

desde una perspectiva de género, tienden a confundir conceptualmente género con mujer o sexo y, tienden a ubicar a las mujeres como insumos para la concreción de objetivos y metas sin promover el fortalecimiento de su condición de ciudadanas portadoras de derechos.

El avance registrado en la opinión pública y el aumento de la demanda por educación sexual, acceso universal a métodos anticonceptivos y cambio de la legislación para regular la práctica del aborto, son condiciones que permiten pronosticar la inminencia de cambios legislativos y de políticas públicas, en estos tópicos.

El incremento notorio del desempleo, la pobreza y la exclusión social. El hecho de que la población se esté reproduciendo, fundamentalmente, en su tercio más pobre. La constatación de que el 80% de las adolescentes, que ya han sido madres, no estudian ni trabajan. La dificultad de acceder a servicios seguros para la interrupción de embarazos no buscados. La migración de usuarios del subsector privado al público agudizando la crisis global del sistema de salud y la continuidad de insumos y medicamentos incluido el acceso a métodos anticonceptivos. La pérdida creciente del salario real de los trabajadores/as de la salud que atenta, además, contra la calidad de atención de los servicios prestados. Son todas situaciones que no admiten más demoras.

En tanto están en riesgo las condiciones de vida de, cada vez, más amplios sectores de la población y las respuestas que se han dado -hasta la fecha- no han sido satisfactorias; es imperioso elaborar políticas sociales integrales e integradas, que incluyan al sector educación y salud.

Se requiere de la voluntad política para: destinar recursos genuinos, suficientes y eficientemente administrados; desarrollar una agenda de investigación que sirva de sustento para el diseño, evaluación y seguimiento de las políticas públicas. Y, finalmente, crear mecanismos institucionales que habiliten una mejor identificación de las necesidades y demandas específicas de la población y garanticen la participación de la sociedad civil organizada, con experticia y conocimiento acumulados en todos estos temas.

ANEXO 1

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

La siguiente normativa ha sido aprobada por unanimidad por:
Consejo de la Facultad de Medicina – Universidad de la República
Sindicato Médico del Uruguay y
Sociedad de Ginecología del Uruguay

TOMANDO EN CUENTA QUE:

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.

En el área de la salud materna lo anterior se expresa a través de medidas aprobadas oportunamente por la Organización Mundial de la Salud a las que el país suscribe. Las mismas incluyen:

- 1 Educación comunitaria sobre maternidad sin riesgo.
- 2 Cuidado prenatal y consejería, incluyendo la promoción de la nutrición materna.
- 3 Asistencia capacitada durante el parto.
- 4 Atención para complicaciones obstétricas, incluyendo casos de emergencia.
- 5 Cuidados postparto.
- 6 Manejo de complicaciones del aborto, cuidado postaborto e interrup-

ciones del embarazo seguras, donde la ley lo permita.

7 Asesoría, información y servicios sobre planificación familiar.

8 Educación y servicios de salud reproductiva para adolescentes

En la legislación nacional vigente el aborto provocado, salvo excepciones, esta penado.

CONSIDERANDO QUE:

La primera causa de la mortalidad materna en el país son las complicaciones generadas por el aborto provocado en condiciones de riesgo.

El Uruguay presenta aceptables resultados sanitarios en cuanto a salud materna (durante el embarazo parto y puerperio, tanto en el subsector privado como en el público.

Como consecuencia de la diferencia marcada entre los hechos arriba señalados, el Uruguay se sitúa en uno de los primeros lugares en mortalidad materna por complicaciones derivadas del aborto provocado en condiciones de riesgo.

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.

Estas complicaciones mayores, que pueden costar la vida y provocar mutilaciones, son completamente evitables

SE PROPONE A CONSIDERACIÓN DEL M.S.P.:

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 en lo concerniente a las "Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo"

Difundir y controlar la aplicación de esta normativa tanto a nivel del subsector público como a nivel del subsector privado, del sistema de salud.

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 este 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.

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 ESPECIFICOS

Generar una instancia médica y sico-social de diagnóstico, asesoramiento y apoyo a las usuarias del sistema de salud, para que 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.

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.

GENERALIDADES

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 desaliente 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.

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-sico-sociales).

Para la disminución del riesgo sería recomendable un MARCO NORMATIVO aprobado, conocido y controlado por el M.S.P. 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.

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. Así como que generar confianza en el equipo de salud para promover una consulta precoz.

Para operativizar esta normativa se requiere la conformación de un equipo multidisciplinario constituido por ginecotocólogo/a, obstetra-partera, especialista en salud mental, asistente social, médico/a legista, sociólogo/a, entre otros.

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 esto implica buscar condiciones para una consulta precoz.

El equipo de salud y específicamente el médico/a ginecotocólogo/a 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.

Se deben plantear, proponer y buscar alternativas a la realización del aborto provocado.

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/a ginecotocólogo/a como corresponde a un primer control de embarazo.

En ningún caso, fuera de las excepciones establecidas en la ley, se podrá asesorar sobre un lugar o profesional específico donde realizarse el aborto.

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 sea por objeción de conciencia del profesional, ya por incapacidad institucional, se deberán analizar desde el ámbito legal.

Los técnicos se atenderán a las normas éticas y legales que rigen la relación equipo de salud paciente. En función de eso se respetará el principio de confidencialidad sin perjuicio de comunicar al M.S.P, en la forma que indica la ley (antes de las 48 hs. y sin revelación del nombre de la paciente) cuando intervengan en el tratamiento de las complicaciones de un aborto provocado (artículo 3 Ley 9763).

CONSULTA INICIAL (CONSULTA PRE ABORTO)

OBJETIVO:

- ◆ Preservación y Control de embarazo.
- ◆ Información, prevención y asesoramiento de riesgo y daño.
- ◆ 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 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 hs. antes del supuesto momento en el cual la paciente podría decidir realizarse el aborto. La antibioticoterapia se prolongará hasta pasado el periodo crítico de los 10 días post aborto.

CONSULTA POST ABORTO

OBJETIVO-

- ◆ Detección precoz y prevención de complicaciones
- ◆ Rehabilitación integral
- ◆ Desarrollo de anticoncepción inmediata

CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTA:

1. Profilaxis de complicaciones inmediatas en particular la infección y la hemorragia.
2. Profilaxis de la infección: Se mantendrá tratamiento antibiótico durante 10 días y se controlaran parámetros de infección tanto clínica como paraclínicamente. Se evaluará la vacuidad uterina mediante examen ginecológico y ecográfico.
3. 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.
4. Profilaxis del Conflicto Rh (D) Neg. Mediante la administración de gamaglobulina anti D en los casos donde este indicado.
5. Se realizará soporte emocional y psicológico en lo que concierne a la salud mental por un equipo idóneo.
6. Detección oportuna complicaciones.
7. Consejo en provisión de anticoncepción inmediata post aborto.
8. Medidas de educación para la salud en el contexto de planes de maternidad y paternidad elegidas, sexualidad libre y responsable, información sobre correcto control ginecológico periódico, realización de colpocitología oncológica y mamografía cuando así este indicado. Todo esto busca prevención y promoción de salud en la paciente usuaria y en la comunidad que la rodea haciendo revertir un hecho negativo y pasible de graves complicaciones hacia un hecho positivo para la salud de la usuaria y la comunidad.
9. 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 3 meses post aborto y se incluirá el aspecto psicológico como parte sustancial del mismo.

POR EL GRUPO INICIATIVAS MEDICAS CONTRA EL ABORTO PROVOCA- DO EN CONDICIONES DE RIESGO:

Profesor Dr. Enrique Pons (Clínica Ginecotocológica "A")

Profesor Dr. José C. Cuadro (Clínica Ginecotocológica "C")

Profesor Dr. Guido Berro (Cátedra de Medicina Legal)

Profesor Adjunto Dr. Leonel Briozzo (Clínica Ginecotocológica "A")

Profesor Adjunto Dr. Hugo Godoy (Clínica Ginecotocológica "B")

Profesor Adjunto Dr. Hugo Rodriguez (Cátedra de Medicina Legal)

Dra. Beatriz Vidarte (Clínica Ginecotocológica "A")

Dr. Gonzalo Vidiella (Clínica Ginecotocológica "A")

Dr. Gustavo Ferreiro (Clínica Ginecotocológica "A")