* Decana de la Facultad de Medicina. Universidad de la República

TODOS ESTAMOS CONVOCADOS

Dr. Barrett Díaz Pose*

El Sindicato Médico del Uruguay desechó ser espectador o mero comentarista de esta iniciativa, puesto que lo involucran imperativos éticos y deberes profesionales. Cuando enferman y mueren seres humanos de todo género o edad estamos convocados para actuar.

Se trata de una propuesta esperanzadora, porque apunta al bien del prójimo en términos de hechos inmediatos, sin diferirlos hasta que dilemas milenarios sean zanjados. Proviene de quienes confrontan los problemas cotidianamente, asumiendo la debida coherencia entre su práctica y los grandes principios éticos, a la vez que garantizando la eficacia de soluciones que derivan de su continuo e íntimo contacto con la dolorosa realidad.

La inevitable rebeldía de los servidores de la Salud ante una morbilidad evitable logra, al fin, canalizarse racionalmente en un proyecto factible; habría que sentirse servidor de la enfermedad o de la muerte para anteponerle obstáculos.

Ante las grandes cuestiones ideológicas, religiosas o científicas, pueden asumirse múltiples posturas; ante una mujer expuesta a enfermar gravemente y morir, no.

* Presidente del Sindicato Médico del Uruguay

A FAVOR DE LA VIDA

Dr. José Enrique Pons*
Dr. Raúl Medina*
Dr. José Carlos Cuadro*

En una sala de hospital, un ginecólogo puede estar tratando por todos los medios (algunos racionales y otros impulsados por la emoción y la esperanza) de salvar la vida de un feto severamente agraviado. En sus decisiones pesarán seguramente varias condiciones, entre ellas su convicción de que –como médico– debe seguir la lucha por rescatar una vida mientras exista la más mínima esperanza, y su sensibilidad ante la angustiada demanda de una mujer que se siente madre del hijo que gesta (aunque lo sea solamente “en potencia” y la razón indique que esa posibilidad es remota). En otra cama del mismo hospital, quizás el mismo ginecólogo esté a punto de realizar una interrupción de otro embarazo, sin que exista ningún problema de orden médico ni en la madre ni en el feto, sino una decisión tomada por la embarazada, amparada por leyes que autorizan el aborto en determinadas condiciones. Esta descripción, inventada y esquemática, no está, sin embargo, demasiado lejana de lo que a diario sucede en cualquiera de los países donde el aborto está legalizado.

No sería este el momento de profundizar en el análisis de lo adecuado o no, lo justo o no, lo moral o no de las dos situaciones, aparentemente antinómicas. Ese análisis ha sido realizado cientos de veces y seguramente seguirá siéndolo, ya que siempre habrá argumentos tanto en pro como en contra de ambas decisiones. Pero es importante señalar ahora que no ha sido gratuitamente que empleamos el término “aparentemente”. Una lectura apresurada de los dos casos podría admitir, como resumen, que en el primero se está defendiendo la vida a ultranza, mientras que en el segundo se la está

* Profesores Directores de las Clínicas Ginecotológicas de la Facultad de Medicina. Universidad de la República

destruyendo. Pero algunos pocos datos clínicos más podrían hacer variar la apreciación inicial. Por ejemplo, la primera mujer podría tener una severa complicación (incluso con riesgo vital) de una hipertensión gravídica, en la cual la condición de agravio fetal fuese un componente más del complejo clínico; ello no disminuiría en nada su sentimiento de madre ni su deseo de salvar a su hijo (quizás el primero y acaso el único que lograra concebir), ni menguaría el deseo del ginecólogo de lograr salvar la vida del feto, aun sabiendo que lo que hiciera para intentarlo podría comprometer más la salud –y quizás la vida– de la embarazada. En el segundo caso, la mujer podría haber quedado embarazada como consecuencia de una violación, parte de un salvaje acto de violencia en el cual también su esposo fue asesinado y uno de sus hijos fue gravemente lesionado.

Hay una razón para iniciar esta introducción en una forma que podría parecer “de telenovela”. Los médicos –y los ginecólogos en particular– hemos sido educados para ayudar a quienes nos lo demandan. Podemos hacerlo bastante bien, incluso muy bien, según las variables que rodeen a cada caso. En cambio, no estamos adecuadamente capacitados para actuar como policías, como jueces o como sacerdotes. Esto no significa que no tengamos derecho a opinar, a optar y a comprometernos con convicciones asumidas. Pero aunque la ética y la ley deban ser guías de nuestras acciones, es un hecho que nuestra formación es predominantemente técnica y que es en función de esa formación (de-formación, si se prefiere) que decidimos muchas veces nuestras conductas.

Principios tales como “lo que es correcto para la ley” o “lo que es éticamente aceptable” aparecen siempre en los planteos teóricos. Pero en las condiciones que requieren decisiones muy rápidas, suelen quedar enmascarados por la urgencia de la necesidad de adoptar criterios técnicos sólidos. La sociedad nos exige salvar vidas, curar si es posible, evitar secuelas, aliviar –al menos– cuando otra posibilidad no quepa. Y así solemos actuar. Si en un asalto a mano armada uno de los asaltantes es herido de gravedad después de haber matado a algunas de las víctimas, poco importará que su acto sea un delito y que indigne hasta la ira la injusticia para con los que mató. La función que la sociedad exige al médico es que agote los recursos para asistirlo de la mejor manera posible, poniendo en juego todos los recursos que el conocimiento y la tecnología habiliten, para salvar su vida y preservar sus funciones. Así será, aunque después la Justicia deba decidir que el acto que desencadenó la instancia es un delito mayor; así será incluso en países donde, existiendo la pena de muerte, el epílogo sea que la Justicia decreta la extinción de la vida

que requirió tanto esfuerzo para ser salvada.

Y es legítimo que los médicos –y los ginecólogos no somos excepción– pongamos todo nuestro conocimiento y esfuerzo al servicio de preservar la vida en general y la calidad de vida en particular. Este *desiderátum*, sin embargo, nos enfrenta a dilemas. ¿Qué calidad de vida preservamos cuando sabemos que después de una reanimación habrá enormes secuelas? ¿Qué calidad de vida ofrecemos al prematuro extremo que denodadamente tratamos de salvar, sabiendo que podría estar teniendo ya desde el útero un importante deterioro de sus funciones y que las condiciones posnatales seguramente agregarán mayores agravios a ese deterioro? Pese a esto, la respuesta general, en la abrumadora mayoría de los médicos, es “mientras haya alguna esperanza, seguiremos adelante”. Para eso nos ha formado la sociedad. Para eso nos exige la sociedad.

Pero hay una situación en la cual la vida parece perder ese valor supremo. Hay una condición en la cual actuamos como policías más que como médicos, en la cual nos constituimos en jueces por encima de nuestra profesión, en la cual anatematizamos y condenamos –impíos sacerdotes de quién sabe qué primitiva religión– antes de ayudar. Esa situación es la del aborto.

Se trata de una difícil situación. Sería absurdo –e ilegítimo– pretender analizar el asunto partiendo de una mentira, de manera que admitámoslo de entrada: en un aborto se perdió una vida. No hay aborto sin muerte de un feto. Pero también de entrada deberemos admitir que se trata de la única situación en la que la muerte acarrea automáticamente la condena, poniendo en juego mecanismos emocionales que pocas veces se presentan con esa intensidad en otras circunstancias. Cuando en una guerra se mata gente, a los matadores no se los condena (hay convenciones internacionales para volver “aceptables” esas formas de matar). Cuando una persona mata a otra en legítima defensa, el mismo término “legítima” indica que socialmente se acepta que el hecho de la muerte puede ser justificable, y existirán leyes que permitirán que no se condene al matador. Cuando algunas sociedades aceptan los duelos como forma de zanjar cuestiones, el matador no debe rendir cuentas por la muerte que ocasiona. Pero aun en el caso de que en cualquiera de esos ejemplos la sociedad considere que la conducta homicida se ha apartado de los cánones, seguirá un proceso complejo y largo antes de que se tome una decisión definitiva y la misma estará en manos de jueces debidamente investidos.

El aborto es distinto. En la situación de aborto, los médicos se transforman casi inmediatamente en policías, en jueces o en sacer-

dotes. Cuando una mujer manifiesta a un médico su decisión de abortar, desencadena una reacción defensiva, un gesto de evitar “compromisos” absolutamente desproporcionado. Ningún interlocutor suele rechazar comoapestado a quien dice “a fulano quiero matarlo”. Esa es una expresión cotidiana en la cual con esos términos se traduce indignación o rabia. Pero si el acto no se concreta, no hay muerte y no hay delito. En cambio, cuando una mujer manifiesta “quiero abortar” resulta condenada antes de que el hecho se consuma, antes de que nadie muera. Y es condenada, precisamente, por quien la sociedad educó para salvar. En países donde el aborto es ilegal, como el nuestro, el médico se margina automáticamente del problema por temor a comprometerse, a convertirse en cómplice. Y con ello se margina también de su función principal: ayudar. Ayudar no significa necesariamente alentar. También podrían encontrarse argumentos que hicieran ver a la mujer que caben otras opciones. También podría encontrarse que tras el “quiero abortar” se esconde la desesperación, la angustia. También podría ser que después de un momento de tremenda vacilación, en el cual se maneja la posibilidad del aborto como una más de tantas, la mujer dé marcha atrás en su apreciación inicial y prosiga con su embarazo. Podrían imaginarse muchas situaciones más en las cuales el aborto fuese solamente una manifestación del mismo tipo que “a fulano quiero matarlo”..., pero el/la que la mujer eligió para confiarse, para desahogarse, para encontrar respaldo, en fin, para buscar ayuda, desaparece de la escena y no cumple con su primer deber: ayudar.

Y cuando quien consulta es una mujer que se ha practicado recientemente un aborto, y lo confiesa entendiendo que debe proporcionar a su médico todos los datos que posibiliten el mejor cuidado de su salud, es también frecuente que el/la que eligió para ayudarla, decida denunciarla, otra vez para evitar complicidades con un hecho que nuestras leyes condenan. Esta situación es tan bien conocida, que es aprovechada por los mercaderes de abortos para evitar lo que podría poner en la pista de su propia condena: desalentar la consulta de la mujer: “Si esto se sabe, va presa usted y todos los que estén enterados, por cómplices”.

Pero tampoco podemos mentir al plantear esta cuestión. Como en tantas otras realidades sanitarias, hay “dos Uruguay”. El de quienes pueden acceder a la medicina privada o mutual (en la cual generalmente estas cosas se cuentan a médicos “de confianza”) y el de la medicina pública, donde quien se entera es el médico de turno en una policlínica o en una emergencia. El primero nunca denuncia a su “paciente”. El segundo lo hace inmediatamente. Sólo quien igno-

ra (o hace la vista gorda) a nuestra realidad sanitaria, puede creer que esta no es una pintura absolutamente ajustada a la realidad. Las uruguayas que abortan no son todas “iguales ante la ley”. Doble injusticia, si se tiene en cuenta que quienes acceden a la medicina privada o mutual generalmente también acceden a abortos “caros”, en condiciones de destreza e higiene aceptables, mientras que las mujeres que se asisten en el ámbito público apenas consiguen pagar a verdaderos carniceros. A estas últimas las vemos en el hospital Pereira Rossell. Es en este centro donde, como último intento de ayuda, extirpamos órganos genitales para tratar de contener las sepsis, o hacemos “lo que se puede”, sabiendo que estamos frente a muertes anunciadas. Si alguien cree que esta es una descripción exagerada y dramatizadora, que observe las cifras de muerte por sepsis postaborto inseguro en los últimos tiempos, cuando las deterioradas condiciones económicas de nuestro país han hecho que lleguemos al único campeonato mundial que parece que podemos pelear en estos días: el de primero en el mundo en tasa de muertes por aborto en condiciones de riesgo.

¿Qué nos está pasando a los médicos frente a una pavorosa epidemia? ¿Por qué seguimos manteniendo una actitud que contribuye a empujar a la muerte o a la mutilación a tantas compatriotas? ¿Por qué frente a este problema olvidamos que la sociedad nos exige ayudar, y simplemente “esquivamos el bulto”? ¿Es que realmente no podemos ayudar? Más aún ¿es que no debemos ayudar?

Algunos pensamos que sí, que debemos y que podemos. Algunos hemos comenzado a abrir los ojos y a entender que seguir marginándonos podrá evitarnos una supuesta complicidad con un acto ilegal, pero, mucho peor, nos transforma en cómplices de muertes. Algunos hemos decidido luchar por la vida y no más por la muerte. Que sigan los legisladores, los jueces, los filósofos y los moralistas discutiendo sobre el aborto. Es bueno y legítimo que lo hagan; quienes integramos la sociedad esperamos respuestas iluminadoras de esas discusiones. Pero ellos disponen de tiempo. Nuestras mujeres no; nuestras mujeres mueren hoy, y es hoy que nos exigen ayudarlas. Algunos de nosotros creemos que podemos ayudarlas dentro del marco legal que nuestra sociedad se ha dictado y ajustados al más irrestricto respeto a la ética.

Este libro es un esfuerzo de un grupo de médicos para hacer ver a otros, tanto del campo sanitario como de cualquier otro quehacer, que hay razones de peso para actuar hoy mismo a favor de la vida, a favor de nuestras mujeres y –sobre todo– de las más desamparadas.

UNA LECTURA DESDE LA MEDICINA PREVENTIVA

Dr. Alejandro Gherardi*

Haciendo una lectura desde la Medicina Preventiva como un campo de acción de la salud pública, acompañamos las “Iniciativas médicas contra el aborto provocado en condiciones de riesgo” valorando aquellos aspectos que apoyan los esfuerzos organizados de la comunidad para defender y promover la salud de la mujer y para recuperarla en los casos en que se haya perdido. No sólo como una aplicación por parte del médico de los principios y técnicas de la prevención a pacientes individuales, sino como actividades sanitarias organizadas de la colectividad para promocionar la salud.

La epidemiología, con su imperativo en lo colectivo, sitúa nuestra mirada en una perspectiva donde se distinguen diferencias, inequidades y desigualdades que nos interpelan en las bases éticas desde nuestra praxis como profesionales de la Salud.

Es desde esta perspectiva ética que cobra particular importancia el modo de enfermar y morir de un grupo indeterminado de mujeres uruguayas: las que atraviesan la experiencia del aborto en condiciones de riesgo, a veces mortales, indignas casi siempre.

El modo de enfermar y morir de estas mujeres admite análisis diversos: en primer término, lo que sucede en el “cuerpo” de las mujeres pobres del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) no es cuestión de situaciones individuales sino que son situaciones-síntoma de un “cuerpo” social gravemente enfermo que reproduce mala calidad de vida. En segundo término, deben considerarse por lo

*Profesor Director del Departamento de Medicina Preventiva y Social.
Facultad de Medicina. Universidad de la República

menos tres dimensiones sociales en esta problemática y en esta propuesta concreta objeto de este libro:

❑ La **micro-social**, el ámbito de la familia, la relación médico-paciente, escenario privilegiado de la propuesta: los espacios vinculares.

❑ Una dimensión que podríamos llamar **midi-social**, lo referente a las relaciones entre los grupos sociales, entre los servicios de salud, y los usuarios: los espacios institucionales.

❑ Y la **macro-social**, grandes opciones socio-estructurales, los marcos legales y su impacto en la vida y en el modo de vivir.

Por último, una señal de alerta, un aspecto metodológico, no olvidarnos del lugar social desde el cual desarrollamos la reflexión de la propuesta, lugar social que nos determina la mirada sobre las desigualdades, las posibilidades reales de elegir, los modos de enfermar y morir, lugar social que finalmente nos condiciona las solidaridades.

UN ESFUERZO POSITIVO Y SERIO

Dr. Guido Berro Rovira*

Se nos ha consultado sobre nuestra opinión respecto de las iniciativas que se proponen frente al aborto provocado, y acaso cuál sería la posición que el Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina tendría al respecto. Sin perjuicio de que todos los integrantes del Departamento puedan coincidir en ver con buenos ojos lo que se plantea, me siento en la obligación de expresar que en estos temas, como en otros polémicos y que tocan aspectos donde pueden haber, y seguramente hay, posturas con bases éticas distintas, con fundamentos profundos diversos, no imponemos ni entendemos se pueda imponer ni expresar una “posición de la Cátedra”.

Máxime cuando en el mundo conviven personas que se caracterizan por un pluralismo de valores morales, distintas ideologías y creencias. Siendo a nuestro entender el mayor valor para la convivencia pacífica, la tolerancia mutua y la no imposición de ideas.

Sin embargo, quien siendo médico legista se acerque al proyecto, no tengo dudas que una vez estudiando solo podrá estar de acuerdo con sus propósitos.

Hecha la anterior salvedad respecto de distintas posturas en cuanto al tema en sí, en mi opinión entiendo que hablar de aborto debería ser siempre un acto de profunda humildad y quizás de atrevimiento, pues el drama que frecuentemente enfrenta quien se decide a una interrupción voluntaria de su gravidez no es nada sencillo de abarcar y menos incluso de sentir, más aún si no se vivió similar y dramática circunstancia. Pero a su vez nunca está de más retomar el tema. Las realidades lo exigen y así lo han entendido cabalmente quienes se han propuesto *hacer algo de una vez por todas*, y elaboraron

*Prof. Director del Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de la República

estas iniciativas por cierto con gran seriedad y destacado estudio; tanto es así que el proyecto lo ha hecho suyo nada menos que la Sociedad de Ginecología del Uruguay.

El aborto es un tema, además de recurrente, siempre vigente y que por distintas circunstancias, a veces puntuales, sale al tapete repetidamente y siempre con connotaciones graves desde distintos puntos de vista: legal, ético, médico, etcétera, y entre ellas muy especialmente la salud y vida de jóvenes mujeres.

Siguiendo las enseñanzas de los grandes maestros de la Medicina Legal, no podemos mirar para el costado el tema en sí, y solo referirnos a sus aspectos legales con indiferencia hacia la realidad médica y social, sino que, de una vez por todas, entender que la Medicina Legal es también Social además de Judicial.

Tenemos una ley sobre el aborto incorporada al Código Penal. Buena o mala, ella está vigente. Y lo que nos parece fundamental y muy destacable de la propuesta es que, sin modificarla, sin ir contra la ley, proyecta medidas que pueden mejorar las situaciones concretas. Además todo indica que no son medidas en pro del aborto, no son medidas que vayan a aumentar los abortos, todo lo contrario, son medidas que tratarán de *“desestimularlos”*, por ejemplo al *“ofrecer a la usuaria tiempos e instancias de reflexión para valorar y rever la decisión de interrumpir el embarazo”* luego de haber sido adecuadamente informada y apoyada, con *“la formación continua de un equipo multidisciplinario, el cual ofrecerá un apoyo social y psicológico a las pacientes”*.

Y en los casos que, a pesar de todo, igualmente se efectuare el aborto, el objetivo es minimizar los efectos perjudiciales, evitar los daños a la salud de la gestante, o su muerte. Actuar médicamente, si es posible, en el pre y en el postaborto.

No es este breve comentario el sitio apropiado para referirnos a los detalles de la propuesta, que están tratados en otros aportes, pero queremos destacar, como ya dijimos, que todo se cumpliría dentro del marco normativo vigente, sin estimular el delito, y con respeto a los principios bioéticos.

Dicho sea de paso, las posibilidades previstas en el Código Penal en cuanto a atenuaciones y eximentes, nunca funcionaron, la ley está pero no se utiliza adecuadamente, puede ser por falta de reglamentación o adecuación y quizás por mucha hipocresía.

Nos parece acertado que el proyecto se ocupe no sólo del “antes” y el “después” con la debida atención médica, sino que *“en los casos contemplados por la ley, el procedimiento podrá ser desarrollado en la institución donde la paciente es usuaria”*, aunque ello pueda inicialmente tener sus dificultades.

En suma: valoramos muy positivo el esfuerzo emprendido, serio y bien intencionado. Es fundamental que recoja el más amplio espectro de opinión y apoyo para que fructifiquen las iniciativas médicas propuestas contra el aborto provocado en situaciones de riesgo.

EL ABORTO PROVOCADO: SU DIMENSIÓN PSICOSOCIAL

Psic. Denise Defey*

Introducción

Si bien pueden discutirse múltiples aspectos médicos o jurídicos vinculados al aborto provocado, el tema de la interrupción de la gestación que se produce por decisión o pedido de quien la ha generado es, antes que nada y por encima de todo, un problema psicosocial. Lo es tanto en los condicionantes que llevaron a ese planteo o decisión, pero también lo es en relación a las razones por las que se produce un embarazo que luego culminará en un aborto.

Esta ineludible dimensión psicosocial puede ser estudiada desde múltiples disciplinas (Sociología, Semiótica, Antropología, Deontología, entre otras). Desarrollaremos aquí la perspectiva de la Psicología Médica o –como también se le ha denominado– Medicina Psicosocial.

La Psicología Médica reconoce como campo de incumbencia la dimensión psicosocial de los procesos de salud y enfermedad tanto en su aspecto causal (cómo influye lo psicosocial en la salud y en la enfermedad) como en las repercusiones psicosociales de dichos estados y procesos. Esta perspectiva incluye, obviamente, todos los avatares de la relación médico-paciente, entendida en un sentido amplio que incluye a todo el equipo asistencial y a la familia y al entorno más amplio de quien consulta o recibe la asistencia.

*Ex Prof. Adj. del Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina. Universidad de la República

El aborto: un problema irresoluble del ser humano

El aborto ha existido en todos los tiempos y en todas las culturas. Nada hace pensar que dejará de hacerlo. Cada cultura ha buscado su manera de manejar el problema: ya sea instituyéndolo como práctica validada socialmente, o bien condenándolo, ignorándolo, pautándolo, etcétera. Sin embargo, nadie ha hallado una solución “de una vez y para todas” y cada supuesta solución genera, a su vez, nuevos problemas.

La falta de legalización no evita que se realicen abortos y aumenta las injusticias sociales al arriesgar la vida o condenar judicialmente a aquellas mujeres más desposeídas y vulnerables. La legalización, por otra parte, ha conducido en algunos países a una práctica excesiva del aborto (Osler, 1992), utilizándolo como método anti-conceptivo de elección (Guidal y Semin, 1999; Douvier y colaboradores, 2001), a un aumento de los partos prematuros (con la consiguiente morbilidad neonatal en embarazos que sí se quisieron mantener) e incluso a una banalización del aborto, que en algunos planteos aparece como sinónimo de la liberación de la mujer.

Tampoco es obvio que la situación legal y las actitudes tanto personales como colectivas necesariamente vayan en el mismo sentido: en algunos países el personal de salud se niega a realizar abortos pese a que esté autorizado por ley (Harrison y colaboradores, 2000); en varias comunidades (raciales, culturales, etcétera) la situación legal no cambia la ambivalencia ante la decisión, el sentimiento de culpa o la depresión luego del aborto en muchas mujeres, etcétera, (Kishida, 2000; Kero y Lalos, 2001; Van, 2001). Incluso el uso de medicación que lo hace más seguro y menos traumático físicamente (como sucede con el mifepristone-misoprostol, que evita la intervención quirúrgica), también implica el riesgo de que las mujeres sean menos conscientes del valor de la decisión que están tomando y de los efectos a largo plazo sobre su salud en caso de hacer un uso indiscriminado de estos métodos (Clark y colaboradores, 2000).

La dimensión monetaria no deja de ser igualmente problemática, puesto que ninguno de los extremos aparece como despejado de problemas o cuestionamientos. En el caso del aborto ilegal, una situación vital muchas veces dramática puede empujar a la mujer a elegir entre una erogación que la desborda y poner en riesgo su salud y su vida. En el caso del aborto legalizado, aparece como conflictivo el hecho de que se destinen montos muy importantes de recursos en salud (quitándolos, quizás, de la atención de los partos y recién nacidos) para garantizar el derecho de la mujer a solicitar abortos

en buenas condiciones, los cuales serían en nuestro país tantos como nacimientos según las estimaciones.

En definitiva, la complejidad del tema del aborto hace que cuanto más se profundice en él, más sean las preguntas y menos las respuestas. Muchas menos aun son las respuestas unívocas y monolíticas, dada la enorme variedad de situaciones y elementos en juego. Esto es especialmente cierto en una sociedad como la nuestra, que no sólo no tiene resuelto el tema del aborto en sí (lo condena y lo condona, lo estimula y lo castiga), sino que maneja en forma sumamente ambivalente el tema de las normas y valores en general. Asuntos como el aborto, el contrabando o la corrupción son considerados colectivamente desde una perspectiva condenatoria cuando son vistos en términos generales y luego perdonados e incluso valorados cuando hacen parte de la cotidianeidad y son percibidos como la solución de un problema propio o de una persona cercana.

Esta actitud contradictoria hace también que, si bien muchas personas consideran que debe legalizarse el aborto pues es un derecho de la mujer, condenan activamente e incluso agreden fuertemente a las mujeres que optaron por continuar el embarazo y dar a su hijo en adopción. También resulta contradictorio que la postura en contra del aborto no plantea generalmente forma alguna de ayuda eficaz para aquellas mujeres que, teniendo dificultades de todo tipo para continuar el embarazo, deciden no abortar.

Una comprensión a la vez amplia y profunda del tema del aborto implica para la mente humana un doble esfuerzo: posicionarse a la vez en dos perspectivas antagónicas (la de la mujer y la del embrión o feto) y tolerar la ambigüedad que implica el tema. Son pocos los asuntos en que la perspectiva puede virar desde una visión hasta su extremo opuesto como sucede en el caso del aborto. Puede ser percibido como el más cruel e injusto asesinato –en un extremo– o un derecho inalienable unido a la salud y la propia autoconservación, en el otro.

El aborto remite a los cuestionamientos más básicos del ser humano: el origen de la vida, la muerte o la no existencia, la capacidad de creación y de destrucción de los seres humanos. Si bien no somos frecuentemente conscientes de ello y tendemos a hablar siempre del aborto en tercera persona, el hecho de que cada uno de nosotros podría haber sido abortado (y quizás no lo fue por razones fortuitas) introduce en el tema un dramatismo que pocos asuntos tienen y que, a nuestro entender, hace imposible pensarlo desde una actitud neutra, aun cuando nos esforcemos por respetar las decisiones y posturas ajenas en nuestras acciones y manifestaciones.

Los grandes temas subyacentes

I) El instinto maternal

Suele afirmarse que la tendencia natural e instintiva de la mujer la orienta hacia el amor y el cuidado de los hijos, siendo “antinatural” o “desnaturalizada” aquella mujer que no desea concretar una maternidad en ciernes, ya sea porque se propone abortar o porque piensa entregar a su hijo en adopción. Este concepto jerarquiza la dimensión animal del ser humano y desjerarquiza las dimensiones sociales, culturales o históricas de su comportamiento (Videla, 1990).

En primer lugar, es interesante contrastar esta visión con el hecho de que los animales mismos cometen filicidio con la cría débil, deforme o que, por alguna razón, desconocen como propia. El instinto animal incluiría, entonces, también una dimensión equivalente al aborto en el humano.

Por otra parte, la definición de instinto incluye conductas que se repiten en una misma especie más allá del momento histórico o lugar geográfico. De hecho –como hemos dicho– el aborto se ha practicado siempre en todas las culturas. En nuestro país, las estimaciones indican que habría al menos un aborto por cada nacimiento.

El concepto de apego aparece como un más completo mecanismo explicativo del comportamiento parental en los humanos. Si bien, una vez que se establece, el apego tiene la intensidad característica del instinto, puede darse o no y esta eventualidad es altamente dependiente de las condiciones ambientales y circunstanciales en que se produce la gestación y, eventualmente, el nacimiento. La práctica colectiva de abortar fetos femeninos y el infanticidio de niñas en China ilustran hasta qué punto los comportamientos individuales y colectivos en relación a los hijos se encuentran influidos por las condiciones ambientales y culturales.

II) La idealización de la maternidad

Los estudios sociológicos sobre las culturas de origen judeo-cristiano (como la nuestra) describen el fenómeno colectivo de idealización de la maternidad y del niño pequeño. Prácticas culturales como la felicitación a la mujer que se embaraza o la presión sobre los matrimonios jóvenes para que procuren un embarazo constituyen mecanismos sociales de perpetuación de la especie que transmiten un mensaje muy claro sobre el signo positivo de la maternidad y sobre la identificación del concepto de femineidad con el de maternidad.

Esta negación colectiva de las dificultades reales que implican la maternidad y la paternidad constituyen factores sumamente influyentes a la hora de procurar medios anticonceptivos eficaces o pensar más profundamente la posibilidad de un hijo como una opción y no como un mandato social o familiar.

El contraste de este fenómeno con lo que sucede en otras culturas contemporáneas permite calibrar su dimensión. Muchos países europeos ven disminuir estrepitosamente su tasa de fecundidad pues para muchas mujeres el valor fundamental radica en su realización personal y en su autonomía, teniendo la presión social un signo opuesto al que caracteriza nuestra cultura. Un censo practicado en 1724 en París mostraba que sólo el 25% de los niños nacidos ese año había permanecido con sus padres para su crianza. El resto era enviado en carros al campo para ser criados por nodrizas a fin de no interrumpir la activa vida social de sus padres, quienes iban a buscarlos cinco años después.

III) Embarazos “deseados” y “no deseados”

El hecho de que sea una costumbre tan arraigada en el ambiente médico el catalogar los embarazos según el sistema binario deseo-no deseo nubla generalmente la posibilidad de reflexionar sobre la veracidad, utilidad y –en definitiva– científicidad de estos criterios.

El clasificar un fenómeno tan complejo como la maternidad y la paternidad en un sistema conceptual que reduce a toda la especie humana a una de dos categorías aparece ya en un primer análisis como bastante poco científico. Por otra parte, se asimila deseo con planificación y es bien sabido hoy en día que entre 60% y 75% de los embarazos no son planificados. El deseo aparece, además, como un fenómeno cambiante que debería –en todo caso– describirse como un proceso más que como una categoría presente o ausente. Esto queda dramáticamente demostrado por el hecho de que en Francia, pese a que el aborto se realiza por sola voluntad de la mujer, se le exige una semana de reflexión y en ese tiempo la mitad de las mujeres desiste de su intención original.

Otro ejemplo por demás ilustrativo lo constituyen los casos –reales y presentes también en Uruguay– en que personas que se someten a tratamientos de esterilidad procuran un aborto luego de logrado el embarazo.

Esto remite a otra dimensión del problema: ¿qué es lo que se desea cuando se desea un embarazo? Una primera discriminación se refiere a la diferencia entre el deseo de estar embarazada y el deseo

de tener un hijo (Pines, 1990). En el primer caso, se busca más que nada un estado que se percibe como gratificante y en el cual juega un rol fundamental el hecho de poder comprobar la propia fertilidad. En el segundo caso, la expectativa se refiere más a la crianza del niño y el embarazo es, en todo caso, un “peaje”. El “deseo”, por otra parte, se vincula muchas veces a profundas necesidades personales: ser cuidado en la vejez, seguir la pauta reproductiva del grupo cultural, calmar sentimientos depresivos y de falta de sentido en la vida, sentirse querido y necesitado, etcétera. (Lerner y colaboradores, 1967)

En las mujeres con aspiraciones profesionales o de desarrollo personal, el hecho de tener un hijo frecuentemente compite con estas otras expectativas y genera una conflictividad aun mayor que puede llevar al cuestionamiento sobre la continuación o no del embarazo.

Así como hay consenso entre los diferentes estudios y autores de que la maternidad normal es un fenómeno pautado por una permanente ambivalencia (Langer, 1976; Videla, 1990; Defey, 1994), lo mismo puede decirse respecto al aborto. Aun en los países en que se encuentra legalizado, la decisión y el tiempo posterior (a veces, el resto de la vida) quedan marcados por algún elemento de duda, cuestionamiento o nostalgia.

Tanto en la comprensión del fenómeno del aborto como en cualquier abordaje del mismo que se quiera realizar, es fundamental comprender esta dimensión de ambigüedad, así como la complejidad del deseo humano de búsqueda de un hijo. La asociación unívoca entre lo que se denomina “embarazo no deseado” y aborto queda desmentida no sólo por los casos puntuales en que paradójicamente se busca afanosamente un embarazo y luego se lo interrumpe, sino en las estadísticas, que muestran que un porcentaje significativo de abortos se produce luego de embarazos “deseados”.

Este tema remite, evidentemente, al tema de la anticoncepción, su conocimiento y utilización como modo más inocuo y adecuado de prevención de los embarazos que luego, de producirse, terminarán en un aborto. El razonamiento lógico de que si no se quiere un embarazo se tomarán las medidas anticonceptivas necesarias y que si no se hace es por desconocimiento de las mismas, parece chocar con las evidencias, que muestran que incluso en mujeres médicas es frecuente el embarazo no planificado que luego culmina en un aborto (Ortayli, 1996).

Múltiples estudios realizados en países con niveles culturales aceptables de la población (como el nuestro) muestran que el uso inadecuado o inexistente de medidas anticonceptivas parece responder a

fenómenos complejos vinculados no sólo a las características, proyectos o historias personales sino también a fenómenos culturales como la idealización de la maternidad, que empuja a las mujeres hacia la concreción de un embarazo y luego las culpabiliza cada vez que su comportamiento las aleja del ideal colectivo de lo que se considera una actitud maternal adecuada.

Sandberg y Jacobs (1972) discriminan las siguientes razones para el uso inadecuado o rechazo de la anticoncepción: negación del riesgo real del embarazo (“pensé que no iba a quedar”) o de la responsabilidad personal en prevenirlo (más frecuente en los hombres); actitudes frente a la vida caracterizadas por las conductas de riesgo o la autoinmolación; sentimiento de culpa de base religiosa por ejercer la sexualidad, lo cual también contribuye a la torpeza para comprender el uso de los métodos o la vergüenza de preguntar; uso del acto sexual como dominio sobre el otro sin asumir responsabilidades (el sexo como deporte); conflictos con la identidad sexual; actitud de masoquismo y entrega pasiva frente a lo que depara el destino; miedo y angustia que paralizan a la hora de prevenir o planificar; dificultad en asumir el control sobre la propia vida; fácil acceso al aborto; iatrogenia.

La decisión de abortar

Las motivaciones para concretar un aborto son tan vastas como lo es la experiencia humana en relación a los temas reproductivos. Muchas veces ni siquiera puede hablarse de “decisión”. En algunas situaciones, la persona se encuentra en estado de absoluta dependencia personal o emocional: menores de edad en que lo deciden los padres, mujeres obligadas por sus parejas, etcétera. En otros casos, las condicionantes socioculturales dejan poco lugar a una opción personal, desde el aborto de fetos femeninos en China hasta la presión social hacia una mayor autonomía de la mujer en determinados países. Tanto las situaciones socioeconómicas extremas como las condiciones contractuales de trabajo pueden condicionar a la mujer impidiéndole tener un hijo (situación real también en algunos casos en Uruguay).

Los valores imperantes en una cultura o nación juegan un papel fundamental no sólo a la hora de tomar una decisión sino en el hecho de que ésta sea personal y socialmente aceptable. Shaw y colaboradores (1979) en un estudio de 195 mujeres en Estados Unidos hallaron como motivación más frecuente las consideraciones prácticas personales, incluyendo los objetivos relacionados a metas

económicas, de formación y desarrollo laboral, así como la necesidad personal de independencia en un contexto en que la liberación de la mujer aparece como un valor social predominante. El aborto era visto como un dilema personal (en el cual pesaba también la actitud de la pareja) que conducía a evitar una situación indeseada pero que no tenía un valor positivo en sí mismo.

En contraste, en un estudio realizado en Suecia, la noción de responsabilidad en relación a traer un hijo al mundo aparecía como el motivo más frecuente y persistía en el tiempo la preocupación por haber sido fieles a esa convicción (Anagrius y colaboradores, 1990). En ambos estudios –al igual que en otros– la tasa de arrepentimiento era muy baja y se limitaba a casos individuales.

Estas investigaciones, de cualquier forma, se refieren a motivaciones conscientes. Las motivaciones para abortar son infinitas y, dada la premura de la decisión y el limitado conocimiento que tenemos de nosotros mismos, nunca está exenta de aspectos no conscientes o que la persona no percibe, al menos en el momento de la decisión. Varios autores (Aray, 1968; Calandra y colaboradores, 1970; Pines, 1990) han profundizado en las raíces inconscientes del aborto, especialmente cuando éste se vuelve una conducta patológica y hasta adictiva por su reiteración y la creación de condiciones que hacen inevitable que se produzca.

La cuestión del aborto provocado remite inevitablemente al tema mismo de la libertad del ser humano, en el que un análisis profundo de los condicionantes familiares, históricos, personales, genéticos, económicos, sociales, circunstanciales, etcétera, hacen ver que el absoluto libre albedrío de los seres humanos es una ilusión que nos resulta muy cara, en el doble sentido de esta palabra. Acariciamos nuestras convicciones sobre nuestra propia libertad y, a la vez, restringimos en la realidad nuestra autonomía cuando dejamos de percibir todos los condicionantes que influyen en nuestras decisiones en aras de mantener nuestra ilusión.

Es prácticamente imposible determinar a ciencia cierta en el momento si en una persona y una situación dadas la decisión de abortar fue la mejor, es decir, si fue el mal menor. Recién al final de la vida de una persona podría hacerse tal apreciación, pues la decisión en el momento siempre es parcialmente a ciegas. Dada la inevitable urgencia, no se pueden ponderar elementos fundamentales que van a dar un sentido positivo o negativo a la decisión a la luz de la globalidad de la vida de esa persona. Entre otras cosas, serán decisivos para esa evaluación aquellos eventos ligados a la vida reproductiva que van a acontecer en el resto de la vida luego de haber toma-

do o no la opción del aborto. Para las mujeres o parejas que luego tienen una vida personal y reproductiva satisfactoria, el aborto realizado puede tener un sentido totalmente diferente que para aquellas que no logran luego un nuevo embarazo o sufren pérdidas perinatales, aun si éstas no tienen ninguna conexión causal con el aborto que las precedió.

La decisión depende también de mecanismos mentales que no necesariamente son pautados por la voluntad consciente. El impacto de la noticia de un embarazo no esperado genera una sucesión de fases de reacción en las que, en primera instancia, no se puede pensar y, mucho menos, decidir libremente (fase de shock). En la segunda fase no se logra ver la dimensión del problema cabalmente. La negación que caracteriza a esta segunda etapa hace percibir al feto como células aun si ya está formado totalmente y no permite ver la dimensión de la decisión a tomar. La fase siguiente (hostilidad) implica el riesgo de jerarquizar sólo los elementos negativos del embarazo. Recién en las últimas fases (depresión y reorganización) de este proceso –que se podrían conceptualizar como “grados de libertad”– es que la persona realmente puede tener una percepción más cabal y profunda de la situación. El hecho de que la decisión debe muchas veces tomarse con premura, hace que se realice en momentos en que la mente no logra aún sopesar clara y profundamente los elementos en juego.

En algunas mujeres –especialmente las que adoptan el aborto como conducta recurrente y de riesgo sin que sea lo habitual en su entorno histórico o cultural– responde a aspectos psicopatológicos más vinculados a la autodestrucción que a la libertad.

En otros casos, las palabras que utilizan los técnicos (“solucionar su problema”, por ejemplo) pueden resultar un elemento inductor en un momento en que el shock de la noticia no permite pensar y en una cultura en que la palabra del médico tiene un gran peso de autoridad moral. Un ejemplo claro de esto lo constituye la llamada “reducción embrionaria”, acción por la cual en embarazos múltiples (generalmente producto de procedimientos de reproducción asistida) se inyecta una solución salina en el corazón de los fetos que excedan el número de dos o tres por gestación a fin de reducir el número de fetos vivos. Si bien científicamente no podría de modo alguno llamarse “embrión” a un producto de 12 semanas (que es cuando se realiza el procedimiento), se utiliza este nombre regularmente tanto a nivel de publicaciones científicas como de información a las pacientes y sus parejas, lo cual contribuye a que minimicen la dimensión del procedimiento y den su aprobación para el mismo.

Un elemento clave en la decisión es la forma en que es imaginado o representado mentalmente el producto de la gestación. Palabras como “concepto”, “blástula”, “células”, “embrión”, “feto”, “hijo” o “bebé” evocan en nuestras mentes imágenes, reacciones emocionales, sentimientos de pertenencia y grados de empatía totalmente diferentes, en una gradiente que va desde la indiferencia hasta la ternura, desde la despreocupación hasta un sentido casi innato de cuidado.

Este tema está especialmente vigente dadas las modificaciones que han introducido las tecnologías de diagnóstico prenatal en las formas en que las personas –especialmente las mujeres– representan en su mente al hijo durante la gestación. El manejo de la ecografía en los casos de solicitud de aborto, por ejemplo, es motivo de planteos diversos. Algunos postulan la conveniencia de que quien se plantea abortar vea la imagen a fin de tomar una decisión más responsable y, en definitiva, más libre. En otra posición (la de los movimientos en contra del aborto) se recomienda su uso a fin de generar precozmente un sentimiento de apego que impida la interrupción. Recientemente se ha planteado, incluso, que la “personificación” del feto producida por la imagen ecográfica disminuye la autonomía de la mujer a la hora de decidir (Zeichmeister, 2001).

En el tema de la decisión de abortar consideramos que no se debe obviar el papel del hombre, no sólo porque puede resultar un condicionante de la decisión de la mujer (situaciones de presión o maltrato) sino porque en muchos casos se trata de una decisión que se toma en pareja. En algunos casos, genera una discordia en la pareja que puede condicionar su continuidad o modificar radicalmente su dinámica (Lauzon, 2000; Kissaine y Bloch, 1994; Kroelinger y Oths, 2000; Mattison, 1985). Los estudios de seguimiento muestran que las eventuales repercusiones del aborto también afectan al hombre y que su actitud resulta muchas veces decisiva en la continuación o no de la gestación.

Las repercusiones del aborto

Mucho se ha dicho y escrito sobre las repercusiones de un aborto provocado (Balley y colaboradores, 2001; Barrow y colaboradores, 2001; Major y colaboradores, 2000; Margolis y colaboradores, 1974; Pope y colaboradores, 2001; Tishler, 1981; Ashton, 1989), lo cual muchas veces se ha hecho tratando de utilizar este dato a fin de inclinar la balanza a favor o en contra del aborto.

Como dijimos, recién en el transcurso del tiempo es posible evaluar cabalmente la repercusión del aborto en la vida, los pensamien-

tos, sentimientos y vínculos de una persona, una pareja o una familia. Hay un creciente interés por la investigación en cuanto a las repercusiones en la sexualidad, que parecerían ser de signo negativo en algunas personas, si bien los resultados no pueden considerarse concluyentes (Bianchi-Demichelli, 2002). También se ha estudiado la repercusión sobre el uso de anticonceptivos, que parece verse paradójicamente afectado con una disminución en la adherencia luego de un aborto.

En cuanto a la repercusión inmediata y a mediano plazo, las revisiones sistemáticas (Zolese y Blacker, 1991) coinciden en señalar que hay consecuencias importantes en un 10% de las mujeres, describiéndose duelos patológicos, depresiones graves, dificultades reproductivas, e incluso procesos de psicotización o intentos de autoeliminación. Estos cuadros se dan con una frecuencia notoriamente mayor en los casos de psicopatología previa o de especial complejidad de la situación de aborto. En el 90% restante, la reacción parece ser lo que se ha denominado como “duelo leve” (Williams, 2001). De cualquier forma, los seguimientos a largo plazo muestran que, si bien la mayoría de las personas no se arrepiente de la decisión que tomó, el aborto es un evento que sigue teniendo peso en sus vidas y en la percepción de sí mismos.

Resulta claro en las investigaciones y es corroborado por la experiencia clínica que los casos en que el aborto es seguido de un desenlace trágico o, al menos, grave, se conjuga con elementos de riesgo vinculados tanto a las repercusiones físicas del aborto (esterilización, infección grave, etcétera) como a la psicopatología previa o los condicionantes que determinaron su realización. En relación a los antecedentes personales, se destacan los elementos depresivos y, en especial, los antecedentes o presencia concomitante de ideación o intentos suicidas.

Algunos factores o elementos de riesgo ambientales aparecen claramente asociados a complicaciones posteriores. Se destacan los siguientes: el hecho de que otras personas hubieran tomado la determinación, que haya discordia en la pareja respecto a la decisión, que no se pueda hablar sobre el tema tanto en el tiempo de la decisión como posteriormente (Defey y colaboradores, 1995). Algunos estudios muestran que la educación centrada en la represión y la actitud de repudio radical del aborto en la crianza de los hijos favorece, en realidad, no sólo la concreción de abortos en los hijos sino que las repercusiones del mismo parecen ser más graves, especialmente en relación al sentimiento de culpa y al secreto que rodea la situación. La cadena secuencial parecería ser que la ausencia de una

adecuada educación sexual lleva a un inicio y ejercicio sexual en el que hay una mayor conflictividad y menos capacidad de adoptar medidas anticonceptivas, aun en edades posteriores a la adolescencia. Esto hace que, una vez producido el embarazo, resulte difícil saber qué hacer o con quién hablar y, empujadas por el temor y la vergüenza, muchas veces estas adolescentes o mujeres se someten a abortos en condiciones de riesgo.

El personal de salud ante el aborto

Como dijimos, es imposible abordar el tema del aborto en la teoría o en la práctica sin que esto genere un involucramiento personal no sólo en la dimensión de los valores, la religión o la ética sino también en la vida afectiva. Algunos estudios han enfocado las percepciones y actitudes del personal de salud (Bourne, 1074; Donnay y colaboradores, 1003).

La confrontación con una situación de aborto (consumado o proyectado) enfrenta a el o la profesional a varias tareas casi imposibles. Es sumamente difícil poder identificarse a la vez con las dos vidas que están en juego: la de la madre y la del hijo. La identificación por una u otra parte en conflicto conduce a las posiciones contrapuestas respecto al tema. Resulta también una tarea imposible resolver muchas situaciones de desamparo y riesgo a las que la mujer o –eventualmente– el hijo se han visto o se verán enfrentados. Resulta también imposible desentenderse de una situación que, como dijimos, convoca lo más profundo de cada uno de nosotros y de su historia. En el caso del ginecólogo o de la partera, le enfrenta también a la contradicción de que quien da vida puede también decidir quitarla, a veces por motivos superfluos, o que es muy difícil comprender o compartir (Giberti, 1993).

Algunas situaciones son especialmente graves y generan especiales cuestionamientos, como los abortos de segundo (e incluso tercer) trimestre en ausencia de patología materna o fetal, los abortos procurados luego de tratamientos de esterilidad y la llamada reducción embrionaria, especialmente cuando se trata de sólo dos fetos y se solicita por parte de los padres la reducción de uno a fin de tener el embarazo único que habían planeado.

El encuentro con la mujer o la pareja que se plantea un aborto desencadena de ambas partes lo que se ha denominado transferencia y contratransferencia, es decir, reacciones emocionales que influyen y confunden la percepción y reacción tanto del técnico como de la persona que le consulta. Esta tormenta afectiva que se genera en

el encuentro condiciona las preguntas y las repuestas, así como la forma en que la situación es percibida y conceptualizada. El conocimiento de estos fenómenos universales y ajenos a las decisiones o voluntad consciente debería hacer parte del bagaje de formación de quien debe abordar este tipo de consulta.

Del mismo modo, la mirada, los gestos, los términos que el médico utiliza serán decodificados de acuerdo al peso social de su palabra, pero también de acuerdo a mecanismos mentales universales que operan en tales circunstancias. Resulta de vital importancia comprender uno de ellos: la externalización, mecanismo por el cual un conflicto interno se transforma en un conflicto interpersonal (es decir, externo, de ahí el nombre). Cuando el técnico (u otra persona) intenta incidir en el conflicto interno de la mujer que duda entre abortar o no volcándose abiertamente por una de las dos opciones en vez de ayudarla a encontrar su propia opción, puede empujar a la paciente a posicionarse reactivamente en la posición contraria. De esta forma, en vez de ayudarla, obstaculiza doblemente el proceso pues sesga su decisión y le quita autonomía en la misma, complicando el pronóstico.

Una clara conciencia por parte del profesional respecto a su propio posicionamiento ideológico y sus limitaciones personales respecto al tema debería también hacer parte de los elementos a tener en cuenta a la hora de evaluar la consulta y decidir qué manejo hacer de la misma. En la mayoría de los países en que existe una legislación liberal respecto al aborto se respeta el derecho de cada profesional de participar de dicha práctica o de abstenerse de hacerlo si contradice o violenta sus valores personales.

La práctica misma del aborto (aun en los países en que es legal) o la atención reiterada de consultas o casos vinculados a situaciones de aborto genera en los técnicos un tipo muy especial de desgaste. Para algunos, la despersonalización del tema resulta un recurso protector (“yo soy sólo ejecutor de una voluntad ajena”, como decía una persona que practicaba abortos). Aun en los médicos o parteras que lo practican en contextos legales, se trata de una práctica que repercute en ellos a nivel tanto personal como de su opción vocacional, pues su actividad diaria ya no estará centrada sólo en atender embarazos o partos sino también abortos.

El poder manejar con la paciente la posibilidad de una entrega en adopción resulta un elemento a no despreciar, ya que puede abrirle un camino que no había considerado y puede solucionar su situación sin tener que recurrir al aborto. En estos casos, el que la institución ofrezca a la embarazada un apoyo durante la gestación resulta

no sólo coherente con la actitud inicial sino, a nuestro entender, un deber asistencial insoslayable.

En definitiva, al abordar la consulta ante la decisión de abortar o no, la difícil tarea que enfrenta el profesional es la de acompañar a la persona en el descubrimiento de un camino propio que, a diferencia de otros temas, también involucra al técnico con sus propios dilemas y decisiones personales.

La función de los profesionales de salud mental

Si bien resulta ideal que éstos integren un grupo de trabajo inter o transdisciplinario en torno al tema (como lo muestra la producción misma de este libro), existen algunas situaciones o dominios temáticos específicos en que los psicólogos y psiquiatras pueden realizar un aporte que no puede ser suplido por otros técnicos (Ford y colaboradores, 1971; Stotland, 2002). En este sentido, la intervención más adecuada provendrá de aquellos que, además de su formación de base, se han especializado en las temáticas de Psicología Médica, en general, y Psicología Reproductiva, en particular.

Ford y colaboradores (1971), concluyen a partir de su trabajo rutinario con estas consultas en la Universidad de California que las indicaciones más frecuentes para la intervención en Salud Mental son fundamentalmente aquellos casos que presentan antecedentes de patología psiquiátrica (en especial la depresión e ideación suicida, también señalada por otros autores) o que están atravesando crisis vitales. Recomiendan enfáticamente una semana de reflexión antes de tomar la decisión, al igual que lo hace la legislación francesa. Jerarquizan como elementos a pesquisar las motivaciones manifiestas y latentes para el aborto, la existencia de otras pérdidas recientes (en especial pérdidas perinatales), la evaluación de eventuales experiencias anteriores de aborto, el riesgo de una percepción del aborto como una solución mágica a sus problemas, la existencia de coerciones respecto a la decisión, la naturaleza de la relación de pareja y el soporte social disponible.

Las modalidades de intervención que nos parecen más pertinentes según la experiencia en nuestro país son la participación en instancias docentes dirigidas a estudiantes y profesionales de todas las disciplinas implicadas, la participación en la elaboración de pautas de abordaje de las consultas pre y postaborto, la entrevista (pre o postaborto) especializada en situaciones específicas y el abordaje terapéutico del aborto reiterado como conducta patológica. Desarrollaremos estas dos últimas modalidades de trabajo.

Entrevistas en situaciones específicas

a) Antes de la decisión

Algunas situaciones personales o familiares desbordan la posibilidad de abordaje que tiene el médico o la partera y requieren tanto un diagnóstico situacional más afinado como un manejo especializado de la entrevista.

Una indicación clara de estas intervenciones son los casos de adolescentes en que uno o ambos padres deciden el aborto y la embarazada (o ambos integrantes de la pareja adolescente) no pueden tomar una decisión por sí mismos. Dadas las repercusiones de este tipo de resolución y la dificultad del manejo de la situación, una entrevista especializada apuntará a comprender la situación en el marco de la dinámica familiar y a personalizar el proceso de decisión para evitar sus aspectos traumáticos de imposición.

En la misma línea de conflictividad interpersonal en torno a la decisión, los casos en que no hay acuerdo entre los miembros de la pareja o aparecen intromisiones importantes de la familia de origen requieren una intervención que contribuya a esclarecer los elementos en juego. En ambas situaciones, la formación específica en las temáticas de pareja y familia constituye un valioso aliado.

La mujer que se halla en profunda duda respecto a la realización del aborto constituye otra indicación para una entrevista especializada, la cual tiene como objetivo ayudarla a esclarecer sus motivaciones tanto a favor como en contra del aborto, procurando una decisión más libre y más certeramente arraigada en su situación tanto interna como externa.

La coincidencia en el tiempo del embarazo que se piensa interrumpir y otras situaciones de crisis vital o eventos traumáticos constituye también una indicación, especialmente porque la capacidad de percepción y ponderación clara de los elementos en juego se halla comprometida y la persona se encuentra totalmente vulnerable y sugestionable ante consejos que, aun bien intencionados, pueden empujarla a una situación imposible de resolver luego (como, por ejemplo, en un caso del que tuvimos conocimiento, en que los familiares aconsejaron un aborto ante el fallecimiento del esposo para no arriesgar el embarazo por la angustia de la pérdida).

En las personas que han presentado previamente a esta situación cuadros psicopatológicos importantes es recomendable evaluar tanto la motivación que conduce al aborto ante la eventualidad de ideas delirantes, una percepción melancólica de la situación, actitu-

des paranoides respecto a los médicos o a la institución, tendencia a la actuación autodestructiva, ideas o intentos de autoeliminación, etcétera.

En la mayoría de los países en que el aborto es legal, el recurso a la consulta psiquiátrica o psicológica es el resorte habitual para aducir la necesidad del aborto por causas de salud materna. Este mecanismo se ha pervertido y se transforma en una herramienta burocrática en la mayoría de los casos, perdiéndose el valor mismo de la consulta cuando sí está indicada y generando en los técnicos un desgaste que les hace disminuir la eficacia de su potencial intervención dada la masividad de las consultas que atienden.

La consulta con trabajadores sociales resulta especialmente indicada en los casos en que la decisión se encuentra fuertemente influenciada por situaciones familiares, laborales o legales que requieren de un asesoramiento y orientación que esclarezca la situación.

b) Seguimiento postaborto

En cualquiera de las situaciones antedichas resulta indicada al menos una breve entrevista de seguimiento que apunte a despistar posibles repercusiones patológicas o descompensaciones. También es un recurso indicado para aquellos casos –estimados en un 10% (Zolese y Blacker, 1992)– en que se producen repercusiones que ameritan un seguimiento terapéutico en la modalidad de la intervención en crisis y de la psicoterapia focalizada de objetivos y tiempo definidos.

Abordaje terapéutico del aborto a repetición

Como ya hemos indicado, el aborto puede ser una conducta patológica en sí misma cuando se lo procura en forma reiterada pudiendo recurrir a otros métodos de control de la natalidad (Lang, 1980). Esto es especialmente preocupante cuando se trata de una conducta de riesgo o eventualmente parasuicida en personas que se someten una y otra vez al procedimiento más allá de toda ponderación racional. En estos casos, es necesaria una cuidadosa evaluación psiquiátrico-psicológica y un abordaje psicoterapéutico y, eventualmente, psicofarmacológico que aborde el problema estructural del cual la conducta abortiva es meramente un síntoma.

Referencias bibliográficas

Adler N. (1976) Sample attrition in studies of psychosocial sequelae of abortion. How great a problem? *Journal of Applied Social Psychology*, 6(3): 240-59.

Anagrius C, Hallen A, Moi H, Persson E. (1990) Prevention of sexually transmitted diseases and abortion: the present situation of medical care of sexually transmitted diseases in Sweden. *Seminars in Dermatology*, 9(2): 190-98.

Aray J. (1968) Aborto. Estudio Psicoanalítico. Buenos Aires: Hormé.

Ashton J. (1980) The psychological outcome of induced abortion. *Br J Obstet Gynecol*, 87: 1115-22.

Badinter É. (1980) L'amour en plus. Histoire de l' amour maternelle. Paris: Flammarion.

Balley P, Bruno Z, Bezerra M, Oliveira C, Chen-Mok M. (2001) Adolescent pregnancy one-year later: the effect of motherhood vs abortion in Northeast Brazil. *J Adolesc Health*, 29(3): 223-32.

Barnow S, Ball J, Doring K, Lucht M, Freyberger HJ, Fischer W. (2001) The influence of psychosocial factors on mental well-being and physical complaints before and after undergoing an in-patient abortion. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 51(89-10): 356-64.

Bianchi-Demicheli F, Perrin E, Ludiche F, Bianchi PC, Chatton D, Campana A. (2002) Termination of pregnancy and women's sexuality. *Gynecol Obstet Invest*, 53(1): 48-53.

Bourne J. (1974) Influences on health professional's attitudes, en David (ed.) *Abortion Research: International Experiences*. Lexington: Lexington Books.

Calandra D, Del Valle R, Olivares D, Regueira C, Mormandi A. (1970) Aborto: estudio clínico, psicológico, social y jurídico. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Clark S, Ellerston C, Winikoff S. (2000) Is medical abortion acceptable to all American women? The impact of sociodemographic characteristics on the acceptability of mifepristone-misoprostol abortion. *J Am Med Womens Assoc*, 55(3 Suppl): 177-82.

Colectivo (1989). Yo aborto, tú abortas... nosotros callamos. Montevideo: Ediciones Cotidiano Mujer.

Defey Denise (comp.) (1994-1996) *Mujer y Maternidad. Aportes para su Comprensión desde la Psicología Médica (Tomos I, II, III y IV)* Montevideo: Roca Viva.

Defey D, Díaz Rossello JL, Friedler R, Núñez M, Terra C. (1992) Duelo por un niño que muere antes de nacer. Montevideo: CLAP(OPS/OMS)-Roca Viva.

Defey D, Díaz Rossello JL, Friedler R, Núñez M, Terra C. (1995) "Sala de espera" (Repercusiones psicosociales del aborto provocado) (video-grabación educativa)- Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-OPS/OMS)-CEMA (Centro de Medios Audiovisuales).

- Donnay F, Bregentzer A, Leemans P, Verougstraete A, Vekemans M.** (1993) Safe abortions in an illegal context: perceptions from service providers in Belgium. *Stud Fam Plann*, 24(3): 150-62.
- Dorsey E, Veolitze M, Merkatz R.** (1971) Aspects of abortion counseling for patients undergoing elective abortion. *Clin Obstet Gynecol*: 205-34.
- Douvier S, Lordier-Huynh-Ba C, Rousseau T, Reynaud T.** (2001) Voluntary interruption of pregnancy: comparative study between 1982 and 1996 in the main centre of Cote D'Or. Study of women having repeat voluntary interruption of pregnancy. *Gynecol Obstet Fertil*, 29(3): 200-10.
- Fleming C. & O'Connor K.** (1993) Adolescent abortion: Views of the membership of the American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*, 91: 561-5.
- Ford C, Atkinson R, Bragonier R.** (1971) Therapeutic abortion. Who needs a psychiatrist? *Obstet Gynecol*, 38(2): 206-13.
- Guidal D, Semin S.** (1999) Induced abortion: a method for birth control? *Adv Contracept*, 15(1): 49-59.
- Kishida Y.** (2001) Anxiety in Japanese women after elective abortion. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs*, 30(5): 490-5.
- Kissane D. & Bloch S.** (1994) Family grief. *Br J Psychiatry*, 164: 728-40
- Kroelinger C, Oths K.** (2000) Partner support and pregnancy wantedness. *Birth*, 27(2): 112-9.
- Harrison A, Montgomery E, Lurie M, Wilkinson D.** (2000) Barriers to implementing South Africa's Termination of Pregnancy Act in rural KwaZulu/Natal. *Health Policy Plan*, 15(4): 424-31.
- Kero A, Lalos A.** (2000) Ambivalence- a logical response to legal abortion: a prospective study among men and women. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 21(2): 81-91.
- Lang F** (1980) A propos de la personnalité des femmes ayant recours a des interruptions volontaires de grossesse repetés. *Ann Med Psychol*.
- Langer, Marie** (1976) *Maternidad y sexo*. Buenos Aires: Paidós.
- Lauzon P, Roger-Achim D, Achim A, Boyer R.** (2000) Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Can Fam Physician*, (46): 2033-40.
- Lema V, Rogo K, Kamau R.** (1996) Induced abortion in Kenya: its determinants and associated factors. *East Afr Med J*, 73(3): 164-8.
- Lerner B, Raskin H. & Davis E.** (1967) On the need to be pregnant. *Int J Psycho-Anal* 48,268.
- Major B, Cozzarelli C, Cooper M, Zubek J, Richards C, Wilhite M, Gramzow R.** (2000) Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry*, 57(8): 777-84.
- Margolis A, Davison L, Hanson K, Loos S, Mikelsen C.** (1974) Therapeutic abortion follow-up. *Am J Obstet Gynecol*, 151: 243-50.

- Mattinson J.** (1985) The effects of abortion on a marriage. *Cyba-Found Simp*, 115: 165-77.
- Ortayli N, Ozugurlu M, Gorkcay G.** (1996) Female health workers; an obstetric risk group. *Int J Gynecol Obstet*, 54: 263-70.
- Osler L, Morgall J, Jensen B, Osler M.** (1992) Repeat abortion in Denmark. *Dan Med Bull*, 39(1): 89-91.
- Pines D.** (1990) Pregnancy, miscarriage and abortion. A psychoanalytic perspective. *Int J Psychoanal*, 71(2): 301-7.
- Pope L, Adler N, Taschann J.** (2001) Postabortion psychological adjustment: are minors at increased risk? *J Adolesc Health*, 29(1): 2-11.
- Sandberg E, Jacobs R.** (1972) Psychology of the misuse and rejection of contraception. *Med Asp Human Sex*, 6(6): 34-70.
- Shaw P, Funderburk C, Franklin B.** (1979) An investigation on the abortion decision process. *Psychology*, 16(2): 12-19.
- Stotland N.** (2002) Psychiatric issues related to infertility, reproductive technologies and abortion. *Prim Care*, 29(1): 13-26.
- Tishler C.** (1981) Adolescent suicide attempts following elective abortion: a special case of anniversary reaction. *Pediatrics*, 68: 670-71.
- Van P.** (2001) Breaking the silence of African-American women: healing after pregnancy loss. *Health Care Women Int*, 22(3): 229-43.
- Videla, Mirta** (1990) *Maternidad, mito y realidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Videla, Mirta y Grieco, Alberto** (1994) *Parir y nacer en el hospital*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Williams G.** (2001) Short-term grief after an elective abortion. *J Obstet Gynecol Obstet Nurs*, 30(2): 174:83.
- Zeichmeister I.** (2001) Fetal images. The power of visual technology in reproductive care and the implications for women's freedom. *Health Care Anal*, 9(4): 387-400.
- Zolese G. & Blacker C.** (1992) The psychological complications of therapeutic abortion. *Br J Psychiatry*, 160: 742-9.

RESPONSABILIDAD A TRAVÉS DEL CONOCIMIENTO

Obstetra partera Ana Labandera Monteblanco*

*El camino a recorrer
hacia la excelencia, debe
encontrarnos caminando juntos
para sentir la satisfacción
del DEBER CUMPLIDO.*

El acompañar la culminación del esfuerzo realizado por el grupo de profesionales a los cuales nos compete la salud de la mujer, es de relevante compromiso en la proyección de una clara visión de ejecución de conductas estratégicas para evitar el daño que implica el aborto provocado en situación de riesgo.

La mujer sigue ocupando el escenario emergente en materia epidemiológica sanitaria en la región y específicamente en nuestro país, con cifras preocupantes de mortalidad por aborto. Creemos que a pesar de la acción de todos los efectores, cumpliendo planes operativos en las diferentes gestiones, la meta buscada a largo plazo no culmina en el mero hecho de promover salud como bienestar físico, sino que determina un *feed back* permanente a través del diálogo con nuestras mujeres, independiente de la etapa que estén transitando, que nos aportan necesidades a colmar en relación con la calidad de vida en el amplio horizonte de la salud sexual y reproductiva.

Este mecanismo se ha nutrido a través de la información, la educación, la participación, y, en definitiva, de la autonomía que aún no hemos colmado en toda la población femenina nacional.

Como toda persona que ejerce una profesión, la obstetra partera está sometida a lo que se da en llamar deber profesional, que es no solo lo que concierne a la profesión, sino aquello que es exigencia del

* Presidenta de la Asociación Obstétrica del Uruguay.

ejercicio profesional en el orden humano, moral y jurídico. Así, el obrar debe orientarse hacia la consecución de un bien, con actitud de apertura para establecer el equilibrio responsable en solidaridad con el equipo de efectores que conforman la cadena organizacional de oportunidades para el vínculo con la usuaria, independiente del lugar donde se establezca la captación y de la decisión tomada por la misma.

Así, el equipo, como organización, debe propender al comportamiento unificado en criterios y conductas, coordinando acciones cada uno en su rol, en su sector, en su especialidad.

Conociendo que el comportamiento individual y/o grupal presenta dificultad y mayor tiempo involucrado hacia la consecución de un cambio o adaptación, dependiendo del conocimiento real del emergente epidemiológico y del manejo de conductas para satisfacer las demandas de la usuaria, habrá, entonces, que dar prioridad a la educación de los recursos humanos de los sectores asistenciales y sensibilizar el ponderar el problema social que nos ocupa como integrantes del equipo interdisciplinario.

Es un serio compromiso del gremio de obstetras parteras, el que siempre ha asumido estando al lado de la mujer: asistiéndola, educándola para el consentimiento informado, promoviendo la autonomía de sus derechos en salud. Pero queda mucho por aprender, entender y colmar en relación con el tránsito de la vida de esa mujer, que conlleva las creencias, costumbres y arraigos, su voluntad y emotividad, configurando cada una un mapa diferente de un delicado terreno a cultivar.

- * Sí sabemos que cuanto más informamos, escuchamos y tratamos de identificar, más es el cuidado que debemos ejercer a la hora de las conductas.
- * Sí sabemos que la obstetra partera, que siempre ha estado, está y estará del lado de la usuaria, forma un fuerte eslabón en la cadena del equipo interdisciplinario que ocupa la especialidad.
- * Sí sabemos que es de orden la capacitación continua de nuestra profesión a fin de seguir brindándonos en la tarea de servicio que hemos elegido para nuestro desarrollo personal y profesional.
- * Sí sabemos que debemos enfrentar el desafío con mentalidad integradora, con lenguaje común.

Trabajemos juntos y conseguiremos resultados de mejor calidad de vida y responsabilidad a través del conocimiento.

REFLEXIONES PARA LA ADECUACIÓN JURÍDICA DE LA LEGISLACIÓN VIGENTE DE CONFORMIDAD CON LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE “ABORTO EN CONDICIONES DE RIESGO”

Dra. Graciela López Machín*

I) Introducción

El tema del aborto plantea, a nuestro entender, un profundo conflicto de derechos que debe ser analizado a la luz de una concepción integral de los derechos humanos, porque integral es el epicentro del problema: el ser humano como entidad bio-psico-social. Los derechos humanos otrora distinguidos entre los de primera, segunda o tercera generación, son interdependientes, indivisibles e integrales.

Desde el punto de vista jurídico nos encontramos ante la colisión de dos derechos que se enfrentan entre sí con la misma fuerza:

- a) la vida dependiente del no nacido;
- b) la vida autónoma de la mujer gestante, de quien, además, pueden depender otras vidas autónomas.

Sin perjuicio de esa colisión, otros derechos de la mujer gestante deben ser considerados:

- a) el derecho a la libertad para autodeterminarse y actuar en consecuencia;
- b) el derecho a la salud, con especial énfasis en el derecho a la salud sexual y reproductiva;
- c) el derecho a acceder a una educación integral, lo cual presupone recibir educación para el ejercicio libre y pleno de la sexualidad, y su clara separación del ejercicio a los derechos reproductivos;

* Abogada. Inspectora Principal. Directora de Prevención de Delitos. Jefatura de Policía de Montevideo.

d) el derecho a recibir información adecuada y oportuna que habilite el acceso a los servicios y prestaciones necesarias para concretar todos los derechos de los que se es titular por el hecho de ser persona humana.

Esto determina que el conflicto de derechos no pueda contemplarse con una sola mirada o desde una única perspectiva. Dado que no es posible afirmar que alguno de ellos tiene carácter absoluto sobre otro u otros, estamos obligados a ponderar los bienes jurídicos en juego en el supuesto concreto, tratando de armonizarlos y si ello no es posible, determinando las condiciones y requisitos en que podría admitirse la prevalencia de uno de ellos.

El tratamiento punitivo del aborto inducido es precisamente un tema que debe resolverse en función de un concepto integral, indivisible e interdependiente de los derechos humanos de todas las personas, y muy especialmente de las mujeres, que pagan con sus vidas o la mutilación física y/o psíquica, una deuda de toda la Humanidad que ha llegado sin saldar al siglo XXI, reproduciendo situaciones de vulnerabilidad y discriminación.

Terminó el tiempo de la preocupación y es necesario empezar cuanto antes el de la ocupación en materia de salud como concepto integral porque integrales son sus destinatarios tanto en el plano individual como en el colectivo.

II) Líneas para la reflexión

1. Analizar la situación en la cual se plantea:

- un problema de salud pública grave que se mide en años de vida saludable perdidos y en afectación del capital social del país, comprometiendo el desarrollo humano sostenible y la calidad de vida de las personas;
- un problema de inequidad social que plantea un serio compromiso en el goce del derecho a la igualdad entre todas las personas de conformidad con la consagración constitucional;
- un problema de fisura o conflicto entre la función de la norma penal como orientadora de conducta para los individuos y una profundización de la distancia entre la norma y la conciencia de la gente, que obliga a evaluar su efectividad y a obrar en consecuencia;
- un problema multicausal que requiere soluciones integrales y, por tanto, de políticas públicas donde lo público, lo privado y lo comunitario, actuando desde sus roles y especificidades, coadyuven en los esfuerzos y en un fin común.

2. Reexaminar la legislación vigente teniendo en cuenta que:

- Legislar sobre el aborto no es un problema que pueda resolverse en términos de blanco o negro, si autorizarlo o no, sino bajo qué condiciones debe ser autorizado. Esa legislación debe ser parte de un conjunto de leyes y acciones destinadas a prevenir el embarazo no deseado.
- Previamente debe hacerse un análisis objetivo sobre los siguientes puntos:
 - a) el estado de efectivo goce de los derechos humanos reconocidos a todas las personas;
 - b) la realidad social que pauta especiales vulnerabilidades para algunos sectores de la población;
 - c) la visión de género, y
 - d) una cuidadosa estimación de las consecuencias prácticas de diversas alternativas legales que permita alcanzar conclusiones éticamente válidas.
- Existe una clara tendencia a despenalizar el aborto a nivel mundial, que también se observa en la región porque es evidente que existe una distancia entre lo que establece la ley y su aplicación práctica.
- La represión penal del aborto inducido no disuade a las mujeres de su comisión, que se realiza aun a costa de su propia vida o de sufrir daños irreparables. Ello significa que en términos de política criminal la propuesta ha fracasado porque carece del efecto orientador de la conducta humana.
- La represión penal ha generado la clandestinidad de este problema social y ella impide conocer y medir la magnitud real del problema, facilitando el enriquecimiento de quienes, apartándose de la ley, operan en la cadena que conduce al aborto, ofreciendo solución a decisiones desesperadas y angustiosas de mujeres especialmente vulnerables que reproduce los factores incidentes en nuevos procesos de vulnerabilidad social.

III) Algunas opiniones que ayudan a pensar

“La salud de la sociedad no puede asegurarse a menos que los derechos de igualdad y participación plena de las mujeres puedan asegurarse y es imperativo que los programas de salud reconozcan y aborden plenamente este hecho”. Carol Bellamy, directora ejecutiva del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Declaración sobre la revisión de la implementación de la iniciativa de Bamako, marzo de 1999.

“La salud reproductiva es una preocupación de toda la vida para los hombres y las mujeres. Los niños necesitan una socialización temprana en materia de responsabilidad sexual para fomentar comportamientos saludables y responsables más adelante en sus vidas, las mujeres necesitan protegerse de la discriminación desde la niñez y necesitan acciones positivas hacia la igualdad. Ambos necesitan atención de salud apropiada para su edad y situación”. Doctora Nafis Sadik, directora ejecutiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), en Estado de la Población Mundial, Nueva York, 1997.

“La maternidad sin riesgo es un derecho humano... si el sistema deja que una mujer muera, entonces el sistema ha fallado. Nuestra tarea y la de muchos otros... es asegurar que en la próxima década la maternidad sin riesgo no se considere un asunto de poca importancia, sino un asunto fundamental”. James D. Wolfensohn, presidente del Banco Mundial en Declaración sobre el Día Mundial de la Salud, abril de 1998.

“Debemos hacer todo lo que esté a nuestro alcance para prevenir los embarazos no deseados, no planeados y de alto riesgo, incluyendo el poner a disposición de todo el mundo información y servicios de planificación familiar. Las tecnologías y técnicas necesarias son todas bien conocidas. Los países solamente necesitan la voluntad de actuar al respecto”. Doctora Nafis Sadik, directora ejecutiva de FNUAP en Declaración sobre el Día Mundial de la Salud, 7 de abril de 1999.

“El aborto realizado en condiciones de riesgo es un tema primordial en salud pública, cuyo tratamiento humano debería abarcar todos los niveles de prevención-educación, anticoncepción, servicios seguros y tratamiento apropiado para aquellas mujeres que han sufrido un aborto realizado en condiciones de riesgo”. Doctor Frederick Sai, presidente de la Comisión Principal, Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

“La gente joven en especial, a medida que inicia su vida sexual y reproductiva, debería poder protegerse de las enfermedades, el abuso y la explotación. Ellos tienen derecho a información y servicios... Proporcionar información a la gente joven no promueve la promiscuidad, por el contrario, fomenta el respeto mutuo y el compartir las responsabilidades”. Doctor G. H. Brundtland, director general, Organización Mundial de la Salud (OMS), Declaración a la Sesión Especial de la Asamblea General sobre la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, setiembre de 1994.

“Es posible resolver nuestros problemas de población al mismo

tiempo que respetamos y cultivamos los derechos humanos. De hecho, ninguno de ellos puede lograrse sin promover el otro... En este nuevo consenso, convergen lo práctico y lo moral: las necesidades del empoderamiento individual coinciden con las demandas del desarrollo social y global. La planificación familiar se está integrando dentro de un enfoque más amplio de salud reproductiva, la cual toma en consideración la gama completa de necesidades reproductivas del individuo. Este enfoque centrado en el ser humano es el punto central del consenso internacional: que la población no se trata de números, sino de personas”. Doctora Nafis Sadik, directora ejecutiva de FNUAP, 7 de enero de 1998.

IV) La necesaria visión de género

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995
y Beijing + 5, 1999

Los derechos humanos de las mujeres incluyen:

- Su derecho a controlar y decidir de forma libre y responsable, sin coerción, discriminación ni violencia, sobre cuestiones relativas a la sexualidad, incluyéndose la salud sexual y reproductiva.
- La igualdad entre mujeres y hombres en lo que se refiere a la relación sexual y a la reproducción, incluyéndose el respeto a la integridad, que presupone respeto mutuo, consentimiento y división de responsabilidades por los comportamientos sexuales y sus consecuencias.

La efectivización de los derechos humanos de las mujeres requiere de su participación en la formulación e implementación de políticas, particularmente en aquellas que tienen directa relación con sus vidas, en aquellas áreas que pueden verse más afectadas, dentro de las cuales resulta crucial su salud sexual y reproductiva. Asimismo, debe hacerse especial hincapié en el derecho de libertad que le permite autodeterminarse, decidir en temas que influyen en su supervivencia, salud, bienestar y destino. Para ello es necesario el pleno goce y ejercicio del derecho al acceso a la educación, a los recursos de salud sexual y reproductiva, y a su desarrollo personal y socioeconómico.

V) La salud sexual y reproductiva: algunos conceptos útiles

Los derechos reproductivos incluyen los derechos de las parejas e individuos a:

- decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos que desean tener, cuándo y con qué frecuencia y el tener la información, educación y medios para lograrlo;
- alcanzar el estándar más alto de salud sexual y reproductiva y tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coacción y violencia.

Los derechos sexuales incluyen los derechos de todas las personas a:

- decidir de manera libre y responsable sobre todos los aspectos de su sexualidad, incluyendo el promover y proteger su salud sexual y reproductiva;
- ser libres de discriminación, coacción o violencia en su vida sexual y en todas sus decisiones sexuales y,
- esperar y exigir igualdad, consentimiento completo, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales.

La atención en la salud sexual y reproductiva incluye:

- la información, orientación y servicio de planificación familiar,
- la atención prenatal, del parto y posnatal,
- la atención de la salud infantil,
- la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y las infecciones del tracto reproductivo,
- según la legislación vigente, los servicios seguros de aborto y el tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto,
- la prevención del tratamiento de la infertilidad,
- la información, educación y orientación en materias de sexualidad humana, salud reproductiva, paternidad y maternidad.

La salud reproductiva es definida como *“la condición en la cual se desarrolla el proceso reproductivo en un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no es sólo la ausencia de enfermedad o de complicaciones en este proceso”*. Esto implica que *“las personas tienen la capacidad de reproducirse, de regular su fecundidad, y gozar de sus relaciones sexuales”*. Supone también que *“las mujeres pueden completar sus embarazos y partos sin riesgos, que pueden lograr la regulación de su fecundidad sin peligro para su salud, y que las personas pueden sentirse seguras al tener relaciones sexuales”*. Fanthalla, Mahmoud F, “Reproductive Health: A Global Overview”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 28 de junio de 1991, página 1.

Esta definición va más allá del modelo biomédico, que se centra sólo en la enfermedad, pasando las personas a constituir la esencia de la salud reproductiva, sus sujetos y no sus objetos. Este cambio de

enfoque brinda una consideración ética para habilitar el rediseño de programas y políticas de planificación familiar que tengan en cuenta las preocupaciones personales y sociales. Al reconocer que las relaciones sexuales desempeñan un papel esencial en la vida personal y familiar, se incorpora la salud sexual como parte de la salud reproductiva. Dada su importancia en la dignidad humana, es esencial que los sistemas de salud adopten las medidas necesarias para promoverla y garantizarla.

Estado, comunidad e individuos deben reconocer y proteger tres tipos de derechos esenciales para la promoción de la salud reproductiva:

- a) Los derechos a la atención de la salud y la información respecto de la salud.
- b) Los derechos relativos a la libertad y seguridad de la persona.
- c) Los derechos referidos al estatus de la mujer y la igualdad en la sociedad.

Estos derechos están ampliamente reconocidos en las constituciones nacionales y en los tratados de derechos humanos tanto del sistema internacional como del sistema interamericano. Cualquiera sea el rango jurídico que a éstos se les reconozca conforme al ordenamiento jurídico interno de cada país, obliga a los Estados a su efectiva implementación. Sólo cuando ello ocurre puede sostenerse que se ha cumplido con el imperativo ético relativo a la salud reproductiva de las personas.

Respecto a la salud, la Constitución de la República en su artículo 44 establece: *“El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”*.

Es interesante detenernos en esta disposición constitucional porque establece una noción de situaciones jurídicas que funcionan en doble sentido respecto a la salud como bien jurídico elevado al rango de derecho reconocido y protegido, a saber:

- Por un lado el Estado asume un deber: *legislar en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas y proporcionar gratuitamente los medios de prevención y de asistencia para una cierta categoría de personas*. Ello determina una obligación en sentido positivo: la de hacer o actuar en tal sentido. Pero, como contrapartida de esa obligación, todo habitante de la República adquiere un derecho: el de exigir que ello se cumpla.

- Por el otro, se impone un deber a todo habitante: el de cuidar su salud y el de asistirse en caso de enfermedad. Esto determina que el Estado tenga un derecho: exigirle que lo haga.

Como vemos, Estado y personas en nuestro país tienen sobre sí la responsabilidad del efectivo goce de la salud, constituyendo un caso de doble juego de situaciones jurídicas subjetivas que se cruzan entre sí.

La salud es un derecho y un deber que la Constitución de la República pone en manos del Estado y de las propias personas. Esto implica que para realizar una tarea de prevención y promoción de la salud tenemos que transmitir conocimiento en hábitos y estilos de vida saludables desde la más temprana edad, en forma permanente y desde todos los roles y ámbitos de actuación posibles.

En ese sentido el concepto de salud se amplía y adquiere un contenido integral: estado de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento en el más alto grado posible que habiliten los factores sociales en los que está inmerso el individuo y su grupo.

Por lo tanto:

- la salud es una responsabilidad colectiva,
- las políticas públicas de todos los sectores de la sociedad tienen influencia directa e indirecta en los determinantes de salud y constituyen un instrumento valioso a la hora de minimizar las inequidades sociales y económicas asegurando el acceso equitativo al cuidado y atención de la salud:
 - ♦ como derecho,
 - ♦ como deber y
 - ♦ como valor jurídicamente protegido.

No es suficiente mirar los resultados que pueda lograr el sector salud, sino que hay que examinar los resultados de todos los sectores. Deben examinarse todas las condiciones sociales en su conjunto porque son determinantes de la salud en su sentido integral. Todos somos responsables de aumentar la capacidad de la comunidad y de empoderar a los individuos de conocimientos apropiados para que ejerzan el control sobre su propia salud y adopten voluntariamente hábitos y estilos de vida saludables.

En el caso particular de nuestro país, los tratados internacionales de derechos humanos que ingresan al ordenamiento jurídico interno mediante su aprobación por el Poder Legislativo, transformándose en leyes, desde el punto de vista formal y material adquieren una especial consideración. Ello es así porque ingresan naturalmen-

te a través de las disposiciones del artículo 72 de la Carta, que, recogiendo expresamente la teoría jusnaturalista, incorpora sus disposiciones como principios generales de derecho de rango constitucional. Este acogimiento expreso constituye una originalidad muy singular de nuestro derecho constitucional que merece la atención de los juristas y no sólo de los teóricos, sino también de los prácticos.

Por la connotación y trascendencia de los Principios Generales de Derecho han de participar frecuentemente de la naturaleza y alcance de aquellas reglas jurídicas a las que alude el Dr. Barbé Pérez recordando la jurisprudencia del Consejo de Estado francés: “Un cuerpo de reglas jurídicas que no deben nada a la autoridad del legislador (tampoco en el presente caso al Poder Administrador) y que, por estar referidas directamente a la persona humana y a la naturaleza de las cosas hacen pensar en las leyes no escritas que trascienden los imperativos del poder”.¹

Todo el Derecho se construye sobre los Principios Generales de Derecho que dan a las fuentes positivas su sentido e interpretación. Son principios técnicos. Obra por excelencia de la jurisprudencia y de la doctrina al estudiar los casos concretos.

El elenco de los Principios Generales de Derecho no es estable, sino que evoluciona continuamente y conforme al propio desarrollo de la sociedad, de la cultura y de los valores.

Señala Real² que debemos a un doctrino argentino, el Dr. Arturo Enrique Sampay, el comentario más sustancioso del artículo 72, recogido en un examen de la “Declaración de Inconstitucionalidad en el Derecho Uruguayo”, dedicando cuatro páginas (26-29) al tema, publicado en Montevideo en 1957. Nuestro texto supera con precisión a sus antecedentes, afirmando el Dr. Arturo Sampay, a quien sigue Real: “*El artículo 72, en cuanto concede vigencia a los derechos subjetivos no escritos en la Constitución incorpora al orden jurídico positivo todos los preceptos que por vía de conclusión derivan de los preceptos de la ley natural*”. Luego de analizar los derechos emergentes el autor con-

1. Dr. Héctor Barbé Pérez, en *Los principios generales de Derecho como fuente del Derecho Administrativo en el Derecho Positivo Uruguayo*, Revista “El Derecho”, Montevideo, setiembre 1959, N° 85, pág. 130, citado por el Dr. Brito en *Procedimiento Administrativa* Revista Uruguaya de Derecho Constitucional y Político, Ucdal 1991, pág. 13.

2. Dr. Alberto Ramón Real, en sus estudios sobre *Los Principios Generales de Derecho en la Constitución Uruguaya*, quien en abril de 1958 pone de relieve su trascendencia, que mantiene plena vigencia en la actualidad.

cluye: *“La Suprema Corte de Justicia está capacitada no sólo para declarar la inconstitucionalidad de las leyes nacionales y decretos departamentales que violen los derechos subjetivos expresamente consagrados por la Constitución, sino también para hacerlo cuando esas normas jurídicas infringen derechos naturales no escritos en la Constitución. De esta forma el estatuto básico del Uruguay resuelve positivamente el problema planteado en otros países respecto a si compete a los órganos jurisdiccionales del Estado la función de invalidar las reglas de derecho positivo que contravienen principios del derecho natural”*.

La solución uruguaya, conforme al autor, supera por su claridad y amplitud a las que constituyeron sus fuentes, recepcionando el jusnaturalismo personalista en cuanto proclama genéricamente, a los que imprime de vigor y fuerza de ley positiva los derechos, deberes y garantías “inherentes a la personalidad humana” (significa que por su naturaleza está de tal manera unido a otra cosa que no se puede separar, salvo mentalmente o por abstracción) por lo que participan de la suprema jerarquía normativa de la Constitución rígida: quedan, pues, al margen del arbitrio legislativo y judicial, y se benefician con el control de inaplicabilidad de las leyes inconstitucionales.

Derechos inherentes a la personalidad humana son, pues, aquellos inseparables por su naturaleza de dicha personalidad, de los que se goza por el solo hecho de ser personas.

Por su relevancia para la dignidad y el bienestar humanos, la salud reproductiva debe ser considerada un bien social, que los gobiernos, las personas y la comunidad nacional e internacional tienen la responsabilidad de lograr. Para ello es fundamental priorizar la satisfacción de las necesidades de los grupos más vulnerables de la sociedad, porque sabido es que las condiciones económicas de privación y pobreza determinan para algunas personas la incapacidad para deliberar y ejercer sus decisiones reproductivas informadas, en las que se ponga especial énfasis en las consecuencias deseadas sobre las no deseadas. Esto sólo es posible si:

- a) se respetan los derechos de la autonomía personal y otros derechos humanos;
- b) se contempla la distribución equitativa de las cargas y los beneficios, y
- c) no se impone la mayoría de los efectos negativos sobre las mismas personas o grupos de personas.

Es de principio que ninguna mujer se somete a un aborto porque sí. Desde el punto de vista emocional, la mujer que se induce un

aborto está siempre enfrentando un conflicto, de origen económico, psicológico o social, que la coloca en situación tal de desesperación que no ve otro camino que no sea el aborto, siempre doloroso para ella, en el que muchas veces fue en contra de sus sentimientos y sus afectos. Sin embargo, la mayoría de ellas reconoce que tuvo poderosos motivos para adoptar la decisión de abortar y que ella fue la adecuada aunque haya sido dolorosa.

Los métodos que las mujeres suelen utilizar en su intento por resolver su problema deben ser vistos como un reflejo de su desesperación. Así, *las que poseen información y recursos acceden a profesionales que utilizan técnicas seguras y mitigan el dolor físico y emocional*. En cambio, *las que no los poseen suelen provocárselo ellas mismas o con asistencia de una persona sin entrenamiento y sin recursos materiales*. La inequidad es brutal y queda en evidencia a través de los resultados. Cuando en una sociedad se da una realidad como la que hoy vemos en nuestro país donde algunas mujeres acceden a un aborto inducido sin riesgos ni dificultades, mientras que otras experimentan peligros como perder su vida o resultar con lesiones gravísimas comprometiendo sus años de vida saludable, es porque se ha instalado una hipocresía de tolerancia y omisión sobre la que es necesario reflexionar lo más objetivamente posible y actuar.

Por otra parte, *la no aplicabilidad de la sanción penal no ha generado sentimientos de impunidad porque ello requeriría el reconocimiento subjetivo del carácter antijurídico de la conducta, y ello no ocurre entre quienes deciden la interrupción inducida del embarazo*. Hay sí un sentimiento contradictorio entre realidad y norma, impotencia ante una situación sin salidas claras, donde la decisión se asume como la única salida posible a sufrimientos mayores.

De alguna forma se ha instalado una fisura entre el sentido individual y colectivo de la legalidad, entendida como lo que es considerado como socialmente adecuado o justo, por el distanciamiento entre la realidad social que viven algunas mujeres y las normas jurídicas. Así la norma va perdiendo su función orientadora de conductas por la falta de apropiación subjetiva de su significado. No hay receptividad de su contenido en la conciencia de la gente que tolera lo prohibido o directamente omite su consideración.

En el caso del aborto hay una ruptura entre los códigos femeninos que tienen que ver con:

- su sentido de riesgo y de inequidad,
- su concepción del cuerpo y de su relación con la maternidad,
- la valoración de sus condiciones y sus momentos de vida,
- su sentido de vulnerabilidad,

con los códigos implícitos en la norma, por lo que no hay apropiación subjetiva de su contenido. Así, para un grupo de mujeres, es más importante y más angustiante cuestionarse qué tipo de vida darán a sus hijos de tenerlos, que la vida meramente biológica que gestan.

VI) ¿Cuál es el gran desafío?

1. Resulta imprescindible el diseño e implementación de políticas y programas para asegurar una justa distribución tanto de los riesgos, cuanto de las cargas y de los costos. Ello implica:

- a) *Garantizar el mismo estatus en la sociedad a todas las personas respecto a su salud reproductiva, sin distinciones por razones de sexo, raza, clase, ingresos, etnia, religión, estado civil, orientación sexual o edad.*
- b) *Asegurar información relacionada con la salud reproductiva y los servicios existentes y facilitar que circule libremente.*
- c) *Educar a todos los miembros de la sociedad, incluyendo la educación para alcanzar la salud sexual y reproductiva, estimulando el compromiso del hombre en la práctica anticonceptiva.*
- d) *Abrir más y mejores oportunidades educativas y laborales para la mujer, que le permitan construir proyectos de vida en que la maternidad sea deseada y no una forma de obtener un estatus que de otra forma es imposible obtener para avanzar en la igualdad real y no meramente formal entre los géneros.*

2. Es necesario comprender que no es posible invocar tradiciones, cualquiera sea su naturaleza, como excusa para violentar el respeto de los derechos humanos de todas las personas por lo que debemos avanzar desde la doctrina del consentimiento informado a un concepto más amplio como lo es el de elección informada.

3. La elección informada demanda:

- a) *proporcionar a los individuos una variedad de alternativas;*
- b) *asegurar su derecho a rechazar métodos de planificación familiar o procedimientos médicos no deseados. La decisión reproductiva informada implica responsabilidad sobre la decisión que se toma;*
- c) *asumir que los individuos tienen esa capacidad, pero no pueden ejercerla plenamente sin la correspondiente responsabilidad de los agentes de salud;*
- d) *reconocer que la responsabilidad profesional implica realizar las recomendaciones apropiadas, sin sesgos o subjetividades.*

4. No habrá verdadero respeto por las personas y los derechos humanos de los que son titulares hasta que se reconozca socialmente que las mujeres tienen la capacidad de realizar elecciones informadas a pesar de su pobre-

za o de su falta de educación, en tanto son sujetos de derecho y no objetos sometidos a circunstancias coyunturales de las cuales no son responsables.

5. Una política o programa de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva que estimule la obtención de consecuencias deseables no puede alcanzarse a costa de violar o infringir los derechos humanos básicos tales como el derecho a la decisión autónoma sobre tener o no hijos, el derecho a recibir información adecuada sobre sus riesgos y beneficios o el de dar un consentimiento informado. Si así fuera no sería ético.

6. Para enfocar temas como el que nos ocupa los gobiernos deben diseñar estrategias multisectoriales e integrales. Como cualquier otro bien social importante, la salud reproductiva sólo puede prosperar en un clima de respeto por la dignidad humana y de protección de los derechos humanos fundamentales.

7. En todo país, independientemente de la postura del ordenamiento jurídico ante el aborto inducido, es imprescindible reconocer que las complicaciones derivadas de éste, sin perjuicio de constituir un problema de salud pública de la más alta prioridad, que justifica todos los esfuerzos para lograr una mejoría en la calidad de la atención de aquellas mujeres que enfrentan sus consecuencias, produce impactos en todo el sistema penal de control social, afectando también la paz social y la calidad de vida.

8. Debemos llamar la atención sobre consecuencias no siempre apreciadas como tales en un embarazo no deseado: la culminación en el nacimiento de miles de niños y niñas cuyas necesidades básicas, las afectivas y las sociales no pueden ser satisfechas. Esto también constituye una responsabilidad que ningún miembro responsable de la sociedad puede soslayar.

9. Otro aspecto no menos importante que los anteriores tiene que ver con el rol del médico. Ha sido formado con un ideal: salvar vidas. Sólo eso, sin tener en cuenta ninguna otra consideración (filosófica, religiosa, o cualquier otra) implica ya un rechazo natural a la idea del aborto y puede ocurrir que su primera reacción sea de condena. En la medida que se enfrenta a la praxis, opera un proceso natural de sensibilización y de observación objetiva de los casos, que muchas veces le generan perplejidad, tensión, angustia e impotencia ante una realidad que no puede administrar y en la que su paciente adquiere la verdadera dimensión: la de haberse transformado en una víctima de circunstancias que, muchas veces, están fuera de su control. Los que tienen suficiente capacidad para escuchar objetivamente terminan entendiendo que el aborto es un fenómeno social de múltiples causas y, por consiguiente, de difícil solución que no admite actitudes simplistas y precipitadas.

Conclusión

Los desafíos que tenemos por delante son múltiples:

- 1) La educación para la sexualidad y la procreación desde la más temprana edad,
- 2) la información adecuada y oportuna, respetando las visiones de género y los intereses particulares para cada etapa de los ciclos de la vida humana,
- 3) la ampliación de las causas bajo las cuales las mujeres pueden acceder a una interrupción segura de un embarazo no deseado, la despenalización del aborto en circunstancias especiales y adecuadamente regladas,
- 4) los costos socioculturales y humanos de mantener los actuales regímenes de penalización,
- 5) las ganancias de concentrar el debate y la atención en los asuntos de la prevención que no pueden ser sólo técnico-médicos, sino también profundamente subjetivos y socio-culturales.

Todas las anteriores constituyen cuestiones de suficiente entidad como para que la sociedad asuma debatir abiertamente y con honestidad a efectos de enfrentar este problema de equidad, salud y seguridad pública, que compromete nuestro capital social, el desarrollo humano sostenible³ y la justicia social.

3. Desarrollo humano sostenible: refiere al proceso de ampliación de oportunidades para todas las personas, a través del aumento de sus capacidades, principalmente de las condiciones de salud (para vivir una vida larga y saludable), los conocimientos y el acceso a los recursos necesarios para una vida digna. Asimismo, el desarrollo humano contempla oportunidades en los ámbitos político, económico y social, con el fin de potenciar las capacidades de las personas, la creatividad, la productividad, el respeto mutuo y la conciencia del deber comunitario. La dimensión de sostenibilidad se refiere al hecho de que tal desarrollo humano debe satisfacer las necesidades actuales de las personas, sin comprometer o reducir las opciones de las generaciones siguientes, es decir, se trata de una visión de largo plazo, ética, basada en la equidad, tanto social como generacional (intra e inter:) y de género, entre otras". Definición de Ana Isabel García en *Mujeres y Educación en las Américas del Siglo XXI*, CIM-OEA, Fundación Género y Sociedad, 1999, página 9, sobre la base de diferentes conceptualizaciones: Pérez, Carlos y Umaña, Alvaro: *El financiamiento del desarrollo sostenible*. Programa de Gerencia de Recursos Naturales, INCAE, San José, 1996; ONU/PNUD: Informe de Desarrollo Humano. Honduras, Tegucigalpa, 1998; Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura: *El desarrollo rural sostenible y cooperación técnica del IICA: valor y vigencia*. Serie Cuadernos Técnicos N° 10, San José, 1998; BID: *El desarrollo rural sostenible: progreso y problemas*. Documento del BID, Washington D.C., 1998.

COMENTARIOS Y REFLEXIONES PARA UN DEBATE DE ACTUALIDAD

Comisión de Género y Políticas de Salud
del Sindicato Médico del Uruguay*

I – Primera parte – EL CONTEXTO EN QUE SE INSCRIBE

La Comisión de Género y Políticas de Salud ha iniciado desde hace más de un año una línea de trabajo dirigida a la Promoción de la Calidad en la Atención de la Salud Reproductiva, considerando esta vertiente como necesaria y sustancial para la calidad de vida de la población y una asignatura pendiente en nuestras políticas de salud.

A su vez, la salud sexual y reproductiva constituye uno de los espacios privilegiados dentro de la salud y desarrollo humanos, donde la perspectiva de género ha ofrecido mayores aportes, cuestionando y redimensionando prácticas, revisando criterios paternalistas y autoritarios y posibilitando que mujeres y varones se incorporen, se apropien de sus derechos y participen activamente en el proceso de toma de decisiones, respetando su categoría de agentes morales.

En este sentido, hemos convocado en distintas oportunidades a los diversos actores involucrados para un trabajo de reflexión conjunta: en este momento tenemos entre manos la implementación de la Ley de Acompañamiento del Parto, la situación de los Programas de Anticoncepción y Salud Reproductiva, los proyectos presentados sobre la despenalización del aborto y hemos discutido la propuesta de la Sociedad de Ginecología, que es el punto que nos convoca en este momento.

* Dres. Stella Cerrutti, Wilson Benia, Mary Frontán, Cristina Grela, Silvia Peláez, Victoria Szuchmacher, Azucena Triaca, Graciela Varín, Perla Vivas.

Mortalidad materna

Consideramos **la mortalidad materna como un grave problema de salud pública, ilustrativo de las múltiples inequidades existentes en el país.**

Al hablar de inequidades, **nos estamos refiriendo a las profundas y crecientes diferencias en los órdenes económico y social**, con cada vez mayores sectores de exclusión y pobreza, con dificultades reales de acceso a los servicios de salud, recordando que más del 40% de los niños nace en la población que se encuentra por debajo de la línea de pobreza.

Por otra parte hacemos referencia **a las inequidades de género, que existen, subsisten y se expresan en los distintos informes elaborados siguiendo** las Pautas de la Conferencia Internacional de Beijing. Los organismos supervisores han realizado en enero pasado un profundo cuestionamiento al gobierno uruguayo por los magros resultados obtenidos (lo que fue cuidadosamente ocultado por las autoridades).

Si bien es cierto que la mortalidad materna por otras causas ha disminuido, la mortalidad por aborto adquiere cifras alarmantes y requiere de un llamado de atención y de la búsqueda de mecanismos y procedimientos capaces de enfrentar, prevenir y superar esta situación.

II – Segunda parte - LA PROPUESTA

II.1 – Comentarios al sentido general de la propuesta

En términos generales, saludamos la iniciativa de la Sociedad de Ginecología porque desde nuestra opinión:

1 – Toma conciencia y alerta a la sociedad en su conjunto y a la colectividad médica en particular, sobre un grave problema de salud pública que ocasiona mortalidad y morbimortalidad evitables en la mayor parte de los casos.

A su vez, se señala que es un problema **que deja al descubierto una situación de profunda injusticia e inequidad sociales**, que hasta el momento ha permanecido en el más ominoso e indiferente silencio por parte del sector salud.

2 – Señala al embarazo indeseado como una causa importante de morbimortalidad materna y la ausencia de políticas y programas dirigidos a ofrecer prestaciones de calidad en materia de salud re-

productiva y de anticoncepción, particularmente a la población con menores ingresos.

En esta situación de aparente invisibilidad se encuentran también otras situaciones que resultan en serios problemas de salud como el embarazo en la adolescencia, la violencia doméstica, abuso y violencia sexual en menores, entre otras.

3 - Asume y destaca la responsabilidad del médico ante la salud de la mujer que acude a la consulta para confirmar un embarazo.

Hasta ahora, la idea de no prosecución de la gestación hacía que el médico tomara distancia de la situación de salud en que se encuentra la paciente, **justificando esta clara omisión de asistencia bajo la idea de no colaborar en acciones ilegales**. En realidad, este pensamiento es una excusa que encubre sus propias ideas respecto a la posibilidad de una interrupción, **ya que legalmente nunca puede ser considerado cómplice por establecer la existencia de una gestación, sus características y el estado de salud general de la mujer (lo que constituye su primera responsabilidad profesional)**.

Existe mucho de punitivo en este trato a la mujer que no piensa continuar la gestación y el pensamiento de que “es su responsabilidad, que se arregle como pueda”, no pudiendo discriminar entre el derecho de la mujer a recibir un diagnóstico cuidadoso y pormenorizado de su estado actual de salud y la situación de su gestación, para después decidir sobre el destino de ésta.

Este es un punto que exige un profundo análisis, pues esta omisión de asistencia sí puede ser sancionada como una grave falta del médico respecto a su responsabilidad profesional, que queda clara en dos momentos de máximo compromiso profesional:

A - cada vez que una mujer acude a la consulta con la sospecha de cursar una gestación debe recibir un trato afable y efectuarse la anamnesis, examen físico y exámenes complementarios para confirmar su situación;

B - una vez confirmada la gestación y determinado el estado de salud de la mujer, también es deber del médico informar y conversar sobre los diversos cursos de acción a seguir, efectuando la información y educación correspondiente para favorecer la prevención de situaciones de riesgo, cualquiera sea la decisión tomada por la mujer o la pareja.

La omisión de estos pasos es un elemento de malpraxis y también podría ser pasible de sanción.

Es curioso que este aspecto tampoco haya sido el modo habitual del accionar médico, donde la mujer/pareja ha quedado sola para

sus decisiones, debiendo recurrir muchas veces a personas inexpertas, cuando no inescrupulosas, cuyo objetivo principal es el lucro.

No hay situación alguna que pueda eximir al médico de su responsabilidad profesional y de su compromiso con la salud de quien acude a la consulta.

¿La objeción de conciencia puede eximir de este compromiso? Pienso que no... que yo sea informado de que esa mujer piensa realizar una interrupción, no me exime de la obligación de efectuar el diagnóstico y la orientación correspondientes.

Nada me obliga a efectuar la interrupción, a tener que dar indicaciones sobre lugares u otras cosas que sí están penadas, pero sí es OBLIGACIÓN QUE YO INFORME SOBRE LAS SITUACIONES DE RIESGO PARA LA SALUD Y ORIENTE SOBRE SU PREVENCIÓN.

HABLAR DE ASPECTOS LEGALES NO EXIME DE PLANTEAR ASPECTOS MÉDICOS/BIOLÓGICOS/SANITARIOS.

ESTA ES UNA OBLIGACIÓN MORAL. LA NO EXISTENCIA DE ESTAS CONDUCTAS TRANSGREDE EL PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA Y EL DE BENEFICENCIA, ADEMÁS DEL DE JUSTICIA Y DE AUTONOMÍA DE LOS PACIENTES.

POR OTRA PARTE, ES UN BUEN MOMENTO PARA CONSIDERAR EL PRINCIPIO DE LA PROTECCIÓN QUE, AL DECIR DEL DR. SCHRAMM, ES UN PRINCIPIO RECTOR EN LA ÉTICA DE LA SALUD PÚBLICA.

4 – Llama a la responsabilidad sobre el ineludible deber del médico cuando debe atender a una paciente en la que existe la posibilidad de que se hubieran efectuado maniobras de interrupción de embarazo.

En este caso destaca cuál es el comportamiento en lo atinente al ámbito profesional, ubicando al mismo tiempo el tema de la responsabilidad legal con la obligación de la notificación en el curso de las 48 horas siguientes y la confidencialidad referida a la identidad de la paciente.

También se señala la sustitución de una actitud meramente punitiva (que en nada obedece a las obligaciones profesionales del médico y podría actuar como elemento iatrogénico asociado) por una actuación comprometida con la recuperación de la salud de la paciente y la prevención de complicaciones y riesgos.

El deber del médico es proteger la salud, curar y rehabilitar, así como el deber de los jueces será hacer cumplir la ley, pero no somos los profesionales de la salud los que debamos juzgar y sancionar, esto es ajeno a nuestro objetivo profesional. Ningún

juez podrá sancionarnos por cumplir el decálogo de nuestra profesión.

- ♦ **Evidencia una sensibilidad en crecimiento en el espacio médico, que debe ser favorecida y estimulada.**
- ♦ **Los médicos asumen su responsabilidad en relación a la salud de las mujeres, superando un esquema de pensamiento de corte punitivo, que induce a la culpabilización y aislamiento de las usuarias, y a la autopreservación de los profesionales.**
- ♦ **Es importante el apoyo desde el SMU ante las diversas instancias institucionales a recorrer.**
- ♦ **Contribuye a la actualización de los derechos sexuales y reproductivos de las usuarias, aunque queda claro que la propuesta apunta a resolver un problema específico y no está encaráda a la salud sexual y reproductiva en su conjunto.**
- ♦ **Contribuye a mejorar la calidad de los servicios, dado que:**
 - ♦ **Se sitúa en el escenario de la consulta y de la relación médico-paciente, apuntando a la necesidad del cuidado del vínculo, la escucha, y el respeto de la libertad de la usuaria.**
 - ♦ **Plantea la necesidad de que el médico desarrolle gestos básicos –como examinar y estudiar a la paciente– independientemente de la decisión de la usuaria de mantener su embarazo.**

El Código de Ética del SMU y el decálogo expresado en el artículo 3 han constituido la base de la mayor parte de nuestras consideraciones, así como los documentos de organismos internacionales emanados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), referidos a la salud de la mujer.

II.2. Sugerencias en la formulación de la propuesta

- Parte del sector médico, pero requiere su inmediata extensión al equipo de salud y a la población usuaria para su activa participación.
- Más allá de la normativa, es un llamado al cambio de práctica.
- Requiere definiciones institucionales para su implementación, así como redefiniciones individuales a nivel de los integrantes del equipo de salud.

**INICIATIVAS SANITARIAS CONTRA
EL ABORTO PROVOCADO
EN CONDICIONES DE RIESGO**

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

Prof. Dr. José Enrique Pons, Prof. Dr. José C. Cuadro
Prof. Dr. Guido Berro Rovira, Prof. Adj. Dr. Leonel Briozzo
Prof. Adj. Dr. Hugo Godoy,
Prof. Adj. Dr. Hugo Rodríguez Almada, Dra. Beatriz Vidarte
Dr. Gonzalo Vidiella, Dr. Gustavo Ferreiro

**CONTENIDO DE LA PROPUESTA PARA CONSIDERAR
SU RESOLUCIÓN:**

TOMANDO EN CUENTA QUE:

- 1- La necesidad de promover la salud como base y fundamento es la misión del Ministerio de Salud Pública, desarrollando así las funciones de una asistencia Integral, Universal, Accesible, Continua, Oportuna, Eficiente, Económica, Humana y Adaptable.
- 2- Que lo anterior se expresa en el área de la salud materna mediante medidas aprobadas oportunamente por la Organización Mundial de la Salud a las que nuestro país suscribe. Las mismas incluyen:
 - 2.1- Educación comunitaria sobre maternidad sin riesgo.
 - 2.2- Cuidado prenatal y consejería, incluyendo la promoción de la nutrición materna.
 - 2.3- Asistencia capacitada durante el parto.
 - 2.4- Atención para complicaciones obstétricas incluyendo casos de emergencia.

* Aprobada por unanimidad por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay y la Comisión Directiva de la Sociedad de Ginecología del Uruguay

- 2.5- Cuidados postparto.
 - 2.6- Manejo de complicaciones del aborto, cuidado postaborto e interrupciones del embarazo seguras, donde la ley lo permita.
 - 2.7- Asesoría, información y servicios sobre planificación familiar.
 - 2.8- Educación y servicios de salud reproductiva para adolescentes.
- 3- Que en la legislación vigente en nuestro país el aborto provocado, salvo excepciones, está penado.

Y CONSIDERANDO QUE:

- 1- Que la primera causa de la mortalidad materna en nuestro país son las complicaciones provocadas por el aborto provocado en condiciones de riesgo.
- 2- Que, por el contrario, Uruguay presenta aceptables resultados sanitarios en cuanto a salud materna (es decir, durante el embarazo, parto y puerperio, tanto en el subsector privado como en el público).
- 3- Que como consecuencia de la diferencia marcada entre los hechos arriba señalados, Uruguay se sitúa en uno de los primeros lugares en mortalidad materna por complicaciones derivadas del aborto provocado en condiciones de riesgo.
- 4- Que dadas las consideraciones anteriores las complicaciones del aborto provocado en condiciones de riesgo constituyen el principal emergente sanitario en el área de la salud materna.
- 5- Que estas complicaciones mayores, que pueden costar la vida y provocar mutilaciones, son completamente evitables

PROPONEMOS QUE EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA CONSIDERE:

- 1- Aprobar la Normativa propuesta por la Sociedad de Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina titulada: "Asesoramiento para una maternidad segura", específicamente lo concerniente a las "MEDIDAS DE PROTECCIÓN MATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO".
- 2- Difundir y controlar la aplicación de esta Normativa tanto a nivel del subsector público como a nivel del subsector privado.
- 3- Difundir la presente Normativa por intermedio de una campaña dirigida a la opinión pública.

NORMATIVA: “ASESORAMIENTO PARA UNA MATERNIDAD SEGURA”

En el contexto de la atención materno infantil la Normativa “ASESORAMIENTO PARA UNA MATERNIDAD SEGURA” tiene como objetivo actualizar de manera permanente el conocimiento de la realidad epidemiológica nacional y enfatizar aquellas medidas destinadas a optimizar la atención específica.

Valorando el problema emergente de la mortalidad por aborto provocado en condiciones de riesgo, en la actual coyuntura epidemiológica de nuestro país y dentro de la NORMA DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL actualmente vigente, el ASESORAMIENTO PARA UNA MATERNIDAD SEGURA se dirige a normatizar la atención médica e institucional en el caso de que exista la posibilidad de desarrollo de un aborto provocado y/o la concreción de un aborto provocado, máxime si éste se realiza en condiciones de riesgo. El conjunto de esta Normativa se denomina: MEDIDAS DE PROTECCIÓN MATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO.

Se describe a continuación los aspectos que comprenden la Normativa.

MEDIDAS DE PROTECCIÓN MATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO

La estrategia que orienta esta Normativa es la de reducción de riesgos y daños dentro del marco legal vigente. Por lo tanto, el fundamento de la propuesta es el de incluir en el marco del sistema sanitario aquellas usuarias que tienen mayor riesgo de, al ser excluidas, sufrir complicaciones graves y la muerte.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Generar una instancia médica y psicosocial de diagnóstico, asesoramiento y apoyo a las usuarias del sistema de salud para que éstas cuenten con toda la información para la toma de decisiones responsables. La acción médica tenderá a disminuir la incidencia de abortos provocados siempre respetando la decisión informada de la usuaria.
2. En los casos en que la usuaria tome la decisión de realizarse un aborto provocado, se desarrollarán las medidas que posibiliten un aborto provocado, se desarrollarán las medidas que posibiliten un aborto provocado y que procuren disminuir las complicaciones in-

mediatas que son el preámbulo de las complicaciones mayores y de la muerte materna.

GENERALIDADES

1. El aborto provocado no será promovido como método anticonceptivo. En la relación médico-paciente se respetará la decisión informada de la usuaria, independientemente que como criterio epidemiológico poblacional se desalentará la práctica del aborto provocado. En este sentido, se debe informar de los riesgos médicos y también legales existentes dada la condición actual de ilegalidad que la realización del aborto provocado tiene en nuestro país.
2. El aborto provocado es hoy la principal causa de muerte materna en nuestro país por lo que se debe tomar la iniciativa para prevenir el daño provocado por esta práctica. En este sentido el aborto como práctica ilegal no puede ser abordado por el médico, ni por el equipo de salud, ni por el sistema sanitario. Pero este hecho ilegal tiene un antes (desde la consideración de la posibilidad de recurrir a la práctica del aborto a la concreción del hecho) y un después (desde la realización del aborto provocado hasta la rehabilitación completa de la mujer en los aspectos bio-psico-sociales). El centro de la Normativa MEDIDAS DE PROTECCIÓN MATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO es desarrollar medidas sanitarias tendientes a disminuir el daño provocado por el aborto provocado, antes y después de su realización.
3. Para su aplicación sería recomendable un MARCO NORMATIVO aprobado, conocido y controlado por el MSP que incluya la atención integral mediante control y asesoramiento obstétrico independientemente de la intención y/o concreción de un aborto provocado. Este marco no es imprescindible, sin embargo, ya que el proyecto cumple con los requerimientos bioéticos y médico-legales exigidos a los profesionales de la salud.
4. Para su aplicación, la Normativa requiere de CAMBIOS DE CONDUCTAS tanto en el equipo de salud como en la paciente/ usuaria del servicio.

A nivel del equipo de salud hace falta una formación específica de los recursos humanos, difusión y precisión en la Normativa a aplicar desde el punto de vista técnico y descentralización para una atención oportuna.

A nivel de la potencial usuaria hace falta difusión de esta Normativa en la población y planes de educación para la salud.

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

CONSULTA INICIAL (CONSULTA PREABORTO)

● OBJETIVO:

1. Preservación y control de embarazo.

2. Información, prevención y asesoramiento de riesgo y daño.
3. Análisis de las causas que promueven a la usuaria a plantearse la decisión de realizarse un aborto provocado.

● **CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTA:**

1. Información sobre las características y connotaciones del aborto provocado en condiciones de riesgo, enfatizando los riesgos inherentes a esta práctica en la situación sanitaria actual de nuestro país.
2. Desestimular la práctica del aborto como método sucedáneo de los métodos anticonceptivos. Desde este momento y en el contexto de esta situación crítica siempre se deberá realizar educación sobre los métodos anticonceptivos y sobre la manera de acceder a ellos. Ofrecer a la usuaria tiempos e instancias de reflexión para valorar y rever la decisión de interrumpir el embarazo. Información confiable de alternativas al aborto provocado como puede ser la de dar su hijo en adopción, por ejemplo.
3. En este sentido es clave el desarrollo de la formación continua del equipo multidisciplinario para abordar con eficacia y eficiencia esta tarea.
4. El equipo de salud multidisciplinario deberá ofrecer un apoyo social y un apoyo psicológico a las pacientes que manifiesten su voluntad de interrumpir el embarazo con el objetivo de garantizar que la usuaria cuente con toda la información para la toma de resolución informada, consciente y responsable.
5. Estudiar epidemiológicamente las causas que motivan a la realización del aborto provocado.
6. Se deberá realizar una evaluación clínica y paraclínica completa que incluya:
 - ♦ Examen clínico general en búsqueda específicamente de factores de riesgo que aumenten las posibilidades de complicaciones en caso de realizarse un aborto provocado.
 - ♦ Análisis paraclínico para descartar patología y sobre todo enfermedades de transmisión sexual, en especial infección por HIV-SIDA, sífilis y hepatitis B.
 - ♦ Estudio ecográfico con el objetivo de realizar un correcto diagnóstico de edad gestacional y de implantación.
 - ♦ Análisis morfológico del aparato genital interno para descartar malformaciones, sobre todo uterinas.
 - ♦ Descartar patología embrio-fetal: embarazo ectópico, huevo anembrionado, huevo muerto y retenido. En este sentido también se debe evaluar y descartar la enfermedad trofoblástica.

- ♦ Prestar especial atención a la inmunoprofilaxis en el caso de que la paciente sea Rh (D) negativo.
7. En caso de que el ginecólogo, en el marco del equipo de salud, perciba la posibilidad de que la usuaria no modifique su posición inicial de interrumpir su embarazo, le informará y dispondrá los cuidados de protección preaborto, que incluye la administración preventiva de antibióticos desde las 24 horas antes del supuesto momento en el cual la paciente podría decidir realizarse el aborto. La antibioticoterapia se prolongará hasta pasado el período crítico de los diez días postaborto.

CONSULTA POSTABORTO

● OBJETIVO

1. Detección precoz y prevención de complicaciones.
2. Rehabilitación integral.
3. Desarrollo de anticoncepción inmediata.

● CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTA

1. Profilaxis de complicaciones inmediatas, en particular la infección y la hemorragia.
 - 1.a- Profilaxis de la infección: se mantendrá tratamiento antibiótico durante diez días y se controlarán parámetros de infección tanto clínica como paraclínicamente. Se evaluará la vacuidad uterina mediante examen ginecológico y ecográfico.
 - 1.b- Profilaxis de la hemorragia: se controlará la subinvolución uterina mediante el examen clínico y de ser necesario se administrarán uteroconstrictores como los derivados de la metilergobasina a las dosis habituales.
2. Profilaxis del conflicto Rh (D) Neg. Mediante la administración de gamaglobulina anti D en los casos donde esté indicado.
3. Se realizará soporte emocional y psíquico en lo concerniente a la salud mental por un equipo idóneo.
4. Detección oportuna de complicaciones.
5. Consejo en provisión de anticoncepción inmediata postaborto.
6. Medidas de educación para la salud en el contexto de planes de maternidad y paternidad elegidos, sexualidad libre y responsable, información sobre correcto control ginecológico periódico, realización de colpocitología oncológica y mamografía cuando así esté indicado. Todo esto busca la prevención y promoción de la salud en la paciente usuaria y en la comunidad que la rodea, haciendo revertir un hecho negativo y pasible de graves compli-

caciones hacia un hecho positivo para la salud de la usuaria y de la comunidad.

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

Fundamento epidemiológico

EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO, PRINCIPAL CAUSA DE MORTALIDAD MATERNA EN URUGUAY. SITUACIÓN ACTUAL E INICIATIVAS MÉDICAS DE PROTECCIÓN MATERNA*

Prof. Adj. Leonel Briozzo, Dr. Gonzalo Vidiella,
Dra. Beatriz Vidarte, Dr. Gustavo Ferreiro,
Prof. Dr. José Enrique Pons, Prof. Dr. José C. Cuadro

La mortalidad materna como problema de salud pública

La mortalidad materna que se define como aquella causada directa o indirectamente por condiciones propias o durante el embarazo, parto y puerperio, constituye un grave problema de salud pública, y, por lo tanto, un indicador sanitario de impacto de gran jerarquía.

La gravedad del problema viene implícita en las características de las mujeres que mueren: mujeres jóvenes que en la mayoría de los casos son el soporte económico del núcleo familiar; muchas veces madres de otros hijos que dependen exclusivamente de ellas.

La importancia como indicador sanitario de esta entidad viene dada por su relación prácticamente directa con las condiciones socioeconómicas y culturales de las mujeres que mueren por esta complicación y del nivel asistencial donde se asisten.

* Basado en el artículo de Revisión publicado en Revista Médica del Uruguay 2002; 18: 4-13

Dos consideraciones se deben hacer al abordar este problema:

- La primera es la diferencia que existe en los diferentes países y regiones con respecto a la prevalencia de este flagelo.
- La segunda es la diferencia que existe con respecto a las causas que lo provocan.

Con respecto a la prevalencia de las complicaciones y la muerte materna debemos recordar que en todo el mundo mueren aproximadamente 585.000 mujeres por año como consecuencia del embarazo y parto, lo que significa más de 1.600 muertes diarias de mujeres en edad reproductiva, es decir entre 15 y 49 años.

La mortalidad materna se distribuye de manera muy desigual en el mundo. Los estudios de seguimiento epidemiológico de este grave problema sanitario indican desde cifras de más de 1.000 muertes maternas cada 100.000 embarazos en algunos países de África y Asia, hasta menos de 29 muertes maternas cada 100.000 embarazos en América del Norte y Europa Occidental.

En segundo lugar, con respecto a las diferencias en las causas que la provocan, partimos conceptualmente que la mortalidad materna presenta tres grandes grupos de causas:

1. Las complicaciones maternas vinculadas con las entidades infecciosas.
2. Las relacionadas con las entidades hemorrágicas gravídicas.
3. Por último aquellas que se relacionan con la patología hipertensiva.

Pero al analizar cómo se distribuyen esas causas en las diferentes regiones se puede ver una clara diferencia con respecto al peso que cada una de estas causas tiene en cada región y país.

Así, las causas relacionadas con patología hipertensiva son la principal causa de muerte en los países desarrollados, mientras que las de estirpe hemorrágica e infecciosa son prevalentes en los países subdesarrollados.

El aborto provocado como causa de mortalidad materna

En este contexto se analizará al aborto provocado como causa de mortalidad materna.

El aborto provocado se define como aquella práctica que busca como objetivo la interrupción voluntaria del embarazo antes de la semana 20 de gestación.

Esta práctica tiene diferentes estándares jurídicos en diferentes países que van de la completa legalidad a la más absoluta ilegalidad. La situación jurídica tiene relación clara con el peso relativo

que adquiere el aborto provocado como causa de mortalidad materna. Así las complicaciones por este tipo de aborto son causa importante de mortalidad materna en aquellos países en los que la práctica es ilegal, siendo prácticamente insignificante su contribución a la muerte materna en los países donde está legalizado.

Pero conceptualmente aun más importante que el estándar jurídico son las condiciones sanitarias en que el aborto se realiza. Así el aborto puede desarrollarse en condiciones seguras para la paciente, en un contexto institucional y con personal entrenado o, por el contrario, en condiciones de riesgo.

El aborto en condiciones de riesgo es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel procedimiento para terminar un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias, o practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médicas o ambos.

En este contexto es relevante que el 95% de la mortalidad por complicaciones relacionadas con el aborto provocado se da en los países subdesarrollados.

Las estimaciones regionales de mortalidad por año se sintetizan en la tabla 1.

Por el contrario, el aborto provocado en condiciones “seguras”, es decir aquel que se realiza en un contexto institucional y por personal capacitado raramente causa no ya mortalidad sino tampoco morbilidad para la madre. Se informa incluso que el aborto provocado en condiciones sanitarias seguras causa menos morbimortalidad materna que el proceso del trabajo de parto, parto y alumbramiento.

La situación en nuestro país

Uruguay no escapa a la realidad de la mayoría de los países subdesarrollados, donde no existen programas de prevención del aborto en condiciones de riesgo. Desde hace ya mucho tiempo varios autores han revisado el problema de la mortalidad materna en nuestro país.

Cuando se aborda este tema las dificultades surgen ya desde la carencia de información correcta sobre el número de embarazos no deseados y en particular el número de interrupciones voluntarias (aborto provocado). Las fuentes de datos de llenado obligatorio no incluyen el ítem específico de la morbimortalidad por aborto provocado, por lo cual dentro de causas ginecológicas (infecciosas, hemorrágicas, etcétera) es posible que se disimulen muchos de estos casos.

Tabla 1
Muertes maternas por aborto en condiciones de riesgo
en regiones seleccionadas

Región	Número de abortos en condiciones de riesgo	Número de muertes debido a abortos en condiciones de riesgo	Porcentaje de muertes maternas debido a abortos en condiciones de riesgo
África	5.000.000	34.000	13%
Asia	9.900.000	38.500	12%
América Latina	4.000.000	5.000	21%
Europa Oriental	800.000	500	24%
Europa del Norte	Menos de 30.000	Menos de 20	2%
América del Norte	Mínimo	Mínimo	Mínimo

Fuente: WHO. Abortion: A tabulation of Available Information, 3d. edition. World Health Organization, Geneva, 1997.

Del mismo modo, la existencia de “clínicas” donde se practican abortos es un hecho de conocimiento público pese a su clandestinidad, pero es desconocida la proporción de abortos provocados en ambientes que parecerían ofrecer condiciones de mayor seguridad y aquellos abortos provocados por métodos “caseros” y por personas sin ningún tipo de formación para el desarrollo de la práctica, lo cual incrementa el riesgo de sufrir daños mayores. Es un secreto a voces que existen diferentes “circuitos” clandestinos para la realización del aborto provocado.

El hecho de que esta práctica clandestina no sea controlada por ninguna autoridad pública hace que nuestro país carezca de datos fidedignos para establecer un diagnóstico de situación. Es grave reconocer que Uruguay, por la falta de informes periódicos sobre la morbimortalidad por aborto en condiciones de riesgo, se ubica junto a República Dominicana, Jamaica y Haití, según se manifiesta en la última publicación internacional sobre causas de mortalidad materna en las Américas. Esto constituye una grave carencia respecto al conocimiento de la situación epidemiológica nacional.

Aproximación: estudio de prevalencia en el quinquenio 1995-1999

Objetivo: Establecer un diagnóstico de la situación sanitaria con respecto a la mortalidad por aborto provocado en Uruguay.

Metodología: Para intentar un análisis de prevalencia de la mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo en Uruguay, es necesario inferir datos a punto de partida en diferentes fuentes de información que están diseminadas.

En primer lugar se recurrió a las planillas de mortalidad anualmente informadas por la División Estadística del Ministerio de Salud Pública (MSP) (clasificación de las defunciones por causa, sexo y edad del fallecido, de todo el país, excluidas las muertes fetales). Se consideró el período comprendido en el quinquenio 1995-1999 por ser el último disponible.

Se agrupó una serie de causas de muerte relacionadas con el aborto. Ellas son: aborto espontáneo, aborto inducido legalmente, aborto inducido ilegalmente, y “demás” abortos. Operativamente, este último conjunto de causas fue interpretado también como causado por el aborto provocado en condiciones de riesgo, ya que en la práctica clínica es sumamente improbable que la muerte sea causada por abortos espontáneos.

En segundo lugar se recurrió a evaluar cuál es la situación de la mortalidad por aborto en la maternidad cuantitativamente más importante del país, la del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), donde anualmente hay aproximadamente 9.500 nacimientos (uno de cada seis nacimientos en Uruguay). Las usuarias del CHPR corresponden al subsector público y pertenecen a los estratos económicos más deficitarios del país. La fuente de datos es el sistema de auditorías de muertes maternas del CHPR sistematizada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal. Se eligió el último quinquenio disponible: 1996-2001.

Resultados

Situación nacional. Analizando el quinquenio 1995-1999, las complicaciones relacionadas con el aborto provocado causaron el 27,4% de las muertes maternas totales en Uruguay. (Ver tabla 2)

Análisis en el CHPR

Situación en el CHPR. En el Centro Hospitalario Pereira Rossell, analizando los datos del quinquenio 1996-2001 vemos que de 15 muertes maternas, 7 (47%) se debieron a complicaciones de abortos en condiciones de riesgo (tabla 3).

Tabla 2
Mortalidad relacionada con el embarazo, parto y puerperio.
Uruguay: quinquenio 1995-1999

Año	1995	1996	1997	1998	1999	TOTAL (Frec. Absoluta/ Frec. Relativa)
I. Aborto	5	4	4	3	1	17 (27.4%)
II. Causas obstétricas directas	7	7	11	6	5	36 (58%)
● Hemorragias	0	2	-	-		
● Estados hipertensivos	1	1	-	-	-	
● Infecciones genitourinarias	1	0	-	-	-	
● Puerperales	2	1	-	-	-	
● Otras	3	3	-	-	-	
III. Causas obstétricas indirectas	2	0	2	5	0	9 (14,5%)
TOTAL	14	11	17	14	6	62 (100%)

* En el año 1997 se modificó el tipo de formulario; a partir de entonces no se discriminan las causas obstétricas directas.

Fuente: Uruguay Ministerio de Salud Pública. División Estadística. Sistema de Mortalidad. Clasificación de las defunciones por causa, sexo y edad del fallecido, de todo el país (excluidas muertes fetales) - Uruguay, 2001.

Tabla 3
Causas de mortalidad materna en el Centro Hospitalario
Pereira Rossell (Montevideo). Período 1996-2001

Año	Aborto en condición de riesgo	Causas directas			Causas indirectas	Total
		HTA	Puerperal	Otras directas		
1996	1				1	2
1997	1			1	2	4
1998	0				1	1
1999	0					0
2000	0				1	1
2001*	5	1			1	7
TOTAL	7	1		1	6	15

HTA = Hipertensión arterial.

* La información del año 2001 corresponde sólo al período enero-octubre.

Fuente: Uruguay. Sistema Informático Perinatal - Centro Hospitalario Pereira Rossell. Ministerio de Salud Pública, Montevideo, 2001.

Análisis de los resultados

Las complicaciones emergentes del aborto provocado en condiciones de riesgo constituyen la principal causa de muerte materna tanto en todo el Uruguay (quinquenio 1995-1999) como en el CHPR (quinquenio 1996-2001).

En las fuentes de datos analizadas, durante el período en que se discriminaron las causas directas de mortalidad, la muerte por complicaciones causadas por el aborto provocado ocuparon un claro primer lugar como causa de mortalidad a nivel nacional. A partir de entonces no se puede establecer su real cuantía ya que todas las causas directas aparecen agregadas.

La información proveniente de las planillas de la División Estadística del MSP no permite conocer cuál complicación del aborto lleva a la muerte materna. A pesar de ello, algunos hechos propios de la realidad nacional autorizan a asumir que prácticamente todas las complicaciones que llevan a la muerte son las de etiología infecciosa: el período de análisis es reciente, nuestro medio médico es pequeño, y los casos de muerte materna son rápidamente conocidos.

Los datos provenientes del CHPR conducen a afirmar que la situación se ha agravado dramáticamente en el año 2001. En la maternidad de dicho Centro se produjeron siete muertes maternas en 2001, siendo cinco de las mismas por complicaciones debidas a aborto provocado en condiciones de riesgo.

Esto hace que en el primer año del siglo XXI, el 80% de las muertes maternas en el CHPR hayan sido causadas por abortos en condiciones de riesgo, y por la cuantía de esta cifra su repercusión en la mortalidad a nivel nacional es trascendente.

De acuerdo con los datos analizados, y a pesar de que los períodos de tiempo no son estrictamente superponibles, resulta claro que el riesgo de morir por complicaciones derivadas de la práctica del aborto provocado en condiciones de riesgo es mayor en las usuarias del CHPR que en el resto de la población. Esta situación tiene cierto paralelismo con la realidad mundial, donde las muertes maternas por aborto en condiciones de riesgo se observan especialmente en los países con poblaciones más empobrecidas.

Si se compara la información internacional con la de nuestro país (tabla 4) se concluye que Uruguay está ubicado en los primeros lugares de mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo.

Discusión

Nuestro país tiene, con diferencias en los subsectores público y privado, un nivel variable de atención materno infantil que va desde niveles aceptables a niveles de excelencia.

El problema que aquí analizamos se plantea en una condición que queda afuera de cualquiera de esos sistemas, pero con diferencias notorias según se disponga de recursos económicos o no. Es un hecho bien conocido, aunque “discretamente” ocultado, que la población que dispone de recursos accede a abortos provocados en condiciones de mayor seguridad, mientras que la población económicamente carenciada recurre a abortos de riesgo. En este sentido, el aborto provocado en condiciones de riesgo es el que contribuye con mayor peso a la muerte materna sin que el sistema de salud haya podido hacer hasta ahora nada para revertirlo.

En Uruguay ha ocurrido un incremento marcado de la mortalidad por esta causa, que se ubica hoy como la principal causa de mortalidad materna, siendo particularmente dramática la situación en el nivel asistencial público, vale decir entre la población más carenciada. No sería digno de nuestra condición de médicos com-

Tabla 4
Mortalidad materna por complicaciones relacionadas con el aborto provocado en diferentes regiones

Región-Lugar	Mortalidad materna por complicaciones relacionadas con el aborto provocado
Mundo ⁽¹⁾	13,0%
América Latina ⁽¹⁾	21,0%
Sudamérica ⁽¹⁾	24,0%
Uruguay ^{(2)*}	27,7%
CHPR ⁽³⁾	47,0%

CHPR = Centro Hospitalario Pereira Rossell (Montevideo).

* Corresponde al quinquenio 1995-1999.

Fuentes:

1) WHO. Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality due to Unsafe Abortion, 3rd edition. World Health Organization, Geneva, 1998.

2) Uruguay, Ministerio de Salud Pública. División Estadística. Sistema Informático Perinatal. Montevideo, 2001.

3) Uruguay. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. Datos no publicados.

prometidos con las realidades sociales de nuestra disciplina, callar el hecho de que son las mujeres pobres las que mueren. Las clases más privilegiadas pueden acceder a aborto provocado en mejores condiciones, porque esto en nuestro país se consigue con dinero. Las mujeres que vemos morir en el CHPR no tienen esa posibilidad. Al margen de cualquier otra consideración que se quiera plantear, esto es también una injusticia social y una desigualdad tolerada por una sociedad que hace la vista gorda.

Como vimos, las cifras mundiales demuestran que las mujeres que mueren por complicaciones del aborto provocado provienen de los países subdesarrollados.

Las cifras nacionales muestran que la mortalidad materna por esta entidad se encuentra por encima de la tasa mundial y de América Latina.

Es lícito plantear que se está en presencia de un emergente sanitario dentro de una enfermedad epidémica propia de las comunidades y de las mujeres provenientes de los medios socioeconómicos y

culturales más deficitarios. Son estas mujeres, las más desposeídas y que se encuentran en un momento de máxima vulnerabilidad, las que contribuyen a engrosar las cifras de mortalidad por aborto provocado en condiciones de riesgo.

Paradójica y dramáticamente la causa más importante de muerte materna es la causa más evitable de muerte materna.

Hay consenso mundial en considerar que el aborto en condiciones de riesgo es una de las causas de muerte e incapacidad materna más fácilmente prevenible y tratable.

Perspectivas

Las preguntas que se plantean y que todos deberíamos responder, entre otras, son:

- ¿Qué grado de responsabilidad o compromiso, o ambos, tienen los médicos cuando una mujer consulta sobre un embarazo no deseado?
- ¿Qué información se debería dar a la paciente sobre la interrupción voluntaria del embarazo?
- ¿Están disponibles todos los servicios para disminuir el riesgo de la práctica del aborto provocado?
- ¿Debe dejarse librado a las concepciones individuales de cada integrante del equipo de salud la información a dar a una paciente/usuario que manifiesta su voluntad de interrumpir el embarazo?

Es conocido por todos que muchos trabajadores de la salud, incluyendo médicos, parteras y enfermeras, carecen de información fundamental sobre la legislación del aborto, no saben cómo brindar la misma o lo hacen solo a partir de sus convicciones con respecto al tema.

La falta de información y el miedo a consultar hace que muchas mujeres, que estarían en condiciones de tener interrupciones seguras del embarazo (por ejemplo, embarazo molar, embarazo ectópico, huevo anembrionado, etcétera) al no realizarse un correcto diagnóstico carezcan de un tratamiento adecuado a cada circunstancia potenciando aún más los riesgos.

Asimismo, es frecuente que la atención médica luego de un aborto es demorada o inaccesible por desinformación, falta de protocolos para la atención posterior al aborto, el diagnóstico erróneo, retraso en la consulta por miedo y también por actitudes punitivas de los proveedores de salud.

Partimos de la base que en nuestro país, aunque el aborto provocado es contrario a la ley, es posible incrementar los servicios pre y

postaborto para de esa manera disminuir el riesgo de muerte, mutilación y secuelas.

Esta estrategia sanitaria caracterizada genéricamente en los denominados “Programas o estrategias de reducción del daño” busca incrementar la disponibilidad de servicios sanitarios seguros dentro de la legislación vigente.

Sus objetivos son:

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

En síntesis, se trata de desestimular la práctica del aborto provocado y cuando esto no es posible de disminuir los riesgos que esta práctica implica.

Marco teórico de la propuesta

Frente a la situación de la mortalidad materna en el mundo, en el año 1987 se desarrolló una iniciativa sanitaria bajo la denominación de “Safe Motherhood” (Maternidad Segura) patrocinada por Family Care International, una Organización No Gubernamental (ONG) con gran presencia como referente sanitario, y copatrocinada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Banco Mundial (BM), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Este grupo lanzó una iniciativa global por una maternidad sin riesgo con el fin de mejorar la salud materna y disminuir el número de muertes a la mitad, fijándose el año 2000 como plazo para el logro de ese objetivo. En el marco de esa iniciativa se desarrolló la declaración sobre los “Servicios indispensables para una maternidad sin riesgo” instando a que los mismos estén disponibles para la población a través de una red de proveedores de salud.

Estos servicios incluyen:

- Educación comunitaria sobre maternidad sin riesgo.

- Cuidado prenatal y consejería, incluyendo la promoción de la nutrición materna.
- Asistencia capacitada durante el parto.
- Atención para complicaciones obstétricas, incluyendo casos de emergencia.
- Cuidados postparto.
- Asesoría, información y servicios sobre planificación familiar.
- Educación y servicios de salud reproductiva para adolescentes
- Manejo de complicaciones del aborto, cuidado postaborto e interrupciones del embarazo seguras hasta donde la ley lo permita.

En la mayoría de los países en vías de desarrollo –y también en el nuestro– se vienen concretando algunos de estos servicios, fundamentalmente aquellos relacionados con la prevención del embarazo no deseado mediante el desarrollo de programas de planificación familiar, cuidado prenatal mediante el desarrollo de centros de control del embarazo y asistencia del parto por personal capacitado, así como servicios de asistencia para adolescentes.

Como se ve, la mayoría de los programas destinados a las mujeres embarazadas tiene que ver con el embarazo deseado y con el no deseado pero aceptado, y en este marco presta atención especialmente a los cuidados de las embarazadas y de los recién nacidos.

Desde el punto de vista estrictamente médico la lucha contra el aborto inseguro (como se vio, la causa más importante de mortalidad materna) responde a una normativa que se aplica en los países desarrollados, razón por la cual en esos países la mortalidad por aborto provocado es una entidad muy rara, prácticamente inexistente.

La primera aproximación surge del Enfoque de Salud Sexual y Reproductiva, basado en los Derechos Sexuales y Reproductivos, tal como fueron adoptados por la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo, 1994. Los derechos reproductivos incluyen el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos que se desea tener, alcanzando asimismo el estándar más alto de salud sexual y reproductiva y buscando entonces eliminar la necesidad del aborto. A pesar de ello existe la convicción de que este problema, aunque se minimice, seguirá existiendo.

Las mujeres que presenten un embarazo no deseado deberán tener acceso rápido a información confiable y orientación sensible. Incluso donde el aborto no sea legal, la mujer debe tener acceso a servicios de calidad para la consejería preaborto y también atención postaborto, educación y planificación familiar y tratamiento de las complicaciones. En ningún caso se deberá promover el aborto como método de planificación de la familia.

Las experiencias concretas de dos países africanos demuestran que es posible disminuir la mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo dentro del marco legal vigente, recurriendo a cambios en la manera de actuar de los efectores de salud. En Ghana se produjo un descenso de la mortalidad a partir de 1997 tras la introducción de atención postaborto inmediata y legrado aspirativo manual de restos abortivos. En Nigeria este objetivo se logró mediante la atención postaborto a cargo de médicos y parteras.

Finalmente, frente al emergente sanitario que significa la mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo, surgen otras necesidades que el cuerpo médico (y especialmente aquellos profesionales vinculados con la salud de la mujer) deben abordar:

Es necesario:

- **Abrir debates permanentes y científicamente acreditados sobre la mortalidad materna, sus causas biológicas pero también sus vínculos sociales, económicos y culturales.**
- Reconocer que hay decisiones privadas que las debe tomar el individuo capacitado. En esta capacitación-información-educación, el rol que deben jugar los técnicos y las opiniones científicas es trascendente.
- En el marco de una sociedad democrática y pluralista como la uruguaya, procurar sustituir la constante confrontación dicotómica en torno al tema del aborto provocado, sustituyéndola por análisis que busquen soluciones realistas para los problemas de las mujeres. En este sentido se deben buscar puntos de coincidencia en pro de propuestas concretas frente a problemas también concretos.
- Generar condiciones de igualdad en la atención sanitaria de las mujeres uruguayas, que no condicionen la accesibilidad a servicios en función del diferente nivel económico.

Bibliografía consultada

WHO. Coverage of maternal Care: A Listing of Available Information (4th edition). World Health Organization, Geneva, 1997 and Maternal Health Around the World [poster]. World Health Organization and The World Bank, Geneva, 1997

Family Care International. Safe Motherhood. Family Care International, New York, 1999.

Coony P. Abortion Policy Issues [Mapa Mundial en línea]. <<http://www.newsbatch.com/abort.htm>> [Consulta: 16 dic. 2001].

- WHO.** Abortion: A tabulation of Available Information (3rd. Edition). WHO, Geneva, 1997.
- Eschen A.** Acting to save Womens Lives: Report of the Meeting of Partners for Safe Motherhood. World Bank. Washington, 1992.
- Rogo K.** Prevention of Unsafe Abortion in Africa: A Case for a Community-based Approach. In: Proceedings of the International Conference on Reducing the Need and Improving the Quality of Abortion Services. Stimezo. Utrecht, 1997.
- OMS.** El aborto que ocurre en condiciones de riesgo. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1998.
- Popov R.** Family planning and induction abortion in the URSS: Basic health and demographic characteristics. *Studies in Family Planning*; 1991. 22: 368-77.
- Kinoti SN, et al.** Monograph on Complications of Unsafe Abortion in Africa. Commonwealth Regional Health Community Secretariat for East, Central and Southern Africa, Arusha, Tanzania, 1995.
- Jewkes RK, Fawcus S, Rees H.** Methodological issues in the South African Incomplete Abortion Study. *Studies in Family Planning*; 1997. 28: 228-34.
- Sociedad Noruega de Ginecología.** Aborto séptico: Pautas, pág. 51-53, 1997 (citado por Family Care International; Ref.20).
- Drugs and Therapeutics Bulletin.** (Versión en español). Interrupción del embarazo en el primer trimestre. Vol 36 N^o 2 y 3. In: *Noticias*; SMU 1998; 97(Suppl): 130-33.
- Kreutner AK.** Postabortal Infections. In: Mead, PB; Hager, WD; Faro, S. *Protocols for Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology* (2nd edition. Blackwell. Malden (Mass), 2000.
- WHO.** International Classification of Diseases, 10th. revision, WHO, Geneva, 1992.
- ANON.** Care for Postabortion Complications: Saving Women's Lives. *Population Reports*, Vol. 24, N^o. 2. September 1997.
- Coeytaux F.** Abortion. In Koblinsky M. (Editor). *The Health of Women: a Global Perspective*. Westview Press. Oxford, 1993.
- Benaggiano G.** Unwanted Pregnancy and Unsafe Abortion (Memorandum to all Presidents of Members Societies). FIGO; 4 July 2001.
- Pienovi M.** Mortalidad Materna en Uruguay. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*; 1979. 29(3): 100-12.
- Pienovi M, Blois F, Rodríguez G.** Cifras de aborto provocado en el Uruguay. *Revista Uruguaya de Sexología*; 1987. 6(3-4): 7-19.
- Lauria W.** Incremento de la Mortalidad Materna en un determinado sector poblacional del Uruguay. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, 1988.
- Acosta A, Cabezas E, Chaparro JC.** Present and future of maternal mortality in Latin America. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2000;70:125-131.

UNICEF/WHO/FNUAP. Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services. October 1997.

WHO. Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF WHO. Geneva, 1996.

Graham W, Campbell O. Measuring Maternal Health: Defining the Issues. London School of Hygiene and Tropical Medicine. London, 1991.

Family Care International. Meeting the Cairo Challenge: Progress in sexual and Reproductive Health – Implementing the ICPD Programme of Action. Family Care International. Nueva York, 1999.

Family Care International and The Safe Motherhood Inter-Agency Group. Plataforma de acción de la CCMM. 1997. Family Care International. Nueva York, 1998.

Family Care International. Prevención y manejo del aborto que ocurre en condiciones de riesgo. Family Care International. Nueva York, 1998.

Sai F. Intervención en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Comisión Principal. El Cairo, 1998. Tomado de “El aborto provocado en condiciones de riesgo”. Family Care International. Nueva York, 2000.

Population Action International. Expanding Access to Safe Abortion: Key Policy Issues. Population Action International, Washington, 1993.

FIGO. Directrices éticas relativas al aborto provocado por razones no médicas. El Cairo 1998. In: Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el comité para los aspectos éticos de la reproducción humana y salud de la mujer de la FIGO. Agosto 2000.

Ekwempu CC. Uterine aspiration using the Karman cannula and syringe. Trop J Obst Gynaecol 1990;2:37-38.

IPAS. Promoting Improved Women's Reproductive Health in Nigeria. Africa Reports, IPAS, Carrboro, North Carolina, 1995.

Henshaw S. Abortion Laws and Practice Worldwide. In: Proceedings of the International Conference on Reducing the Need and Improving the Quality of Abortion Services. Stimezo. Utrecht, 1997.

Ministerio de Salud Pública (Uruguay), División Estadística. Sistema de Mortalidad. Clasificación de las defunciones por causa, sexo y edad del fallecido, de todo el país (excluidas muertes fetales). Ministerio de Salud Pública, Montevideo, 2001

Uruguay. Sistema Informático Perinatal. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo, 2001.

WHO. Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality due to Unsafe Abortion, 3^d edition. World Health Organization, Geneva, 1998.

Uruguay. Sistema Informático Perinatal. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. Datos no publicados.

Fundamentos bioéticos ANÁLISIS ÉTICO DEL TEMA: “INICIATIVAS MÉDICAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO”

Dra. María Teresa Rotondo*

Analizaremos esta iniciativa propuesta por el grupo desde la perspectiva que nos ofrece la Bioética.

I. Introducción

En este tema nos interesa primariamente saber cuáles son las acciones de los profesionales de la salud que deben ser consideradas correctas. Justamente, la importancia de la ética radica en que se preocupa por la responsabilidad de los actos humanos, debido a que los mismos implican consecuencias sobre otros seres humanos, seres vivos o la naturaleza.

Actualmente en varios campos del ejercicio de la Medicina se presentan conflictos o dilemas éticos que inciden en la toma de decisiones, no siendo muchas veces claro lo que se debe hacer. Esta confusión tiene múltiples orígenes, entre los cuales destacamos los avances de los conocimientos científicos, tecnológicos y, simultáneamente, los cambios sociales y culturales que ha sufrido la Humanidad. El mundo posmoderno se caracteriza por un pluralismo de valores morales, de ideologías, de creencias, teniendo como valor máximo para la convivencia pacífica el respeto por los derechos humanos y la tolerancia entre los hombres.

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

II. Análisis del escenario

El tema que nos ocupa tiene connotaciones especiales por el escenario particularmente sensible donde se produce: se introduce en el principio de la vida.

Desde largo tiempo el tema convoca discusiones que plantean fundamentos diferentes pues parten de perspectivas distintas, ya sean morales, filosóficas, religiosas, sociales, culturales.

Debido a ello, el tema del aborto no ha sido abordado por los profesionales hasta el momento actual con suficiente análisis y preocupación reflexiva, más bien ha permanecido como un tema tabú dentro de la sociedad, a pesar de las consecuencias graves que se originan con su realización.

La relación de confianza que debe existir entre los pacientes y los profesionales sanitarios, en este tema, no se establece en forma satisfactoria. La verdadera confianza, que debe ser la base para una excelente relación médico-paciente, no se establecía cuando la embarazada podría plantear dudas sobre la prosecución de su embarazo.

La población femenina en esas circunstancias no encontraba en la actitud de los médicos la oportunidad de contar con una segura y respetuosa confianza. En el núcleo íntimo de una relación interhumana que se debía establecer entre ambos participantes no surgía una auténtica confianza. La embarazada vive una situación grave como es la de enfrentarse a la decisión de interrumpir la vida de su hijo; algo que evidentemente debe ser tan antinatural en una mujer, como es sacarse el fruto de la concepción.

Las motivaciones pueden ser múltiples, justificadas o no, pero siempre son y serán traumáticas y dolorosas, precisando en ese momento del apoyo profesional y humano que se le puede y debe brindar desde la Medicina. Sabemos que las repercusiones de estos hechos son indelebles y pueden manifestarse todavía en años posteriores de la vida de las mujeres.

La inclinación natural es el ejercicio de la maternidad en la mujer, salvo excepciones que por diferentes motivos o circunstancias la inducen a plantearse algo tan antinatural como es la negación a la maternidad.

Evidentemente sabemos que estas situaciones deberían evitarse mediante la educación, planificación, anticoncepción, como asimismo con medidas sociales y económicas que eviten que se llegue a estas resoluciones por motivos materiales, contrariando el deseo de poder tener el hijo.

En el caso de que una embarazada se plantee la posición de inte-

rrumpir su embarazo, ¿a quién consulta inicialmente?, ¿se acerca a los médicos con este planteo?, ¿por qué la necesidad de una normativa?

Podríamos conjeturar que los profesionales no actuaban con la obligación que su profesión les imponía de hacerle el bien a su paciente, de brindarle esa confianza tan necesaria para establecer una relación de ayuda tal como la requiere el paciente.

Se podría pensar que los profesionales tomaban una actitud paternalista, que en forma explícita o velada actuaban juzgando, interponiendo sus propios valores ante la situación planteada. La coacción o el juzgamiento podrían ser apreciados por la embarazada, como podría percibir también el temor de los médicos frente a sus valores, o al miedo de actuar equivocadamente, involucrándose en algo incorrecto. Puede que por esto las pacientes no hablaran de sus propósitos al médico, manteniendo el tema como un tabú, o, si lo expresaban, podrían no encontrar a un interlocutor válido que cumpliera exclusivamente con su deber profesional.

Este proyecto introduce un elemento importante: muestra a la población cómo se deben conducir los profesionales en esta situación tan crítica para la vida de su paciente y del fruto de la concepción.

El atenderla antes o después del aborto no significa que estoy induciendo o colaborando con un delito, sino que estoy actuando como obliga el deber profesional. Y es precisamente recibéndola, escuchándola, aportándole apoyo mediante un equipo apropiado. En general no son problemas médicos los que se viven en este momento, sino que por otras causas se origina la decisión de interrumpir el embarazo. Esto magnifica la necesidad del aporte de otras disciplinas, psicológicas, sociales, religiosas, etcétera, en el tratamiento del tema.

Esta forma de comportarse mostrará que se ha abandonado el paternalismo ejercido durante años por los médicos. La paciente no sentirá el peso, la coacción, la valoración negativa de una acción a realizar o realizada, no se le perdonará ni juzgará porque no somos jueces ni sacerdotes.

El objetivo de la Medicina es curar a los enfermos, aliviar y acompañarlos, prevenir enfermedades, educar en materia de salud.

III. Bioética y principios morales

Generalidades

La Bioética es una disciplina que ha sido definida por W. Reich de

la siguiente forma:

“El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de principios y valores morales”.

La ética que incorpora la Bioética es la ética normativa aplicada, la que corresponde a la filosofía práctica, pues tiene como objeto la praxis, es decir, se interesa por las acciones y conductas libres.

Es evidente que las cuestiones médicas requieren respuestas médicas, pero muchas veces las cuestiones que suceden en la atención de la salud no son exclusivamente de naturaleza médica. Existen cuestiones acerca de los valores individuales, del significado personal de la vida y la muerte, de la equidad y la justicia, que no pueden ser resueltas sólo por los médicos.

El campo de la Bioética es un área interdisciplinaria donde la dimensión ética no puede o no debe ser abstraída de las dimensiones sociales, políticas, económicas, religiosas, etcétera.

La libertad humana, la igualdad de los derechos y la solidaridad son los principios rectores de la Bioética en torno a los cuales parece haber un consenso universal.

B. Principios morales

Estudiando los modelos existentes en los países anglosajones, donde esta disciplina se inició y alcanzó gran desarrollo, vemos que los mismos tienen como primordial objetivo desarrollar entre los profesionales de la salud las virtudes morales derivadas de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; promover la eticidad de las instituciones de salud con los valores de beneficencia, libertad y equidad.

Se plantean sistemas de justificación moral con diferentes niveles de generalidad, los cuales se pueden recorrer en dos sentidos: deductivo, es decir desde las teorías morales hasta la resolución de los casos particulares, o en sentido inverso, inductivo, desde los casos particulares pasando por las reglas hasta llegar a las teorías morales.

Beauchamps esquematiza las deliberaciones y los justificativos morales en un diagrama donde se presentan los distintos niveles de justificación:

- Nivel de teorías morales: deontológica y teleológica.
- Nivel de principios morales: Beneficencia, No maleficencia, Autonomía, Justicia.
- Nivel de normas o reglas morales: Veracidad, Confidencialidad, Consentimiento informado, Fidelidad.

- Nivel de los casos particulares.

C. Aplicación de los principios morales al tema propuesto

1. Beneficencia y no maleficencia

En la relación médico-paciente el principio moral de no hacer daño al paciente aparece como una primaria obligación de “no dañar”.

En tanto que la beneficencia, principio moral que ha regido la ética profesional médica desde el Juramento Hipocrático, obliga al médico a actuar siempre en bien del paciente, en ayudarlo a recuperar y mantener su salud física o psíquica, en evitarle daños y sufrimientos.

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

Esta posición acaba con el modelo paternalista mantenido en la relación médico-paciente.

En el caso de la mujer que consulta embarazada, hacerle el bien significa atenderla desde el punto de vista médico y humano.

Desde la óptica médica, realizarle todos los actos médicos, es decir estudios, etcétera, indicados en casos de un embarazo.

El “no hacer mal” nos exige tener el nivel de competencia y solvencia profesional para atender todos los requerimientos posibles del caso; como se ha visto, la situación conflictiva del probable aborto requiere la participación de otras disciplinas que colaboren en la “relación de ayuda” que la paciente necesita.

No es el de agregar, con valoraciones personales, más preocupaciones, más males y desconfianza al paciente. El deber de atender a una persona que está enfrentada a una decisión compleja, lleva a que demos la ayuda adecuada de modo que el sujeto se coloque en las mejores condiciones para decidir.

El proyecto cumple con el deber de brindar la mejor atención, al proponer “la formación continua de un equipo multidisciplinario, el cual ofrecerá un apoyo social y psicológico a las pacientes”. E igualmente al “ofrecer a la usuaria tiempos e instancias de reflexión para valorar y rever la decisión de interrumpir el embarazo”.

El proyecto prevé en la consulta preaborto, en el numeral 7, en el caso de que “el profesional perciba que la usuaria no modifique su posición inicial de interrumpir su embarazo...” le informará e indi-

cará protección con antibioterapia.

¿Este último acto es correcto? No estamos ejerciendo una acción incorrecta, pues no estamos induciendo al acto delictivo del aborto, sino que estamos tratando de evitar una situación peor a la paciente.

En el caso de que la paciente concurra luego de realizado un aborto, el médico está obligado a hacerle el bien, brindándole la atención médica e integral del caso.

En este momento, el proyecto ajusta todas las acciones de acuerdo a lo indicado desde la perspectiva médica, ginecológica y psicológica, con un seguimiento de la paciente a quien además le ofrecerá medidas de educación para la salud en el contexto de planes de maternidad y paternidad elegidas, sexualidad, planificación familiar, etcétera.

2. Principio de autonomía

El médico que atienda a la embarazada, ya sea antes o después del aborto, actuará correctamente recibéndola, oyéndola, y respetando un principio fundamental que es el de la autonomía.

Autonomía personal significa autogobierno; el concepto de autonomía moral es equivalente al concepto de libertad moral, supone congruencia con sus planes de vida, de elección, de ausencia de coerción.

Kant expresa al respecto: son agentes racionales con capacidad de autogobernarse incluyendo la toma de decisiones, en acuerdo con principios morales universales; para Kant el hombre libre es autónomo.

Según este principio, la persona debe tener conocimientos y entendimientos adecuados sobre la materia que va a decidir; debe ser coherente con sus valores y creencias y no estar sujeta a una coerción externa o interna (por ejemplo, situación psicológica especial).

En el caso de las embarazadas el médico o el equipo profesional debe brindarle una información de la situación del embarazo, realización de exámenes, información no sólo desde el punto de vista médico, sino de los aspectos legales, sociales, etcétera.

La realización de diagnósticos de la situación de embarazo, estudios de ecografías, etcétera, y su información puede demostrarle que el aborto no es un método anticonceptivo sino antinatal; podrá permitir a la paciente ver la realidad de la situación, que quizás no la valoraba en toda su real trascendencia.

La información debe ser brindada cumpliendo con el respeto a la autonomía, por lo que no debe ser manipulada ni acompañada de

ninguna coacción. Debe además cumplir con otra norma moral que está también en la base del respeto de las personas, de su autonomía, que es la del respeto por la veracidad.

Beauchamps y McCullough expresan sobre el punto:

“El modelo de autonomía considera los valores y creencias del paciente como la principal consideración de las responsabilidades morales del médico en la asistencia de los pacientes: si los valores del paciente se enfrentan con los de la medicina, la responsabilidad fundamental de los médicos estriba en respetar y facilitar una autodeterminación del paciente en la toma de sus decisiones sobre su destino médico”.

Este proyecto respeta la autonomía de la paciente al brindarle el “control y asesoramiento obstétrico, independientemente de la intención y/o concreción de un aborto provocado”, según se expresa en el mismo.

La confidencialidad es una norma moral que se debe cumplir; pues, al hacerlo, se respeta un principio moral superior jerárquicamente, el de autonomía.

Su cumplimiento permite el establecimiento de una buena relación médico-paciente, facilita y protege la comunicación entre ambos.

Las normas morales se deben cumplir *prima facie*, salvo que existan dilemas éticos, los que se establecen por conflictos entre principios morales de igual jerarquía. Sólo en ese caso se podrá violar una norma ética, justificando este hecho con el deber de respetar un principio moral de mayor jerarquía que la norma.

En el caso de una paciente que amparada en el secreto profesional, en la norma moral de la confidencialidad, nos comunica que se hará o se hizo un aborto, nos preguntamos ¿qué principio moral nos obligaría a no respetar el secreto? ¿Podría plantearse el bien del futuro ser? Aquí entraríamos al debate sobre la moralidad del aborto. El problema que surge en este tema es más complejo porque el médico no se enfrenta con un solo paciente, pues en el caso de la embarazada existe otro ser en formación que exige atención.

Se puede dar un conflicto entre la autonomía de la paciente y la del médico debido a valores diferentes, en estos casos el médico se puede amparar en su objeción de conciencia de modo de no actuar en contra de sus valores personales.

3. Principio de justicia

La justicia rige la tercera parte en la cual la relación entre médico y paciente sucede, es decir mira a la sociedad donde ocurre esta relación; la justicia en el área de la atención de la salud se ha entendido

como justicia distributiva en la distribución equitativa de los recursos.

El análisis de los datos aportados en la propuesta muestra cómo la mortalidad materna en nuestro país tiene como causa de muerte a las complicaciones debidas al aborto, y que existe desigualdad en la distribución dentro de la población de esas muertes o morbilidades, siendo más frecuente entre las usuarias del hospital provenientes de poblaciones carenciadas económicamente.

En Generalidades, inciso 6, el proyecto propone que “el conjunto de esta normativa se basa en generar un servicio accesible a toda mujer en todo momento y en todo el país”, y agrega, además, “el concepto principal es la atención de calidad y con total accesibilidad”.

Por lo tanto observamos que el proyecto cumple con los requerimientos del principio de justicia, al tratar de establecer la equidad en la asignación de los recursos.

De brindar la atención con oportunidad, accesibilidad, universalidad, y, como establece en la página 10, “generar condiciones de igualdad en la atención sanitaria de las mujeres uruguayas”.

V. Conclusiones

Del estudio de este proyecto se desprende que el mismo no tiene aspectos antiéticos, sino, por el contrario, cumple con los imperativos éticos que deben regir la conducta de los médicos.

Respeta los principios de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

Se insiste en el tema prioritario que evitaría las situaciones críticas, es decir la educación, asesoramiento familiar, medidas anticonceptivas propiamente dichas, lo que es plausible.

Reconoce la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario que posea la competencia necesaria para el abordaje de la atención en este tema complejo.

La explicitación de la forma correcta de actuar en esta situación concreta, ayudará a los profesionales a clarificar cuál es la conducta a seguir.

Asimismo servirá para mostrar a la comunidad cómo se comportarán los profesionales médicos frente a esta determinada situación, respetando la autonomía de los sujetos, lo que redundará en afianzar la relación de confianza entre el médico y los pacientes.

El proyecto explicita en sus objetivos el de disminuir el número de abortos provocados, como asimismo las graves consecuencias de

los mismos, por lo que no propicia ningún hecho incorrecto.

Debemos agregar que no hemos realizado el análisis del tema del aborto debido a que el mismo no es, como se dijo anteriormente, el objetivo de este proyecto. El tema del aborto es de abordaje complejo y difícil, que origina corrientes de aprobación o rechazo en las distintas comunidades del mundo. En las sociedades pluralistas, respetuosas de los valores de todos los participantes, el tema no será solucionado desde la perspectiva ética, sino que luego de debates donde se realice el análisis reflexivo del mismo, se intente alcanzar un consenso social dentro de una sociedad democrática.

Referencias bibliográficas

Beauchamps TL, Childress, J. Principles of biomedical ethics. New York, Oxford University Press; 1979.

Beauchamps TL, McCullough LB. Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona, Editorial Labor SA; 1987.

Kant, I. Lecciones de ética. Barcelona, Editorial Crítica; 1988.

Lain Entralgo, P. La relación médico enfermo. Madrid, Alianza Universidad; 1983.

Mainetti JA. La fundamentación de la ética biomédica. Quirón; 1987. 18: 7-13.

Reich WT. Encyclopedia of Bioethics. New York, Free Press Mac Millan; 1978.

INICIATIVAS SANITARIAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO: FUNDAMENTOS MÉDICO-LEGALES

Prof. Adj. Dr. Hugo Rodríguez Almada*
Prof. Dr. Guido Berro Rovira*

1. Introducción

El aborto provocado en condiciones de riesgo se ha definido como el procedimiento destinado a interrumpir un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias o que es practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad mínimas o ambos⁽¹⁾.

Las complicaciones del aborto provocado en condiciones de riesgo constituyen la primera causa de muerte materna en nuestro país. Las cifras de muertes maternas por este tipo de complicación ubican a Uruguay en los primeros lugares del mundo. Las Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo son una propuesta sanitaria basada en la estrategia de reducción de riesgos y daños, orientada al abatimiento de la mortalidad materna⁽²⁾.

Aunque se trata de una iniciativa estrictamente sanitaria que no incluye ninguna propuesta de modificación del ordenamiento jurídico, presenta evidentes connotaciones éticas y médico-legales vinculadas a la situación jurídica del aborto en Uruguay. Por ello, las *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo* prevén la conformación de un equipo multidisciplinario con participación del médico legista.

La perspectiva médico-legal de las *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo* se fundamenta en la considera-

* Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina. Universidad de la República.

ción y el respeto a las normas éticas y jurídicas que rigen el aborto voluntario y el secreto médico.

2. Situación jurídica del aborto voluntario en Uruguay

Las *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo* proponen acciones en salud en el marco del respeto a las normas éticas y jurídicas vigentes, lo que presupone su conocimiento y correcto manejo.

Luego de un período en que el aborto estuvo totalmente desincriminado, el artículo 1° de la Ley N° 9.763 del 28 de enero de 1938 modificó el Código Penal (CPU) de 1934 y lo declaró delito⁽³⁾.

Aunque nuestro derecho positivo no aporta una definición de aborto, la doctrina acepta que se trata de la interrupción voluntaria del embarazo con muerte del producto, cualquiera sea la edad gestacional e independientemente de su expulsión o no^(3,4).

Los delitos tipificables, ordenados en forma creciente según la gravedad de la pena, se corresponden con las siguientes acciones:

- a) *“La mujer que causarse su aborto o lo consintiera”*. (CPU, artículo 325).
- b) *“El que colaborar en el aborto de una mujer con su consentimiento”*. (CPU, artículo 325 bis).
- c) *“El que causare un aborto de una mujer sin su consentimiento”*. (CPU, artículo 325 ter.).
- d) Las hipótesis en que a consecuencia del aborto sobrevenga una lesión grave o gravísima o la muerte de la mujer. (CPU, artículo 326).

Asimismo, se definen algunas circunstancias agravantes como el ser cometido con abuso de la autoridad o sobre una mujer menor de dieciocho años o privada de la razón o de sentido. (CPU, artículo 327).

2.1 Los abortos privilegiados

Sin perjuicio de lo anterior, la ley prevé algunas hipótesis que disminuyen la pena (atenuantes), otras que facultan al juez a no aplicarla (perdón judicial) y algunas que simplemente no tienen sanción penal (excusas absolutorias).

Estos abortos privilegiados por el legislador corresponden al motivo de honor, de angustia económica, para eliminar el fruto de una violación o por causa grave de salud.

Seguidamente se esquematiza la respuesta penal ante cada una de estas situaciones:

- Aborto cometido para salvar el propio honor, el de la esposa o un pariente próximo (no ampara al autor del embarazo): siempre atenúa la pena y faculta al juez a eximir totalmente de pena cuando es cometido con consentimiento de la mujer. (CPU, artículo 328, 1º)
- Aborto cometido por razones de angustia económica: faculta al juez a atenuar la pena y a eximir totalmente de pena cuando es cometido con el consentimiento de la mujer. (CPU, artículo 328, 4º)
- Aborto cometido para eliminar el fruto de una violación: es un atenuante y no tiene pena si se efectuó con el consentimiento de la mujer. (CPU, artículo 328, 2º)
- Aborto terapéutico (causas graves de salud): es un atenuante y no tiene pena si fue consentido por la mujer o si fue practicado para salvar la vida de la mujer. (CPU, artículo 328, 3º)

En estos supuestos sólo se aplicará el tratamiento penal privilegiado en caso de haber sido practicado por un médico y dentro de los tres primeros meses de gestación. Para el caso del aborto terapéutico no rige el plazo máximo de tres meses, pero siempre debe ser practicado por un médico. (CPU, artículo 328, 5º)

2.2 Procedimientos especiales previstos en la ley de aborto

La Ley 9.763 establece algunos procedimientos muy particulares a ser seguidos por los jueces y los médicos que intervengan en casos de aborto.

En cuanto a los médicos, se establece: *“El médico que intervenga en un aborto o sus complicaciones deberá dar cuenta del hecho, dentro de las cuarenta y ocho horas, sin revelación de nombres, al Ministerio de Salud Pública”*. (Artículo 3º)

Respecto a los jueces, el artículo 2º establece: *“Cuando se denunciare un delito de aborto los Jueces de Instrucción procederán en forma sumaria y verbal a la averiguación de los hechos, consignando el resultado en acta”*. Agregando que *“si de las indagaciones practicadas llegaran a la conclusión de que no existe prueba o de que el hecho figura entre aquellos que el Juez puede eximir totalmente de castigo, mandarán clausurar los procedimientos siendo su resolución inapelable”* y que *“en los demás casos se continuará el procedimiento, observándose los trámites ordinarios”*. Pero, además, *“el Juez no podrá llegar al procesamiento de un médico sin solicitar previamente, informes al Ministerio de Salud Pública, quien se expedirá*

luego de oír al médico referido". (Artículo 3º)

2.3 Las normas administrativas

Por el Decreto 258/92 se establecieron normas de conducta médica de aplicación directa en las dependencias del Ministerio de Salud Pública y aplicables a cualquier médico cuya conducta debiera ser valorada por la Comisión de Salud Pública. Por su parte, el Decreto 204/01 determinó su *"carácter obligatorio para todas las Instituciones de Asistencia Médica Públicas, Colectivas y Privadas de cualquier naturaleza"*, y que *"la violación de lo dispuesto será considerada falta grave pasible de sanción"*.

En su artículo 2, el Decreto 258/92 establece que *"el médico debe defender los derechos humanos relacionados con el ejercicio profesional, y especialmente el derecho a la vida a partir del momento de la concepción"* y *"negarse terminantemente a participar directa o indirectamente, a favorecer o siquiera admitir con su sola presencia toda violación de tales derechos, cualquiera fuera su modalidad o circunstancias"*.

3. El secreto médico

El apego al principio de confidencialidad es un pilar básico del fundamento médico-legal de las *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*.

El secreto médico es una categoría ético-jurídica esencial en la actividad médica y en la relación médico-paciente, con una muy fuerte presencia desde la Antigüedad (Juramento Hipocrático) hasta el presente. Constituye, a la vez, un derecho y una obligación de los médicos^(5,6).

3.1 Normas éticas

El Código de Ética Médica del Sindicato Médico del Uruguay y la Federación Médica de Interior establece muy claramente que *"el paciente tiene derecho a la confidencialidad sobre los datos revelados por él a su médico y asentados en historias clínicas, salvo autorización válidamente expresada de su parte"*. (Artículo 20, 3)

Sin embargo, por tener el secreto médico un carácter relativo (puede ceder frente a valores preeminentes)⁽⁵⁾, cabría considerar si en un caso de aborto ilegal podría quebrantarse el deber de confidencialidad. La respuesta surge del propio Código de Ética, al establecer que *"los médicos deben reclamar a la Justicia que recurra a los medios propios"*

para investigar un posible delito, sin coaccionar al médico a romper su deber de fidelidad para con el paciente". (Artículo 22, 6).

La doctrina más moderna igualmente rescata como norma general *"la no obligatoriedad del médico de revelar a la autoridad judicial los hechos presuntamente delictivos, de los que ha tenido conocimiento en el ejercicio de su relación profesional con el paciente, debiendo prevalecer, al menos inicialmente, el derecho a la intimidad y confidencialidad de la información transmitida"*⁽⁷⁾.

3.2 El derecho positivo

En nuestro ordenamiento jurídico, la protección del secreto profesional tiene su fundamento en principios constitucionales que aseguran el derecho a la intimidad, libertad y seguridad (artículos 7 y 72 de la Constitución)⁽⁸⁾.

En consonancia con ello, existen diversas normas jurídicas que protegen el secreto profesional y, en particular, el secreto médico.

La ley penal prevé el delito de *revelación de secreto profesional* (*"el que sin justa causa revelara secretos que hubieran llegado a su conocimiento en virtud de su profesión, empleo o comisión"*). (CPU, artículo 302)

La actividad médica está comprendida sin ninguna duda entre las actividades obligadas al secreto^(5,8).

En nuestro derecho positivo el secreto profesional no tiene un carácter absoluto sino relativo. Y para incurrir en el delito previsto en el artículo 302 del CPU hace falta que la revelación haya sido realizada sin una *justa causa*.

Dentro de la justa causa, se destacan por su interés en relación al tema en consideración, aquellos casos en que la norma jurídica establece la obligatoriedad de la denuncia.

En este sentido, hay que tomar en cuenta:

- a) Sin bien el CPU establece como un delito menor (falta) la *"omisión en denunciar hechos delictivos, conocidos profesionalmente"*, exceptúa expresamente todo aquello que esté amparado en el secreto profesional. (CPU, artículo 360, 10º).
- b) Como se ha señalado, la obligación del médico de denunciar su intervención en un aborto o sus complicaciones es ante el Ministerio de Salud Pública y *"sin revelación de nombres"*. (Ley N° 9.763, artículo 3, 3º)

Finalmente mencionar que a nivel administrativo, el Decreto 258/92 estableció normas de conducta médica de aplicación directa en las dependencias del Ministerio de Salud Pública y aplicables a cual-

quier médico cuya conducta debiera ser valorada por la Comisión de Salud Pública. Por su parte, el Decreto 204/01 determinó su *“carácter obligatorio para todas las Instituciones de Asistencia Médica Públicas, Colectivas y Privadas de cualquier naturaleza”*, y que *“la violación de lo dispuesto será considerada falta grave pasible de sanción”*.

En el nivel administrativo, el Decreto 258/92:

- a) establece que *“el médico debe guardar secreto frente a terceros sobre cuanto hubiera conocido en forma explícita o implícita, directa o indirecta, acerca de la enfermedad, vida privada o intimidad de quienes hubiera de asistir o examinar en el ejercicio de su profesión y guardar silencio al respecto en todo tiempo, incluso después de la muerte del paciente”*. (Artículo 4º)
- b) consagra el derecho de los pacientes de las instituciones públicas y privadas a que *“se respete su intimidad mientras permanezca en el hospital y se trate confidencialmente toda la información y los documentos relativos a su estado de salud”*. (Decreto 258/92, artículo 40º)

4. Conclusiones

En suma, las *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo* pueden aplicarse dentro del ordenamiento legal vigente, en tanto toman en cuenta y respetan el carácter ilegal del aborto provocado, excluyendo al médico de toda participación directa o indirecta, a excepciones de los casos contemplados en el ordenamiento jurídico.

En cuanto al manejo propuesto del secreto médico y la denuncia obligatoria, la propuesta se adapta a las normas éticas y jurídicas vigentes.

Bibliografía

1. **World Health Organization Abortion.** A tabulation of Available Information (3rd ed.), WHO, Geneva; 1997.
2. **Briozzo L, Vidiella G, Vidarte B, Ferreiro G, Cuadro J.** El aborto provocado en condiciones de riesgo: emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. Situación actual e iniciativas médicas de protección materna. Rev Med Uruguay 2002; 18: 4-13.
3. **Cairolí Martínez M.** El aborto. In: Curso de Derecho Penal Uruguayo. Montevideo, FCU, Tomo III; 1989: 119-39.
4. **Borges E, de Pena M, Mercant M, Gallino G.** Aborto. In: Mesa G: Medicina legal. 2 ed. Montevideo, Oficina del Libro AEM; 1995: 317-32.

5. **de Pena M, Berlangieri C, Mesa G.** Secreto médico. In: Mesa G: Medicina legal. 2 ed. Montevideo, Oficina del Libro AEM; 1995: 247-58.
6. **Gisbert Calabuig JA, Castellano Arroyo M, Gisbert Calabuig JA.** El secreto médico. Confidencialidad e historia clínica. In: Medicina legal y toxicología. 5ª ed. Barcelona, Masson; 1998: 76-86.
7. **Galán Cortés JC.** Aspectos legales de la relación clínica. Madrid, Jarpay Editores, 2000.
8. **Bayardo Bengoa F.** La tutela penal del secreto. Montevideo, Facultad de Derecho, 1961.

**BREVES REFERENCIAS AL DELITO
DE ABORTO CON CONSENTIMIENTO
DE LA MUJER Y EL SECRETO PROFESIONAL
EN LA LEY 9.763.**

**Su relevamiento y aplicación en el Código
del Proceso Penal. Colaboración principal
y secundaria y la disminución del riesgo**

Dr. William Corujo*

En el Código Penal de 1889 el delito de aborto con consentimiento de la mujer se castigaba como tal en los artículos 341 y 342.

El codificador de 1934, Dr. Irureta Goyena, era filosóficamente contrario a su castigo en el ámbito penal por tener éste su verdadera y apropiada solución en el ámbito político-social, en la educación sexual y en la deontología general y profesional, mérito por el cual excluyó las hipótesis que vienen de referirse. Ello determinó la reacción del sector católico encabezado por los doctores Regules-Tarabal, que incorporaban al Código los artículos suprimidos sobre el aborto consensual desatando la controversia con la comisión de defensa del Código Penal integrada por personalidades reconocidas en el ámbito nacional como los doctores Piñeyro Chain, Gamarra, Abadie-Santos, Salvagno Campos, etcétera.

Finalmente el Poder Ejecutivo remite un proyecto firmado por Terra cuyo texto ya tiene la estructura vigente.

Por aborto entendemos la interrupción voluntaria del proceso fisiológico de embarazo, con la pérdida del producto de la concepción, por lo que resulta obvio tener que destacar que el primer extremo a probar en un proceso es la existencia del estado de gravidez.

* Abogado. Ministro de Tribunal de Apelaciones en lo Penal.

Ello permite evadir de la álgida cuestión científica acerca de cuándo comienza la vida, si se adhiere o no la teoría de la anidación que señala que ocurre cuando se incrusta en el útero el óvulo ya fecundado (aproximadamente a los 14 días), empero resuelve problemas tales como la fecundación in vitro o de los dispositivos intrauterinos (conviene que nos apresuremos a destacar que el embrión in vitro carece de protección jurídica ante su destrucción en nuestro país).

Causar el aborto consiste en la acción u omisión de interrumpir el proceso de embarazo, debiéndose probar una relación de medio a fin y de causa a efecto (acción a través de medios físicos –por ejemplo, masajes–; químicos –inyectables destinadas a provocar el aborto–; o psíquicos –emoción violenta, por ejemplo– que persigue semejante objetivo con conciencia y voluntad, o por omisión en tanto no se impide el aborto que se tiene la obligación de evitar.

El consentimiento de la mujer

En lo personal considero que no puede confundirse la capacidad de consentir en este delito con la edad de 18 años prevista como agravante del delito de aborto en el artículo 327 numeral 2 del Código Penal.

En efecto.

La estructura original del Código Penal de 1934 sólo castigaba el delito de aborto sin consentimiento de la mujer y en esa inteligencia agravaba la conducta de quien lo causaba en tanto se quería proteger a las menores de esa edad de ser sujetos pasivos del aborto (así por el riesgo a su salud que puede implicar la pérdida de su capacidad de engendrar a corta edad, interés que el Estado tiene como prioridad preservar) y agravar la pena de quien actuaba sobre ella en tanto merecedor de mayor reproche. Al insertarse por ley en 1938 el delito de aborto con consentimiento de la mujer, la ingeniería trazada sufre la erosión interpretativa que no puede realizarse sin tener presente la alteración.

De manera alguna puede compartirse la conclusión que las menores de 18 años no pueden brindar consentimiento válido para el delito de aborto.

La interpretación de la ley penal debe efectuarse dentro de la unidad sistemática y jerárquica, teniendo presente la autonomía y especialidad del derecho penal. Por ello si se recorren los laberintos del Código se advierte que se refiere a una capacidad de la mujer para consentir, esto es, si posee o no capacidad de juicio crítico como para adoptar semejante decisión lo que será determinado caso a caso.

Así, por ejemplo, el Código de 1934 le otorgaba relevancia al consentimiento de la mujer para mantener relaciones sexuales en

tanto en la actualidad ese consentimiento es válido a partir de los 12 años de edad. Naturalmente que no estoy equiparando ambos actos, no obstante sí digo que a partir de esa edad será necesaria, a la luz de la experiencia, tomar contacto con la adolescente y establecer su grado de madurez en función de parámetros medios de la sociedad en un momento determinado, independientemente del juego de la agravante para el colaborador, que obedece a otro ámbito de motivaciones legislativas. (En otros ilícitos el Código otorgaba eficacia al consentimiento de las menores de 18 años pero menores de 15 como ocurre en el delito de retención de menores actuando como minorante).

Despejados los conceptos de aborto y de consentimiento de la mujer se impone abocarse al análisis del artículo 3 de la Ley 9.763 en tanto abarca el secreto profesional y la condición de procedibilidad.

1. En lo que atañe al **secreto profesional en el delito de aborto** a mi juicio se impone la mayor parsimonia por lo que se dirá.

En nuestro derecho existen diversos tipos de secreto que, sin duda, responden a intereses diversos, mérito por el cual tienen estructuras diferentes que le conceden ribetes propios. En lo que respecta a mi intervención se ceñirá estrictamente a lo previsto por la Ley 9.763 en su artículo tercero.

Con el secreto profesional lo que se tutela es la libertad individual, que dice relación con el derecho a la intimidad consagrado en la Constitución y que requiere de la seguridad en la relación médico-paciente, mérito por el cual en la referida norma alcanza un estatus singular.

En efecto.

En nuestro derecho se encuentran diversas situaciones referidas a distintos secretos profesionales cuya liberación el legislador la ha condicionado de manera diversa.

Así se prevé el secreto del corredor (artículos 95 y 101 del Código de Comercio), esto es, de quien ayuda a promover la conclusión de los contratos, intermedia entre la oferta y la demanda, pudiendo atestiguar en virtud de mandato de la autoridad competente.

El secreto bancario requiere de una resolución fundada de la justicia penal o de la justicia competente si estuviera en juego una obligación alimentaria, de lo contrario únicamente pueden ser revelados por autorización expresa y escrita del interesado.

El secreto tributario que, más allá de su condición de secreto administrativo, el funcionario sólo puede brindar información a la Administración tributaria, a la justicia penal, aduanera o de menores.

En cuanto al secreto profesional en la Ley 9.763 se impone: a) el médico que interviene en un aborto o en sus complicaciones deberá dar cuenta del hecho dentro de las 48 horas; b) sin revelación de nombres.

Ello denota, a mi juicio, un acento privilegiado en el secreto que le otorga un perfil propio y cerrado: la ley impone el deber de dar cuenta del hecho, no obstante cierra el círculo respecto del nombre de las personas a pesar de que ella misma está creando el delito de aborto con consentimiento así como el de colaboración (artículo 1 de la ley) y en esa misma creación impone el secreto profesional de no revelar los nombres. Deliberadamente se crea el secreto, lo que nos permite afirmar que ese círculo sólo puede encontrar liberación legítima con el consentimiento de la titular del nombre y aun así el médico no queda obligado a declarar sobre el hecho. Por supuesto que ello cede ante situaciones de legítima defensa como puede ocurrir si el médico es imputado por la paciente de una mala praxis y para ejercer su legítimo derecho a defensa le es necesario acudir al contenido del secreto profesional; o si se asiste a un estado de necesidad o al cumplimiento de la ley.

Ante tales situaciones se contempla la justa causa que permite hacer emigrar tal conducta de la esfera del artículo 302 del Código Penal.

Distinta es la situación cuando alguien que no es el titular del secreto, cuyo bien jurídico el legislador tuteló penalmente, pretende liberar al médico de él a efectos de recibirle declaración en un proceso civil o penal.

El antiguo Código de Instrucción Criminal prohibía que los médicos y los abogados depusieran como testigos respecto de hechos relacionados con el ejercicio de su profesión. El actual artículo 156.2 de CGP, ajeno a la materia penal, contempla que pueden rehusarse a contestar preguntas que violen su deber o facultad de reserva, aquellos que están amparados por el secreto profesional o que por disposición de la ley deban guardar secreto.

El artículo 220 del Código del Proceso Penal vigente dispone que deben abstenerse de declarar sobre los hechos secretos que llegasen a su conocimiento en razón de su profesión “los médicos... obstetras y demás técnicos auxiliares de la ciencia médica. Las personas mencionadas no podrán negar su testimonio cuando formalmente sean liberadas del deber de guardar secreto. Si el testigo lo invoca erróneamente sobre un hecho que no puede estar comprendido en el mismo, el Juez procederá sin más a interrogarlo”.

En primer término deberá apresurarse a definir en qué condición

es citado ese médico a declarar ya que si existiese la eventualidad que lo fuera como testigo pero luego deviniera imputado necesariamente deberá concurrir asistido de abogado defensor y su derecho a no declarar lo será en virtud de su derecho a defensa (así como el de mentir, brindar coartada, etcétera, en fin, el mismo derecho que asiste a cualquier ciudadano en este país) y no del secreto profesional.

En segundo término y superada la cuestión anterior, vale decir, rezando por escrito que su situación refiere a la de testigo (por ejemplo, cuando el médico sólo interviene en las complicaciones de un aborto) puede ocurrir que el juez de instrucción releve al médico del secreto profesional y le solicite el o los nombres a que refiere la Ley 9.763: estimo que el juez no está facultado para tal relevamiento en tanto sólo lo está la titular del derecho cuyo secreto se tutela (criterio que preveía en términos absolutos ya que sin distinción se refería a los beneficiarios el nuevo Código del Proceso Penal Ley 16.893, en su artículo 166.2, postergado sine die).

De manera que, en el ámbito del proceso penal (proceso en el sentido actual del concepto que destierra la diferencia con el procedimiento) esa decisión judicial que releva al médico del secreto previsto en el artículo 3 de la Ley 9.763 debe ser mediante decreto que conste en el expediente y no una mera orden o autorización verbal puesto que si se entiende, como nosotros, que el juez no puede hacerlo y se culmina con un procesamiento (para el médico y/o para una mujer) éste al tiempo de ser atacado lo será con los recursos de reposición, apelación y nulidad; será nula la declaración del médico que declaró en esas condiciones que puede tener singular relieve en tanto el auto de procesamiento, por ejemplo, de la mujer puede sustentarse en la declaración de ese profesional y al caer ésta puede caer la prueba que sustentaba aquél.

Ocurre que si el médico declara en virtud de la liberación que efectúa el juez no incurrirá en el delito de revelación de secreto profesional en tanto la orden actuará como justa causa.

Puede ocurrir que el médico invoque el secreto profesional erróneamente: así si tras intervenir en las complicaciones de un aborto con la señora María, luego presencia cómo ésta comete un delito de rapiña, si invocara el secreto profesional lo haría erróneamente y el juez al estimarlo de tal forma debe hacerlo también por decreto en tanto si es equivocado (así cuando el juez señala que invoca el médico un secreto profesional erróneamente cuando en realidad es correcto que lo invoque) será recurrible, en la etapa procesal oportuna, también con los recursos de reposición, apelación y nulidad en la medida que provocan la declaración del profesional sobre extremos

que deberían estar amparados por el secreto profesional y que tampoco lo harán incurrir en la referida figura delictiva. Tampoco se configura la falta prevista en el artículo 360 numeral 10 en tanto para el aborto rige la ley específica y, por otra parte, aquélla prevé la salvedad del secreto profesional.

2. No puede confundirse, aun cuando se traza una delgada línea divisoria, la colaboración con el delito de aborto con la estrategia de reducción del daño y protección a la salud de la mujer.

Colaborar supone un quehacer común hacia el fin delictivo que constituye el aborto: una convergencia que supone la conciencia y voluntad de querer el delito, por ejemplo, cooperando antes del aborto con participación secundaria.

Cuestión radicalmente opuesta a la de cumplir con la ley, con el mandato de la profesión, que refiere a coadyuvar con la salud de la paciente que así lo solicita sin que ello suponga cooperar con el delito.

Como paralelismo (me consta que no idéntico), podemos invocar la estrategia de la Junta Nacional Antidrogas, según se publicó en la prensa el día 21 de julio del presente año, aportando jeringas a los drogadictos a efectos de evitar que no las utilicen en conjunto en tanto ello genera mayores posibilidades de propagación de enfermedades contagiosas (HIV, por ejemplo).

No se dirá que coopera con el delito de violación quien enfrenta una situación trágica como la que se narra a continuación: Juan se encuentra con Alicia en un lugar apartado, en horas de la madrugada, son sorprendidos por un NN armado, quien tras reducirlos se apresta a violar a la mujer expresándole que si se resiste la matará; Juan advierte el peligro real y le manifiesta a Alicia que no se resista a la violación y que cuando el NN se apreste a violarla le solicite que se coloque el preservativo que en ese momento Juan le entrega a Alicia; es impensable que alguien sostenga que Juan coopera en el delito de violación del NN cuando lo que está intentando es colaborar con la salud de Alicia mediante la facilitación del preservativo a efectos que eventualmente no le contagien una enfermedad (disminuyendo el riesgo de daño) y con la vida de Alicia cuando le dice que no se resista ante lo inevitable, ya que de lo contrario pueden darle muerte.

3. La condición de procedibilidad

El artículo 3 de la Ley 9.763 impone un obstáculo que consiste en un interrogatorio previo al médico que interviene en un aborto tras lo cual el Ministerio de Salud Pública emite un informe al juez instructor; quien no podrá disponer el procesamiento de aquél sin

haber cumplido con la cuestión procesal aludida y su inobservancia determina la clausura inmediata del proceso.

4. Las causas de justificación

Eliminan la nota de antijuridicidad cuando el médico actúa con consentimiento de la mujer practicando un aborto por causas graves de salud (art. 28 CP) y aun sin su consentimiento cuando lo realiza para salvar su vida. Constituyen causas de impunidad, esto es, eximen de pena: a) cuando se realiza el aborto con consentimiento de la mujer para eliminar el fruto de la violación si se practica dentro de los tres primeros meses; b) puede el juez eximir de pena por haberse realizado por razones de angustia económica y siempre dentro de los tres primeros meses; c) para salvar el propio honor, el de la esposa o un pariente próximo, atendiendo las circunstancias del caso concreto siempre que se haya realizado dentro de los tres primeros meses y con el consentimiento de la mujer.

5. Al fin

Dice Jorge Luis Borges que cualquier destino por largo y complicado que sea consta en realidad de un solo momento: el momento en que el hombre sabe para siempre quién es, y allí no deciden las circunstancias, decide el compromiso que se tenga con la vida.

Muchas gracias.

PAUTAS DE IMPLEMENTACIÓN

GUÍAS CLÍNICAS DE LA NORMATIVA SANITARIA: “MEDIDAS DE PROTECCIÓN MATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO”

Leonel Briozzo, Perla Vivas, Denise Defey, Lourdes Benitez,
Gonzalo Vidiella, Alejandra López, Cristina Grela, Beatriz
Vidarte, Ivanna Leus, Liliana Abrascinkas, Hugo Godoy, Víctor
Recchi, Ima León, Wilson Benia, José Enrique Pons

Introducción

Las Guías clínicas constituyen una herramienta para la práctica clínica diaria de los integrantes del equipo de salud y para el abordaje de lo relacionado con la consulta frente al aborto provocado en condiciones de riesgo.

Específicamente en este caso se trata de un marco práctico para el desarrollo de la consulta en policlínica o en cualquier otra instancia de contacto entre el equipo de salud y la usuaria/paciente con respecto a la problemática de la interrupción voluntaria del embarazo.

Necesidad de las guías clínicas

Los problemas inherentes a la práctica del aborto provocado en nuestro país y la normativa presentada oportunamente ante el Ministerio de Salud Pública (MSP), marcan la necesidad de realizar un cambio en la forma y en los contenidos que actualmente los proveedores de salud realizamos con respecto a esta temática.

En este sentido se busca con las Guías clínicas un apoyo al desarrollo de una práctica eficiente, eficaz y efectiva para el cumplimiento de la normativa.

Los objetivos entonces se refieren a:

- Dar seguridad a los integrantes del equipo de salud con respecto a la implementación de la normativa.
- Homogeneizar los contenidos de la entrevista tanto preaborto (que denominaremos a partir de ahora: “Consulta inicial”), como postaborto.

- Proveer herramientas para optimizar la práctica clínica a la luz de la normativa desarrollada buscando su cabal cumplimiento.

Orientación de las guías clínicas

Las Guías clínicas tienen dos destinatarios: las usuarias del sistema por un lado y el equipo de salud por otro lado.

1. HACIA LAS USUARIAS DEL SISTEMA SANITARIO

Nos referimos a la usuaria/paciente en términos individuales y también comunitarios.

Concepto general

El fundamento del cambio que se debe procesar es el de contribuir a modificar el abordaje de este complejo problema. Se buscará en todo momento posicionarse del lado de la usuaria/paciente buscando un marco de comprensión entre el equipo de salud y la usuaria/paciente, para así sentar las bases en el desarrollo adecuado y la implementación oportuna de la normativa.

Principios involucrados

Básicamente tres principios se imbrican: los principios bioéticos de autonomía y beneficencia y la situación de género al respecto de esta problemática.

- Principio de autonomía. Respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, lo que implica los derechos a la autonomía y a la información.

Desarrollar el derecho a la autonomía, es decir el reconocimiento de la capacidad de comprender y decidir de cada mujer o a la mujer con su pareja, o ambos, así como el respeto del poder de gestión de su propio riesgo.

El reconocimiento de este derecho debe expresarse en cada palabra y gesto del técnico/técnicos actuantes, separando de la manera más objetiva posible las valoraciones morales, personales, para asumir que quien está delante tiene tanto derecho como uno a opinar distinto.

Desarrollar el derecho a la información justa y accesible: para tomar decisiones y gestionar los riesgos la mujer debe tener conocimientos de los mismos, en un lenguaje sencillo y objetivo.

- Principio de beneficencia. Más allá de la posición del técnico/s

sobre el tema, su rol debe seguir este principio haciendo comprender que, aunque haya obstáculos legales para solucionar su situación, existe la mejor disposición del equipo hacia su cuidado, y que podrá consultar frente a cualquier duda. No se debe perder de vista que entre los objetivos de la normativa está el de desestimular la práctica del aborto provocado en condiciones de riesgo.

- Enfoque de género y enfoque situacional: evaluar la condición de cada mujer en relación a su autoestima, los vínculos de poder intrafamiliares, sus apoyos, su posicionamiento frente al equipo de salud, sus creencias e información y la aserción que la usuaria/paciente tenga de su decisión. Esta evaluación influirá en el asesoramiento que se brinde.

2. LAS GUÍAS HACIA EL EQUIPO DE SALUD

- **ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL DAÑO.** Se debe conceptualizar que de lo que se trata es de la implementación de una estrategia de prevención del daño, parcial y acotada. En este sentido es claro que no se puede, en este marco, solucionar un problema tan complejo como el del aborto provocado en condiciones de riesgo en Uruguay. Antes bien, se trata de mejorar, hasta donde la legislación lo permita, la seguridad para que cada usuaria/paciente no muera ni sufra complicaciones graves o mutilaciones por esta causa.
- **FORMACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD.** Se trata de contribuir a la formación de los recursos humanos en el contexto de lo que se denomina educación continua, para implementar la normativa.
- **CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO DE SALUD.** El mismo debe ser, con independencia de quién es el efector concreto, transdisciplinario, abarcando los aspectos médicos, jurídicos, psicosociales de la temática en cuestión.

CONSULTA INICIAL

Para su análisis dividimos la consulta inicial en cinco etapas:

1. Abordaje.
2. Intervenciones de apoyo.
3. Análisis de la recepción.
4. Llenado del formulario.
5. Fijación de una nueva entrevista.

1. ABORDAJE

- Información inicial de la confidencialidad de la entrevista, en el aspecto de la relación equipo de salud-paciente y del secreto profesional.
- Generar tiempo de observación que dé lugar a establecer un vínculo propiciando un espacio apto para el desarrollo de la consulta. Observar las reacciones de la paciente y las propias.
- Se pueden plantear dos situaciones:
- Percepción de contradicciones. Pregunta clave: ¿Cómo se siente con la noticia?
- Resolución de abortar. Pregunta clave: ¿Por qué se plantea interrumpir el embarazo?
- Investigar práctica anticonceptiva pasada y la que desarrollaba cuando quedó embarazada y causa del fracaso del método en el caso de que lo hubiera.
- Evaluación sobre cómo se ubica la paciente frente a la consulta. Para hacerlo se debe indagar creencias respecto al aborto, evaluación de la información con la que cuenta, diagnóstico situacional que implica indagar acerca de su situación laboral, familiar, de pareja y vivienda.
- Indagar qué participación tiene la pareja en la decisión, (ausente, obliga, apoya).

2. INTERVENCIONES DE APOYO

2.a. **Intervenciones de acuerdo al marco conceptual**

- Prioritario: Principio de autonomía – Respeto hacia el planteo o decisión de la usuaria/paciente.
- Se debe tener presente que toda opinión del equipo de salud influye en la usuaria/paciente, tanto a favor como en contra de lo recomendado.
- Abstenerse de dar una opinión no profesional.

Se traduce como:

La acompañaremos en su decisión...

Prevendremos las complicaciones...

Qué no debe hacer...

Vuelva sea como sea de inmediato...

- Desarrollo: Principio de beneficencia – Dirigida hacia la paciente/usuario y hacia la vida en desarrollo. Sin que pesen las creencias individuales del miembro del equipo de salud se buscará como concepto invitar a la paciente a que reflexione profundamente sobre un hecho trascendental.

- Principio de prevención del daño: prevenir las complicaciones.
- Vida en desarrollo: explicitarlo. No banalizar el hecho.
- En situación crítica, invitar a la paciente a explorar otras posibilidades.
- Temporalidad de la situación.
- Equipo de salud a “consultar” de inmediato: psicólogo, asistente social, abogado, etcétera.

2.b- Intervenciones diagnósticas

Detección de factores de riesgo

Exámenes paraclínicos

- Realización de exámenes paraclínicos.
- Ecografía: La ecografía se realizará cuando esté indicada desde el punto de vista médico y a la brevedad. Se harán explícitos los hallazgos y se dejará librado a la decisión de la paciente el ver o no las imágenes en tiempo real o en fotografía.

Profilaxis antibiótica

Antibioticoterapia. Amplio espectro 24 horas antes. Esquema propuesto: azitromicina + ampicilina sulbactam.

2.c- Intervención educativa-preventiva

Información sobre prácticas de mayor riesgo

- En el contexto de considerar al aborto provocado como de riesgo, se debe informar cuáles son las prácticas de mayor riesgo evitando así que la paciente las desarrolle.
- Estas prácticas se pueden caracterizar como las de mayor riesgo en base a que la mayor cantidad de complicaciones infecciosas, sepsis y muertes reportadas usaron alguno o más de uno de estos procedimientos:
- Maniobras de introducción de elementos en la cavidad uterina: tallo de perejil, agujas de coser, otros elementos.
- Maniobras realizadas por terceros: colocación de sonda vesical dejándola en la cavidad.
- Infusiones y “lavados”: té de ruda, té de Carachipita.
- Colocación intravaginal de pastillas: pastilla de permanganato de potasio.

Información sobre prácticas de menor riesgo

Basados en los datos internacionales se debe informar que entre los procedimientos más seguros, y dependiendo de la edad gestacio-

nal del embarazo, se encuentran:

- Embarazos hasta ocho semanas: antiprogesterona (RU 86) y prostaglandinas.
- Luego de esa edad gestacional: legrado aspirativo y legrado instrumental realizado por personal con experiencia.

Información sobre síntomas más importantes

- Infecciosos
- Hemorrágicos

3. ANÁLISIS DE LA RECEPCIÓN DE LA USUARIA/PACIENTE

- Instancia para preguntas, intercambio de opiniones, etcétera.
- El objetivo de esta instancia es que la usuaria/paciente conforme una opinión global de información segura y comprendida sobre la realidad de su embarazo y las posibilidades, riesgos y beneficios de continuarlo.
- Posibilidad de manejarse con tiempos de reflexión y análisis: posibilidades clínicas (hasta cuando es seguro). Cuánto tiempo se puede esperar.

4. LLENADO DEL FORMULARIO

- Luego de cumplidas las etapas anteriores se llenará con la paciente el formulario preestablecido.
- Se aclarará su carácter confidencial en cuanto a la identidad de la paciente/usuario. Seguimiento.

5. FIJAR NUEVA CONSULTA

- El fijar una nueva consulta y el quedar vinculados a la paciente/usuario a iniciativa del miembro del equipo de salud es un elemento clave en toda la estrategia de prevención.
- Se debe hacer hincapié en la consulta precoz independientemente de que se realiza el aborto con cualquiera de los métodos descritos.
- La confianza se debe extender a asegurar que no se denunciará a la paciente.
- Cuando sea posible se deberá dejar un contacto personal establecido con algún integrante del equipo de salud. Será deseable dar un número telefónico de emergencia para replanteo, consulta, etcétera.

Consulta postaborto

La consulta y sus características dependerán de si la misma se realiza por alguna complicación o si se realiza estando la paciente asintomática.

a. CONSULTA POR COMPLICACIONES

Se deberá evaluar la situación clínica y actuar en consecuencia recordando:

- La ausencia de obligatoriedad de la denuncia.
- El desarrollo junto a las medidas médicas clásicas de un especial énfasis a la situación psicológica de la paciente luego de haber recurrido a un aborto provocado: no culpabilizarla ni banalizar el hecho.
- Tratamiento integral bio-sico-social.

b. CONSULTA SIN COMPLICACIONES DIAGNOSTICADAS

La normativa al respecto se divide en cuatro etapas:

1. Prevención y manejo de eventuales complicaciones.
2. Apoyo psicológico y clínico.
3. Anticoncepción inmediata.
4. Llenado del formulario.
5. Seguimiento.

1. PREVENCIÓN Y MANEJO DE EVENTUALES COMPLICACIONES

Se deben evaluar las condiciones del aborto provocado, el tiempo transcurrido y el tratamiento profiláctico si lo hubo.

2. APOYO PSICO EMOCIONAL

Cuándo se debe derivar una consulta especializada:

- Cuando hubo dudas en la decisión tomada.
- Cuando hubo necesidad de explorar otras posibilidades.
- Para procesar el duelo por el aborto.
- Cuando hay discordancia en la pareja frente a la decisión.
- En las situaciones independientes de la voluntad de la usuaria (salud materno-fetal).

3. ANTICONCEPCIÓN INMEDIATA

De acuerdo con la situación, lo recomendable es comenzar de inmediato con ACO de altas dosis y barrera.

4. LLENADO DEL FORMULARIO

Aclarando la confidencialidad.

5. SEGUIMIENTO

Al mes con la primera menstruación.

ANEXO I

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO NO DESEADO (primer nivel de atención)

PROPÓSITO

Disminuir la morbilidad materna en Uruguay con énfasis en el subsector público, actuando sobre la principal causa de muerte materna, que es la sepsis postaborto.

OBJETIVO GENERAL

Normatizar las pautas clínicas a seguir en la consulta inicial (preaborto) y postaborto en el marco del proceso de atención integral de la mujer.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Cuantificar las situaciones que se presentan con el diagnóstico de embarazo no deseado.
2. Analizar las posibles causas concretas de embarazo no deseado con el fin de programar acciones (primer nivel de prevención) para disminuir la incidencia de embarazos no deseados.
3. Evaluar los programas de salud reproductiva que se llevan a cabo en las diferentes instituciones.
4. Establecer un registro para el seguimiento de estas pacientes, y su "referencia" a un segundo y tercer nivel de atención.

INSTRUCTIVO DE LLENADO:

POBLACIÓN OBJETIVO: Toda mujer con diagnóstico de embarazo que manifieste:

- Que no es deseado y que no sabe qué hará.
- Que no es deseado y que no continuará el embarazo.
- Que considera que debe ser interrumpido por motivos de salud materna o por alteraciones fetales.

POLICLÍNICA: Nombre de la policlínica y pertenencia institucional.

INSTITUCIÓN: Establecer la pertenencia institucional: MSP, IMM, nombre de la IAMC, Seguro Parcial, policlínicas de ONG.

FECHA: Día de la consulta en la que se diagnosticó el embarazo y expresó la condición de “*no deseado*”.

EDAD: En años de la paciente.

ANTECEDENTES DE ABORTO: Se consignarán con una X solamente los abortos “provocados”.

CAUSA DE EMBARAZO NO DESEADO: Indicar con una X, una sola de las opciones.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO: (Indicar con una X)

Sí: En caso de utilizar algún MAC, no es necesario consignar cuál.

No: POR QUÉ NO USO MAC: Indicar solo una opción.

Importante: El llenado de este formulario no sustituye la historia clínica ni otras planillas de registro institucional.

REMITIR EN LOS DIEZ PRIMEROS DÍAS DE CADA MES A:
Departamento de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública. 18 de Julio 1892, 4º piso, Of. 415, tel. 409.1200, fax 408.2736.

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN INICIAL Y POSTABORTO

Prof. Adj. Dra. Ima León, Dra. Beatriz Vidarte, Dra. Perla Vivas

INTRODUCCIÓN

El programa que nos ocupa se enmarca dentro de los lineamientos de la política sanitaria del Ministerio de Salud Pública (MSP), que pretende la mejora de la calidad de atención a las mujeres y contribuye al cumplimiento de la misión que la Dirección definió para el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR):

- desde el punto de vista *asistencial*: hospital especializado en la atención obstétrico-ginecológica y de referencia nacional.
- desde el punto de vista *docente*: principal centro de formación y capacitación en las especialidades que desarrolla.
- desde el punto de vista *científico*: desarrollo de investigación en el marco de sus actividades asistenciales específicas.

IMPORTANCIA DEL TEMA

Desde el punto de vista de la salud pública, Uruguay no escapa a la realidad de la mayoría de los países en desarrollo, donde no existen programas sobre prevención del aborto en condiciones de riesgo.

En Uruguay, además de la falta de políticas específicas, se carece de información correcta sobre el número de embarazos no deseados y el número de interrupciones voluntarias (aborto provocado) de los mismos. En este contexto, también es desconocida la proporción de abortos provocados en condiciones seguras y en condiciones de riesgo. Esta situación es aun más grave ya que tampoco hay reportes periódicos sobre la morbilidad por aborto en condiciones de riesgo. Así, en la última publicación internacional sobre causas de mortalidad materna en las Américas, entre los únicos cuatro países

que no tienen cifras registradas se encuentra el nuestro, junto con República Dominicana, Jamaica y Haití.

En Uruguay ha habido un incremento marcado de la mortalidad por esta causa que se ubica hoy como la principal causa de mortalidad materna, desconociéndose cifras de morbilidad y secuelas mutilantes, siendo particularmente dramática la situación en el nivel asistencial público, donde se asiste la población más carenciada.

Para intentar un análisis estimativo de prevalencia en Uruguay, es necesario inferir datos a punto de partida de diferentes fuentes de información. La mortalidad materna en el país informada por la División Estadística del Ministerio de Salud Pública se presenta en la tabla I.

Como se ve en la tabla el aborto causa el 36% del total de las muertes maternas en 1995, 36% en 1996, 24% en 1997, 21% en 1998 y 16% en 1999. El aborto, en forma aislada, es la principal causa de muerte materna en el período analizado.

Si de ese total nacional se desglosa la mortalidad correspondiente a la maternidad más importante del país, la del Centro Hospitalario Pereira Rossell, donde anualmente hay 9.500 nacimientos, la situación es extremadamente preocupante.

Tabla I: MORTALIDAD RELACIONADA CON EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. URUGUAY: QUINQUENIO 1995-1999.

<i>Causas</i>	<i>Año</i>					<i>Frecuencia absoluta</i>	<i>Frecuencia relativa</i>
	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997*</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>		
I. Aborto	5	4	4	3	1	17	(27,4%)
II. Causas obstétricas directas	7	7	11	6	5	36	(58%)
● Hemorragias	0	2	-	-	-		
● Estados hipertensivos	1	1	-	-	-		
● Infecciones genitourinarias	1	0	-	-	-		
● Puerperales	2	1	-	-	-		
● Otras	3	3	-	-	-		
III. Causas obstétricas indirectas	2	0	2	5	0	9	(14,5%)
TOTAL	14	11	17	14	6	62	(100%)

**Tabla II: MORTALIDAD MATERNA EN EL CHPR
EN EL QUINQUENIO 1996-2001**

Año	Aborto en condición de riesgo	Causas directas			Causas indirectas	Total
		HTA*	Puerperla	Otras directas		
1996	1	-	-	1	1	2
1997	1	-	-	-	2	4
1998	0	-	-	-	1	1
1999	0	-	-	-	-	0
2000	0	-	-	-	1	1
2001	5	1	-	-	1	7
Total	7	1	0	1	6	15

*HTA = Hipertensión arterial

Fuente: Uruguay. Sistema Informático Perinatal - Centro Hospitalario Pereira-Rossell. Ministerio de Salud Pública, Montevideo, 2001.

En el quinquenio 1996-2001 se han producido en el CHPR 15 muertes maternas. De ellas, 7 (47%) se debieron a complicaciones de abortos en condiciones de riesgo. A pesar de que no podemos establecer una comparación estricta con las cifras para el total, el aborto como causa de muerte es sustancialmente mayor en el CHPR con respecto a la media nacional.

Es necesario tener también en cuenta el subregistro, dado que ni las mujeres –aun en inminencia de muerte– ni su entorno –incluso después de la muerte– suelen admitir el haber *provocado* un aborto.

Esta situación se ha agravado dramáticamente en los primeros diez meses del año 2001 donde se han producido cinco muertes maternas, siendo cuatro de las mismas por complicaciones debidas a aborto provocado en condiciones de riesgo. Esto hace que en el primer año del siglo XXI, el 80% de las muertes maternas en el CHPR hayan sido causadas por abortos en condiciones de riesgo. En lo que va del año 2002, ya se han producido dos muertes maternas por complicaciones de abortos en condiciones de riesgo.

Tabla III: MORTALIDAD MATERNA POR COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL ABORTO PROVOCADO EN DIFERENTES REGIONES

Región-Lugar	Mortalidad materna por complicaciones relacionadas con el aborto provocado
Mundo ⁽¹⁾	13,0%
América Latina ⁽¹⁾	21,0%
Sudamérica ⁽¹⁾	24,0%
Uruguay ^{(2)*}	27,7%
CHPR ⁽³⁾	47,0%

CHPR = Centro Hospitalario Pereira Rossell (Montevideo)

* Corresponde al quinquenio 1995-1999

Fuentes: ¹⁾ WHO. Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality due to Unsafe Abortion, 3rd edition. World Health Organization, Geneva, 1998.

²⁾ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Estadística. Sistema Informático Perinatal. Montevideo, 2001.

³⁾ Uruguay. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. Datos no publicados

PROPÓSITO:

Mejorar la calidad de atención integral a las mujeres, en particular a aquellas que deciden discontinuar su embarazo poniendo en riesgo su salud y su vida por la realización de abortos en condiciones de riesgo.

OBJETIVO GENERAL:

Disminuir la morbimortalidad materna en el subsector público de Montevideo, en particular en el CHPR, actuando sobre la principal causa de muerte y morbilidad materna, que es la sepsis postaborto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Normatizar, en el proceso de atención integral a la mujer, las pautas clínicas a seguir en las consultas inicial y postaborto.
2. Cuantificar los embarazos NO DESEADOS y analizar las causas de los mismos para proyectar acciones que disminuyan su incidencia.

3. Cuantificar el número de abortos provocados en condiciones de riesgo y analizar la precocidad de las intervenciones en relación al impacto negativo evitable (sepsis).
4. Evaluar los programas de salud sexual y reproductiva que se llevan adelante en las diferentes instituciones, en función de su calidad integral.
5. Brindar capacitación al personal que participa en todas las instancias de recepción de estas mujeres, según necesidades y/o formación previa.

JUSTIFICACIÓN:

Basados en los comentarios y aportes realizados por el Comité de Ética del Sindicato Médico y la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina (se adjuntan) sobre el proyecto *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*, consideramos que el mismo se puede poner en funcionamiento a la brevedad.

El marco legal y administrativo institucional actual así lo permiten y contribuye al cumplimiento de la misión y los objetivos del Hospital de la Mujer, así como de los servicios de primer nivel de atención públicos involucrados.

RESPONSABLES

Este programa de atención se llevará a cabo en todas las policlínicas generales del CHPR (ginecológicas y obstétricas) ya existentes, así como en los centros de salud del MSP y policlínicas municipales de Montevideo.

No se generarán policlínicas específicas para el programa.

La consulta de primera vez será favorecida a través del aprovechamiento de la información generada por el test de embarazo realizado en cada servicio.

Se promoverá, al entregar el resultado positivo, que la señora acceda fácilmente a la atención de primera vez, señalando la importancia de mantener un primer diálogo con el equipo de salud.

Las actividades del programa serán realizadas por todo el personal del equipo de salud: a nivel del CHPR, por médicos dependientes del MSP, (residentes y ginecólogos) docentes de Facultad de Medicina, parteras, etcétera, con apoyo de equipo interdisciplinario.

En el primer nivel de atención, con participación del equipo interdisciplinario.

ESTRATEGIA

Los programas de intervención se realizan en poblaciones donde existe una probabilidad aumentada (riesgo) de sufrir un daño determinado.

El presente programa se enmarca dentro de la prevención, (como estrategia de atención a la salud), en un primer y segundo nivel de prevención principalmente y según el caso.

Prevención primaria: con acciones dirigidas a disminuir la incidencia del daño, actuando antes de que éste se produzca (consulta inicial), informando sobre los riesgos del aborto provocado.

Prevención secundaria a fin de detectar precozmente complicaciones y asegurar el tratamiento oportuno (consulta postaborto) y, en los casos que sea pertinente, *Prevención terciaria* para prevenir daños mayores, complicaciones y muerte.

El presente programa se realizará en forma coordinada con otros ya existentes de *salud reproductiva* que funcionan en el hospital y en el primer nivel de atención, y que tienen otros objetivos precisos (pero relacionados), como, por ejemplo, evitar los embarazos no deseados con una correcta anticoncepción.

Es nuestro interés aunar esfuerzos y coordinar los programas, ya que lejos de ser estrategias opuestas contribuyen a la solución de un problema común y a la visión más integral de un tema preocupante desde el punto de vista de la salud pública.

ACTIVIDADES

Para su mayor comprensión se presentarán las actividades separadas para la consulta inicial y postaborto.

Consulta inicial

Objetivos:

1. Preservación y control de embarazo.
2. Establecimiento de un vínculo de confianza y respeto que promueva posteriores consultas.
3. Información: asesoramiento de riesgo y daño.
4. Registro de las causas de la decisión de interrupción de embarazo en formulario proporcionado a estos efectos.

Frente a toda paciente cuyo motivo de consulta sea *presunción de embarazo*, y manifieste a su médico o partera el deseo de interrumpir el embarazo:

1. Elaboración de una correcta historia clínica: anamnesis y examen físico haciendo énfasis en la pesquisa de factores de riesgo que aumenten la probabilidad de complicaciones en caso de provocación de aborto.
2. Registrar en la historia clínica la intención manifestada por la paciente, y que se siguió la normativa correspondiente.
3. Completar el formulario de recolección de datos proporcionado.
4. Solicitud de las pruebas diagnósticas para la confirmación del embarazo:
 - β HCG en sangre u orina (en los casos que sea pertinente).
 - Ecografía transvaginal a partir de las seis semanas de gravidez, valorando si corresponde a:
 - ✓ Gravidez intrauterina viable o no.
 - ✓ Enfermedad trofoblástica gestacional.
 - ✓ Embarazo ectópico.
5. Ante la confirmación del embarazo brindar asesoramiento con el objetivo de:
 - Desestimular la práctica del aborto *como método prenatal*.
 - Informar sobre la probabilidad aumentada de sufrir daños ante: “*Procedimientos para terminar embarazos no deseados practicados por personas que carecen de las calificaciones o que es practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones médicas o ambos*”. (Definición de aborto en condiciones de riesgo, Organización Mundial de la Salud).
 - Realizar educación tendente a modificar hábitos y costumbres de la utilización de métodos “abortivos caseros” culturalmente arraigados en poblaciones de bajos recursos socioeconómicos:
 - Introducción de perejil intracervical.
 - Infusiones de hierbas.
 - Introducción de elementos punzantes.
 - Etcétera.
6. Rutina obstétrica completa normatizada por el MSP.
7. Coordinar consulta posterior con psicólogo y asistente social para que, conjuntamente con el médico tratante, se reflexionen y analicen los motivos y alternativas de solución sobre su problemática específica.
8. Ante la manifestación de la paciente de llevar a cabo su decisión de interrupción del embarazo, el médico deberá:

- Respetar el principio fundamental de autonomía de su decisión, tanto desde el punto de vista personal como moral.
- Brindar los conocimientos desde el punto de vista médico y legal.
- Realizar antibioticoterapia profiláctica. Se inicia 24 horas previo a la realización del aborto, continuando 48 horas posterior al mismo.
- Fomentar la consulta precoz frente a complicaciones.
- Coordinar consulta postaborto facilitando el acceso.

Es importante, para la obtención de resultados con el presente programa, que se fortalezca la relación médico-paciente sobre bases que aseguren la confidencialidad de la información y el respeto a la decisión autónoma de cada mujer.

Consulta postaborto

Objetivos:

1. Detección precoz y prevención de complicaciones.
2. Rehabilitación integral.
3. Desarrollo de anticoncepción inmediata.

Se referirán para esta consulta:

- Todas las pacientes que demanden atención en forma espontánea luego de un aborto provocado sin complicaciones.
- Todas las derivaciones postalta de aquellas pacientes egresadas por diagnóstico de “aborto incompleto por maniobras abortivas”.
- Todas las pacientes egresadas por complicaciones postaborto provocado.

Como ya se explicitó anteriormente, los médicos deberán **asegurar la confidencialidad**, basados en los principios éticos de respeto de la autonomía de la decisión personal, lo que hará posible la relación médico-paciente en esta particular circunstancia. Por esto queda implícito que:

No es competencia del médico juzgar ni denunciar ante la autoridad policial hechos relacionados con maniobras abortivas. El médico solamente deberá registrar lo acontecido en la historia clínica y completará el formulario.

Frente a toda paciente que cuyo motivo de consulta sea *Control postaborto*, el médico realizará el siguiente procedimiento:

1. Elaboración de una correcta historia clínica: anamnesis, haciendo énfasis en la búsqueda de factores de riesgo que aumenten la probabilidad de complicaciones:
 - Tipo de maniobras abortivas.
 - Condiciones de la realización del aborto.
 - Tratamiento medicamentoso recibido.
 - Etcétera.
2. Examen físico, buscando signos de las complicaciones más frecuentes (infección y hemorragia).
3. Prevención de las complicaciones:
 - Antibioticoterapia profiláctica.
 - Derivación al nivel de atención que corresponda.
4. Prevención del conflicto Rh en las pacientes Rh negativas no inmunizadas. (Administración de gammaglobulina anti D).
5. Anticoncepción inmediata:
 - Veinte días de abstinencia sexual.
 - Anticonceptivos orales de alta dosis, con el doble objetivo:
 - ✓ Regenerar el endometrio.
 - ✓ Control de evolución para pesquisar precozmente complicaciones.
6. Anticoncepción mediata:
 - Asesoramiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos.
 - Derivación a policlínica de salud reproductiva.
7. Información sobre el correcto control ginecológico.
8. Evaluar pertinencia y deseo de recibir de otros integrantes del equipo multidisciplinario (psicólogo, asistente social) según consulta programada, para soporte y análisis de la situación vivida y la atención recibida.
9. Control en policlínica de derivación (psicólogo, asistente social, etcétera) según las necesidades del paciente y la valoración realizada por el equipo multidisciplinario.

ORGANIZACIÓN

Particularidades de la organización en el CHPR:

En cuanto a su estructura, las dependencias responsables de ejecutar el programa serán las policlínicas obstétricas y ginecológicas generales que hoy funcionan en el hospital.

Se propone integrar un *equipo multidisciplinario* con integrantes de las Clínicas de Facultad, Servicio de Ginecología del MSP, De-

partamento Obstétrico, Servicio Social y Servicio de Ginecología.

Este equipo tendrá a su cargo la atención directa de las pacientes derivadas de la consulta postaborto, (numerales 8 y 9 de la consulta postaborto) la evaluación y seguimiento del programa y las derivaciones al programa de salud reproductiva, tanto intra como extrahospitalaria (primer nivel de atención del MSP e Intendencia Municipal de Montevideo).

Será competencia de este equipo el análisis de los formularios de registro que se diseñarán para la recolección de los datos en la consulta inicial, la auditoría de todas las historias clínicas y los informes periódicos a la Dirección del Hospital de la Mujer y a las Clínicas.

Desde el punto de vista de funcionamiento se propone, en principio, una consulta de tipo programada, (como son las consultas de derivación del hospital), con una frecuencia quincenal.

Desde el punto de vista jerárquico, dependerá de la Dirección del Hospital (adjunto a Dirección responsable del área) y en coordinación con las Jefaturas de las Clínicas Gineco-obstétricas y Servicio del MSP.

Particularidades en la organización en el primer nivel de atención:

Organizado funcionalmente como grupo multiinterdisciplinario, establecerá las responsabilidades de su personal según las prácticas habituales de derivación, y realizará en forma periódica la evaluación de los formularios de primera consulta y las consultas postaborto que haya recibido, redefiniendo estrategias de intervención.

RECURSOS HUMANOS

El presente programa no requiere incorporación de personal debido a que como se describió se llevará a cabo en todas las policlínicas que hoy funcionan y serán los médicos (residentes, docentes, ginecotólogos y parteras del MSP y de IMM) quienes constituirán el equipo operativo del programa.

Los integrantes del equipo multidisciplinario de derivación de consulta postaborto a *nivel hospitalario* serán nombrados por las estructuras jerárquicas a que pertenecen, con la aprobación de la Dirección del Hospital.

Las tareas se desarrollarán dentro de las funciones de los cargos de contratación respectivos.

RECURSOS MATERIALES

Planta física: policlínicas actuales.

El programa no requiere equipamiento ni insumos especiales en lo que respecta a la operativa generada en el hospital.

Desde el ámbito del primer nivel de atención, deberá facilitarse el acceso precoz de las mujeres a la paraclínica diagnóstica.

Registros: Los registros de la consulta inicial y postaborto se realizarán en la historia clínica de la paciente.

Para obtener la cuantificación de la situación inicial se completará cada vez un renglón de la planilla confeccionada especialmente, que será entregada mensualmente a cada Dirección.

Para obtener la cuantificación de la situación postaborto, se completará un Formulario de Denuncia Obligatoria (Div. Epidemiología, MSP) que será entregado diariamente a la Dirección, que se encargará de cuantificar y entregar a Epidemiología. (Ver Anexos)

RECURSOS FINANCIEROS

La implementación de este programa no incurre en ningún gasto para el CHPR ni para el Primer Nivel de Atención por no requerir recursos financieros específicos para el mismo.

Solo se deberán considerar los gastos incurridos para la difusión nacional de las Guías de Práctica Clínica, para lo cual el grupo de “Iniciativas médicas contra el aborto provocado en condiciones de riesgo” procurará conseguir financiamiento en las instituciones que apoyan el proyecto.

Desde el punto de vista del costo-beneficio, constituye para el Hospital una estrategia de ahorro medido en unidades monetarias, por su impacto en la reducción del gasto de días cama ocupados, tratamiento y derivaciones con diagnóstico de complicaciones de abortos realizados en condiciones de riesgo.

Desde el punto de vista del costo-utilidad esta estrategia mejora las condiciones de atención y los resultados obtenidos medidos en unidades de calidad.

Desde el punto de vista del costo-efectividad, si bien aún no se pueden predecir sus resultados, la comparación de los costos de la estrategia y sus consecuencias medidas en unidades físicas (años de vida perdidos prematuramente), sin duda tiende a mejorar la situación actual.

ANEXOS:

Anexo I: *FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO NO DESEADO (consulta inicial)*

Se deberá llenar tanto en el primer como en el segundo nivel de atención.

Anexo II: *FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE MANIOBRAS ABORTIVAS. Dpto. Vigilancia Epidemiológica - DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD - MSP.*

ANEXO II

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE MANIOBRAS ABORTIVAS VIGILANCIA EPIDEMIÓLOGICA

PROPÓSITO

Disminuir la morbimortalidad materna en el CHPR, actuando sobre la principal causa de muerte materna, que es la sepsis postaborto.

OBJETIVOS

Realizar la vigilancia epidemiológica del aborto provocado en condiciones de riesgo.

1. Realizar el diagnóstico y pronóstico permanente de la situación planteada, y de los factores de riesgo que con ella se relacionan.
2. Cuantificar las situaciones que se presentan con el diagnóstico de "ABORTO PROVOCADO O SOSPECHA DE ABORTO PROVOCADO".
3. Analizar las posibles causas de aborto provocado con el fin de programar acciones (primer nivel de prevención) concretas para disminuir la incidencia de embarazos no deseados.
4. Evaluar los programas de salud reproductiva que se llevan a cabo en las diferentes instituciones.

SITUACIÓN A NOTIFICAR

Toda paciente en la que se diagnostique o se sospeche interrupción voluntaria del embarazo con muerte del producto, cualquiera sea la edad gestacional e independientemente de su expulsión o no:

Aborto incompleto, en curso, o completo

Complicaciones de aborto

Y SE SOSPECHE O SE COMPRUEBEN MANIOBRAS ABORTIVAS

ÁREA DE COMPETENCIA

Le compete a todo médico que se enfrente a la situación planteada, en cualquier nivel de la estructura del sistema de vigilancia epidemiológica, tanto en el subsector público o privado de atención según el Código Nacional de Enfermedades de Declaración Obligatoria.

PLAZO Y LUGAR DE NOTIFICACIÓN

Según lo establece la Ley 9.763 es responsabilidad del médico actuante la denuncia ante el MSP dentro de las 48 horas y *sin revelación de nombres*.

En los casos del CHPR, así como de otras instituciones de segundo nivel, la notificación se podrá realizar a través de la Dirección de la institución.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

INSTITUCIÓN: Establecer la pertenencia institucional: MSP, CHPR, IMM, nombre de la IAMC, seguro parcial, etcétera.

FECHA: Día en el que se diagnosticó el aborto incompleto, (u otro).

EDAD: En años de la paciente.

ANTECEDENTES DE ABORTO: Se consignarán con una X solamente los abortos “provocados”.

CAUSA DE EMBARAZO NO DESEADO: Indicar con una X, una sola de las opciones.

CONSULTÓ ANTES DE EL ABORTO: Señalar una sola opción.

MÉTODO ABORTIVO UTILIZADO: Especificar (por ejemplo, legrado instrumental, aspirativo, introducción de perejil, ingestión de infusiones, etcétera).

MÉTODO ANTICONCEPTIVO: (Indicar con una X)

Sí: En caso de utilizar algún MAC, no es necesario consignar cuál.

No: POR QUÉ NO USO MAC: Indicar solo una opción.

NOMBRE DEL MÉDICO ACTUANTE: Especificar en letra clara, nombre, apellido, y relación funcional (en caso del CHPR: residente, docente, etcétera).

Importante: el llenado de este Formulario no sustituye la Historia Clínica ni otras planillas de Registro Institucional.

REMITIR DENTRO DE LAS 48 HORAS A: Departamento de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública. 18 de Julio 1892, 4º piso, Of. 415, tel. 409.1200, fax 408.2736.

**PROPUESTA DE FORMULARIO-TIPO
PARA LA COMUNICACIÓN DE INTERVENCIÓN MÉDICA
EN UN ABORTO O EN SUS COMPLICACIONES**

Dr. Carlos María Berlangieri

Centro Hospitalario Pereira Rossell
Br. Artigas s/n
MONTEVIDEO

Montevideo, de de 20....

Sr. Director del Centro Hospitalario
Pereira Rossell
Dr.
PRESENTE

De conformidad a lo dispuesto por el art. 3º de la Ley N° 9.763 del 28 de enero de 1938, cumplo en informar a usted a fin de que se dé cumplimiento a lo allí establecido (comunicar al Ministerio de Salud Pública) que en el día de la fecha intervino como médico en (descripción de la participación que se tuvo o de las complicaciones en que se participó) _____

Saluda a usted muy atentamente,

Dr.
Nº de cobro:

Este libro se terminó de imprimir
en setiembre de 2002
en TRADINCO S.A.
Minas 1367 - Tel. 409 4463
Montevideo-Uruguay