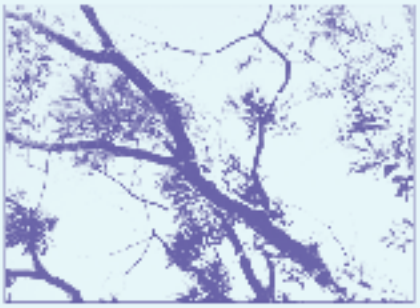
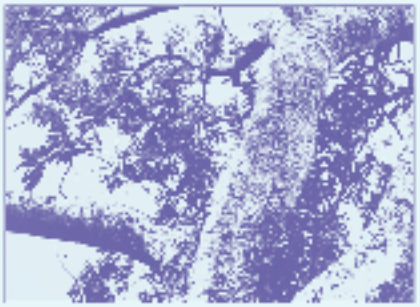
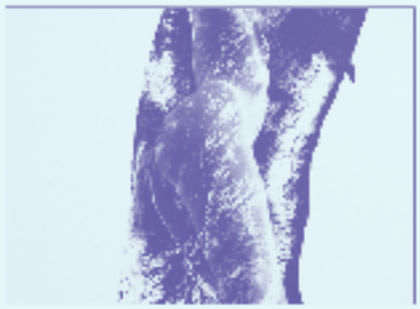
colectiva por el derecho a decidir

La reglamentación del aborto terapéutico en América Latina

Estudio



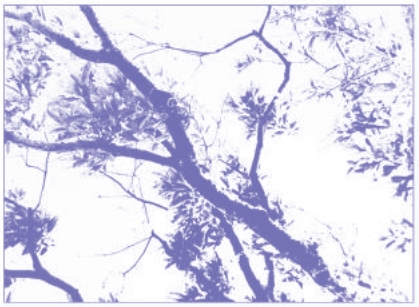


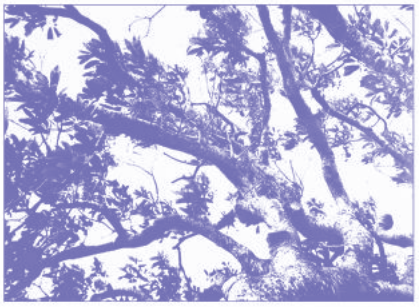


colectiva por el derecho a decidir

La reglamentación del aborto terapéutico en América Latina

Estudio





342.087.8
B837r

Brenes Hernández, Paola
La reglamentación del aborto terapéutico en América Latina / Brenes Hernández, Paola. – Costa Rica: Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir, 2007

44 p.; 21.59 x 27.94 cm.

ISBN 978-9968-9664-1-2

1. Aborto 2. Salud de las mujeres 3. Salud reproductiva 4. Normativa 5. Legislación 6. Aborto terapéutico

Investigadora

Paola Brenes Hernández
Colectiva por el Derecho a Decidir

Revisión del documento

Javiera Carrera
Adriana Maroto Vargas
Erika Rojas Calderón
Marcia Ugarte Barquero

Diseño, diagramación e impresión

Diseño Editorial S.A.
www.kikeytetey.com

Fotografía de portada

Pamela Fuster -Eva Lilith-
www.liveimages.net

Índice

I. Presentación 5

II. Introducción 7

III. Estrategia metodológica 9

1. Búsqueda de información bibliográfica 9
2. Establecimiento de contactos claves en los distintos países 10
3. Elaboración de instrumento guía para recopilación y sistematización de la información 11
4. Sistematización y análisis de la información 11
5. Variaciones metodológicas 11

IV. **Presentación y análisis de resultados** 13

Enfoque de derechos humanos incluido en la normativa o protocolo 19
Sistema de indicaciones terapéuticas 19
Plazos estipulados 20
Especificidad de procedimientos en mujeres menores de edad 21
Especificidad mecanismos de toma de decisiones institucionales 22
Funciones de los distintos niveles de atención en salud 23
Procedimientos de aborto estipulados 24
Suministros necesarios para la interrupción voluntaria del embarazo 25
Requerimientos de infraestructura 26
Interrelación con otros servicios clínicos 26
Manejo de complicaciones relacionadas a la interrupción voluntaria del embarazo 26
Indicaciones para el manejo del dolor de la usuaria 27
Profesionales a cargo del procedimiento 28
Supervisión del servicio y/o de proveedores/as 28
Consejerías previas al aborto 29
Consejería post aborto 29
Consentimiento informado 30
Confidencialidad 30
Objeción de conciencia 31
Capacitación/ sensibilización a proveedores/as 32

V. **Conclusiones y recomendaciones** 35

VI. **Bibliografía** 41

I. Presentación

Uno de los objetivos claves de la Colectiva por el Derecho a Decidir, como organización feminista de Costa Rica, ha sido el de propiciar el debate público sobre el derecho a decidir en todas sus dimensiones, con un enfoque de derechos humanos y énfasis en los derechos sexuales y reproductivos.

A partir de ese objetivo es que la Colectiva centra de manera fundamental en su quehacer el abogar por la despenalización del aborto y por la implementación de un protocolo para proveer aborto terapéutico de acuerdo a las leyes vigentes en el país.

La preocupación de la Colectiva de luchar por la elaboración e implementación de un protocolo para el aborto terapéutico tiene que ver con la figura del aborto impune establecida en el articulo 121 del Código Penal costarricense, el cual menciona que el aborto es permitido cuando está en riesgo la vida y la salud de la madre.

Sin embargo, al no existir un protocolo para hacer posible el aborto terapéutico a las mujeres que lo precisan porque su embarazo pone en riesgo su vida o su salud, éste no es practicado en los hospitales del sistema nacional de salud. Las razones por las cuales no se realiza fluctúan desde la falta de información apropiada, tanto de las mujeres embarazadas como del personal de salud, hasta las posiciones de prestadores de servicios de salud ligadas a una moral única, irrespetando la autonomía o el derecho de las mujeres a tomar una decisión informada.

Es en este contexto que la Colectiva investiga otras experiencias latinoamericanas y construye este documento intitulado "La Reglamentación del Aborto Terapéutico en América Latina", con la finalidad de aportar con insumos teórico-conceptuales, a la discusión de este tópico en nuestro país, en la que, imaginamos, deben estar involucrados todos los protagonistas cuyo interés está orientado en mejorar el reconocimiento y ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres. Suponemos que será una tarea conjunta de actores provenientes del sistema público de salud, de colegios profesionales y de organizaciones de la sociedad civil.

Por ende, este documento lo ponemos a disposición de todas aquellas personas, instituciones y organizaciones que estén caminando por un proceso político parecido o similar al nuestro, procurando que las mujeres de las sociedades latinoamericanas puedan ejercer libremente el derecho a decidir plenamente sobre su sexualidad y reproducción.

Javiera Carrera
Época de invierno de 2007

II. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 46 millones de embarazos finalizan en un aborto cada año, de ellos casi 20 millones son inducidos (OMS, 2003). Las muertes relacionadas con el embarazo alrededor del mundo alcanzan la cifra aproximada de 67 000 anuales y han sido atribuidas a las complicaciones en abortos inseguros (OMS, 2003).

Durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), el Cairo 1994 y en la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer, Beijing 1995, Costa Rica dentro de decenas de países firmantes asumió compromisos con los derechos reproductivos y la salud de las mujeres. Específicamente en el tema del aborto, Costa Rica junto a otros gobiernos, reconoce que el aborto inseguro es una de las mayores preocupaciones en salud pública, por lo que en los casos en que el aborto no esté contra la ley, este debe ser realizado sin riesgos.

En el 98% de los países del mundo se permite el aborto para salvar la vida de la mujer, mientras que en un 63% se permite para salvar su salud física (United Nations Population Division, 1999, en: McNaughton, 2003). En Costa Rica, el artículo 121 del Código Penal despenaliza el aborto para salvar la vida o la salud de la mujer, llamado aborto impune:

> *No es punible el aborto practicado con consentimiento de la mujer por un médico o por una obstétrica autorizada, cuando no hubiere sido posible la intervención del primero, si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y éste no ha podido ser evitado por otros medios.*

Las definiciones de aborto terapéutico son diversas entre distintos autores, McNaughton (2003) realizó una revisión de distintos libros de texto gineco – obstétricos y encuentra desde definiciones más restrictivas como las que incluyen solamente el aborto como una forma de salvar la vida y/o salud de las mujeres, hasta las definiciones más amplias que incluyen la causal antes señalada más otras, tales como embarazos producto de violaciones, incesto o estupro y malformaciones físicas o mentales graves en el feto.

Aunque no exista una definición de consenso sobre aborto terapéutico entre la comunidad científica inclusive, para efectos del presente estudio se retomará la definición anotada por Schwartz:

> *… cuando la continuación del embarazo puede amenazar la vida de la mujer o deteriorar gravemente su salud. En la determinación que haya o no tal riesgo para la salud, se debe tomar en consideración el ambiente total de la paciente, presente o previsiblemente de manera razonable* (4ta edición, en McNaughton, 2003, p. 9)

La Asamblea General de las Naciones Unidas, revisó y evaluó la implementación de la CIPD en 1999 (Cairo + 5) y acordó que

> *en circunstancias donde el aborto no esté en contra de la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que dichos abortos sean sin riesgos y accesibles. Deberían tomarse medidas adicionales para salvaguardar la salud de las mujeres* (Naciones Unidas 1999, párrafo 63.iii. En: OMS, 2003)

En la actualidad Costa Rica, al igual que otros países latinoamericanos, no cuenta con una normativa que regule y garantice la aplicación del aborto terapéutico como un procedimiento para salvaguardar la vida y la salud de las mujeres y, por lo tanto, para garantizar sus derechos humanos fundamentales, esto pese a que desde 1970 el aborto terapéutico no tiene castigo penal, a que a partir de 1994 nuestro gobierno reconoció que el aborto inseguro es un grave problema de salud pública y a que en 1999 en la Asamblea de Naciones Unidas se reafirmó la necesidad de capacitar y equipar a los y las proveedoras de salud.

Conscientes de esta problemática y comprometidas con la defensa y promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Costa Rica, la Colectiva por el Derecho a Decidir asumió la tarea de realizar un estudio sobre las distintas experiencias en países latinoamericanos en la reglamentación del aborto terapéutico. Creemos que el estudio de las distintas reglamentaciones existentes, nos puede dar luces sobre los distintos caminos a seguir en un proceso que pretenda garantizar la adecuada aplicación del artículo 121 del Código Penal.

Consideramos que la reglamentación del aborto terapéutico es indispensable en un país comprometido con la información y el acceso a este procedimiento médico, relacionado directamente con el derecho a la vida y la salud de las mujeres.

Con el objetivo principal de determinar las principales características de las reglamentaciones sobre aborto terapéutico en los distintos países, el presente estudio analiza a fondo las normativas en aborto terapéutico de Buenos Aires en [1]Argentina, Brasil, Colombia, Uruguay y dos instituciones hospitalarias en Perú, con el fin de tener un insumo importante de trabajo en la normativización del aborto terapéutico en Costa Rica.

Esperamos que el presente estudio apoye el accionar de organizaciones de la sociedad civil, instituciones de gobierno y otras actorías comprometidas con la creación de instrumentos que garanticen el acceso de las mujeres a servicios de aborto legal y sobre todo, seguro.

---

1 *Para facilidades de síntesis, aunque la normativa de Argentina sólo tenga validez en la provincia a Buenos Aires, nos referimos a esta como "la normativa de Argentina", de la misma manera, las normativas de Perú son válidas únicamente en las instituciones hospitalarias específicas y la de Uruguay es una propuesta desde diversas instituciones. Sólo a manera de resumen, nos referimos a estas con los nombres de sus respectivos países.*

III. Estrategia metodológica

Con el fin de recopilar y sistematizar las experiencias de los distintos países latinoamericanos en relación a la reglamentación del aborto terapéutico, la presente investigación contó con los siguientes pasos metodológicos:

1. Búsqueda de información bibliográfica
2. Establecimiento de contactos claves en los distintos países
3. Elaboración de instrumento guía para recopilación y sistematización de la información
4. Sistematización y análisis de la información
5. Variaciones metodológicas

1. Búsqueda de información bibliográfica

En este momento, se revisaron los estudios producidos en América Latina sobre aborto terapéutico y su reglamentación. Los documentos a revisar fueron encontrados físicamente o por medio de internet.

Una de las metas de esta fase, fue que la información encontrada pudiera facilitar la creación de categorías de análisis que posteriormente apoyaron la construcción de instrumentos que permitieran sistematizar la información.

Al final de esta fase, se contó con informaciones generales de la situación legal del aborto terapéutico en los distintos países latinoamericanos, y las investigaciones realizadas sobre el tema, así como una propuesta de categorías de análisis que surgió a partir de la información recopilada.

Un documento esencial que aportó insumos a esta fase fue la *Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud* (OMS, 2003); este material brindó además un marco técnico y político desde el cual derivar un análisis actualizado, pertinente y con bases científicas.

Las categorías de análisis construidas a partir de esta fase fueron:

- Causales no penalizadas para la interrupción del embarazo
- Institución que rige la normativa o protocolo y año de aprobación
- Enfoque de derechos humanos incluido en la normativa o protocolo
- Sistema de indicaciones terapéuticas
- Plazos estipulados

- Especificidad de procedimientos en mujeres menores de edad
- Especificidad de mecanismos de toma de decisiones institucionales
- Funciones de los distintos niveles de atención en salud
- Procedimientos de aborto estipulados
- Suministros necesarios para la interrupción voluntaria del embarazo
- Requerimientos de infraestructura
- Interrelación con otros servicios clínicos
- Manejo de complicaciones relacionadas a la interrupción voluntaria del embarazo
- Indicaciones para el manejo del dolor de la usuaria
- Profesionales a cargo del procedimiento
- Supervisión del servicio y/o de proveedores/as
- Consejerías previas al aborto
- Consejerías post aborto
- Consentimiento informado
- Confidencialidad
- Objeción de conciencia
- Capacitación/ sensibilización a proveedores/as

2. Establecimiento de contactos claves en los distintos países

Esta fase fue paralela a la primera, y tuvo como meta la ubicación y el contacto con personas u organizaciones claves en América Latina que hayan realizado investigaciones en sus países sobre temas relacionados al aborto terapéutico, es decir, actoras claves en la reglamentación de este. Un elemento importante en este proceso, fue la recopilación de seis normativas de cinco países latinoamericanos: Argentina (válido en la Provincia de Buenos Aires), Brasil, Colombia, Perú (país que presenta dos normativas) y Uruguay.

En el caso de las normativas de Argentina, Brasil, Colombia y Perú, estas fueron localizadas a través de los contactos claves. En el caso de la normativa de Uruguay, este se encontró por medio de la búsqueda en Internet. Es importante aclarar que para efectos del presente estudio, no fue posible determinar con exactitud cuáles de los países en los que el aborto terapéutico estuviera despenalizado contaban con una normativa o reglamentación de este, ya que no se pudo establecer comunicación con todos los contactos claves o encontrar nuevos contactos con la información necesaria. Lo anterior implica que las normativas analizadas en esta investigación, no necesariamente son las únicas existentes en América Latina.

Al final de esta fase, se construyó un cuadro de contactos de personas u organizaciones de los países latinoamericanos donde el aborto terapéutico está permitido por ley y el contacto directo con estas.

3. Elaboración de instrumento guía para recopilación y sistematización de la información

En este momento metodológico producto de las etapas anteriores, se realizó una matriz práctica para la organización de la información correspondiente a las distintas reglamentaciones y/o protocolos de aborto terapéutico en los cinco países mencionados; dicha matriz fue realizada con base en las categorías de análisis construidas durante la primera fase metodológica.

4. Sistematización y análisis de la información

En esta fase se llevó a cabo una revisión exhaustiva de los seis documentos, lo que permitió incorporar la información en la matriz práctica. Al tener la información organizada según las categorías de análisis, se realizó el análisis cualitativo específico por categoría y de la normativa global, a partir del cual se desprendieron las conclusiones y recomendaciones del presente estudio.

5. Variaciones metodológicas

Al iniciar esta investigación, la metodología apuntaba hacia la exploración de tres ámbitos de acción política específicos en relación a las experiencias latinoamericanas en la reglamentación del aborto terapéutico: la legislación vigente y sus avances y retrocesos, las políticas públicas y los protocolos de atención.

Conforme el estudio se desarrolló, los resultados mostraban que las causales no penalizadas del aborto en América Latina (con muy pocas excepciones) eran básicamente el aborto para salvar la vida y/o salud de la mujer y el embarazo producto de violencia sexual. También se encontró que la gran mayoría de las legislaciones conservaba estas figuras desde las primeras décadas del siglo XX y que había múltiples estudios que han sistematizado esta información.

Debido a un delineamiento en el rumbo político – estratégico de la organización y a que estos resultados no aportaban insumos necesarios, la investigación se focalizó en los protocolos o normativas de atención y sus contenidos, buscando desde estos resultados el análisis de las normativas de cinco países de América Latina, de manera que se construyera una primera aproximación a líneas de acción político/técnicas más claras y encaminadas a la reglamentación del aborto terapéutico en Costa Rica.

IV. Presentación y análisis de resultados

La legislación en América Latina con relación al aborto es restrictiva, el acceso de las mujeres al recurso del aborto por su propia decisión tan sólo es posible en Cuba, Puerto Rico (CEPED, 2005) y recientemente en México DF. Por otra parte, la restricción absoluta del aborto se encuentra en El Salvador, Honduras, Chile, República Dominicana y recientemente en Nicaragua, donde no es permitido el aborto ni aún cuando exista un riesgo sobre la vida o la salud de la mujer.

El resto de los países latinoamericanos cuenta con legislación que parcialmente despenaliza el aborto bajo distintas causales tales como riesgo para la vida y/o salud de la mujer, embarazo producto de violación (o pérdida del "honor"), incesto o estupro, malformaciones en el feto incompatibles con la vida extra uterina y situación socioeconómica (CEPED, 2005). Dentro de este grupo donde se encuentra la mayoría de los países de la región se ubica Costa Rica.

Es importante anotar que en el transcurso del año 2006, Colombia dio un paso significativo en el reconocimiento y protección de los derechos de las mujeres al despenalizar varias causales de aborto en el mes de mayo del 2006, y al aprobar la Norma Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo en diciembre de ese mismo año. Además, en los primeros meses del 2007, el Congreso de México DF despenalizó el aborto realizado en las primeras 12 semanas de embarazo. En contraposición con los avances en Colombia y México, el Congreso Nicaragüense eliminó el aborto terapéutico en octubre del 2006 en medio de una contienda electoral, misma figura que desde el año 1893 permitía realizar procedimientos de aborto para salvar la vida de las mujeres.

Para efectos de la presente investigación, no fue posible determinar la totalidad de países de la región que no penalizan el aborto terapéutico y que,a la vez, tienen una normativa aprobada para la regulación de este. Sin embargo, se pudo identificar que en ningún país de Centroamérica, así como ni en Panamá y México, existen normativas o protocolos de aborto terapéutico. El único reglamento encontrado en la sub región pertenece a México DF, donde existe una norma que regula en el ámbito judicial la aplicación del aborto en casos de violación.

Las seis normativas abarcadas por el presente estudio pertenecen a países suramericanos y fueron aprobadas en el año 2005 las correspondientes a Brasil y el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HND) de Perú, en el año 2006 la normativa colombiana y la uruguaya y en el 2007 la argentina y la del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) peruano, lo que apunta a avances bastante recientes en la reglamentación del aborto terapéutico en estos países. Con excepción de Colombia, los demás países contaban con estas causales despenalizadas desde varias décadas atrás.

Con respecto a las causales no penalizadas en los países en estudio, en todos los casos se indica el aborto como una forma para salvar la vida de las mujeres, todos con excepción de Brasil lo indican para salvaguardar la salud de las mujeres. Con respecto a la despenalización en casos de violencia

sexual, se encontró esta causal en las legislaciones de Argentina, Brasil, Colombia y Uruguay. En el caso de malformaciones en el feto incompatibles con su vida extra – uterina, las legislaciones que lo contemplan son Brasil y Colombia. Uruguay por su parte, se convierte en el único país de este grupo que hace del aborto por "angustia económica" una figura no penalizable.

Aunque las distintas legislaciones contemplen la despenalización del aborto en situaciones que van más allá de lo comprendido en la definición de aborto terapéutico (para salvar la vida y la salud), el presente estudio se focalizará en las categorías más relacionadas con la aplicación del aborto terapéutico.

Una característica que distingue estas cuatro normativas, es la institución que aprueba o rige la normativa. En el caso de Argentina, Brasil y Colombia la normativa fue aprobada por el gobierno, en el caso primero y segundo el *Protocolo de Aborto no Punible* y la *Norma Técnica para la Atención Humanizada del aborto* fueron aprobadas por el Ministerio de Salud y en el caso tercero, la *Norma técnica para la interrupción voluntaria del embarazo*, fue aprobada por el Ministerio de la Protección Social.

Perú por su parte cuenta con dos reglamentaciones: el *Protocolo de Manejo de Casos para la Interrupción Legal del Embarazo* elaborado específicamente por el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HND), y de aprobación más reciente la *Directiva sobre Aborto Terapéutico*, de aplicación en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Finalmente, en el caso de las *Pautas para la práctica institucional del aborto por indicación médico-legal*, estas fueron aprobadas por la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, el sindicato médico del Uruguay y la Sociedad de Ginecotología del Uruguay. En Uruguay, esta norma se encuentra aún en revisión por parte del Ministerio de Salud Pública (Abracinskas, 2004).

Tanto Argentina como Brasil y Colombia cuentan con una normativa aprobada en el nivel político gubernamental, lo que brinda mayor garantía y un ámbito más amplio de aplicación, ya que en teoría la norma debería ser acogida por el sistema hospitalario de atención. En el caso de Argentina, por su estructura estatal aunque el protocolo fue aprobado por un ente de gobierno, este es válido solamente para la provincia de Buenos Aires. Por su parte, en Perú se reduce la garantía de esta aplicación a dos hospitales específicamente y Uruguay aún espera la oficialización de la norma.

En la siguiente matriz práctica se resumen los principales hallazgos de la revisión de las cuatro normativas en cuestión para, posteriormente, entrar en detalle de cada una de las categorías de análisis expuestas y atinentes a la reglamentación del aborto terapéutico.

Países	Argentina	Brasil	Colombia	Perú (1) HND ^	Perú (2) INMP ^ ^	Uruguay
Causales no penalizadas para la interrupción del embarazo	• Con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer • Violación en contra de mujer "idiota o demente"	• Para salvar la vida de la mujer • Violencia sexual • MIV*	• Para salvar la vida o la salud de la mujer • MIV • Violencia sexual, incesto, inseminación artificial no consentida	• Cuando se amenaza la vida de la mujer gestante • Cuando se presenta una complicación capaz de provocar un mal grave y permanente en la salud de la mujer gestante	• Cuando se amenaza la vida de la mujer gestante • Cuando se presenta una complicación capaz de provocar un mal grave y permanente en la salud de la mujer gestante	• Para salvar la vida de la mujer • Por causas graves de salud • Para eliminar el fruto de una violación • Por razones de angustia económica
Institución que rige la normativa o protocolo y año de aprobación	Ministerio de Salud, Buenos Aires (2007)	Ministerio de Salud (2006)	Ministerio de la Protección Social (2006)	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (2005)	Instituto Nacional Materno Perinatal, Maternidad de Lima (2007)	• Facultad de Medicina de la Universidad de la República • Sindicato Médico del Uruguay • Sociedad de Ginecotología del Uruguay (2006)
Normativa con enfoque de derechos humanos	No explícito	Sí	No explícito	Sí	Sí	No explícito
Sistema de indicaciones terapéuticas	No	No	No	No	Sí	No

Plazos estipulados	No especifica	Hasta las 22 semanas de gestación	No pone tope, en especial para MIV	No especifica aunque habla de procedimientos hasta las 21 semanas	No especifica aunque habla de procedimientos hasta las 21 semanas	Hasta los 3 meses, aunque no hay límite en aborto terapéutico
Especifica procedimientos en mujeres menores de edad	Sí, menores de edad sólo con el consentimiento de sus representantes legales	Sí, mujeres entre 16 – 18 años y mujeres menores de 16 años	Sí, menores de 14 años con autorización de padres, tutores o allegados	No	Sí, mujeres menores de 16 años con autorización de sus padres	Sí, se indica que se requiere el consentimiento de la niña o adolescente
Especifica mecanismos de toma de decisiones institucionales	Sí, director/a del hospital como máximo/a responsable, integración de equipos interdisciplinarios (mínimo 4 miembros/as) para evaluación y contención del caso. Incluye plazos máximos para decisiones institucionales	No	• Aborto para salvar la vida o la salud de la mujer y MIV certificados por un médico • Aborto producto de violencia sexual con previa denuncia	• Junta Médica constituida por 3 profesionales médicos previa evaluación de médico ginecoobstetra a cargo	• Junta Médica convocada por la jefatura y conformada por 3 profesionales en medicina	No
Contempla funciones de los distintos niveles de atención en salud	Sí, aunque sólo para referencia de casos a hospitales	No	No	No aplica	No aplica	No

Procedimientos de aborto estipulados	No indica	• Aborto médico (misoprostol) • AMEU** • Curetaje uterino	• Aspiración al vacío, manual o eléctrica • Mifepristone y prostaglandinas • Misoprostol • Dilatación y curetaje	• AMEU ** • Misoprostol	• AMEU** • Misoprostol • Legrado uterino	No indica
Contempla suministros necesarios para la IVE***	No	Sí	No	Sí	Sí	No
Contempla requerimientos de infraestructura	No	No	No	Sí	Sí	No
Contempla interrelación con otros servicios clínicos	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Contempla manejo de complicaciones relacionadas a IVE***	No	No	Sí	Sí	Sí	No
Contempla indicaciones para el manejo del dolor	No	Sí	Sí	Sí	No	No
Profesionales a cargo del procedimiento	No especifica, aunque sugiere que se realiza en hospitales con servicios de toco• ginecología	Médicos generales y equipo interdisciplinario	No especifica, habla de equipo especializado	Médico ginecoobstetra y equipo interdisciplinario	Médicos/as especialistas: ginecoobstetras, anestesiólogos/as	Médico, preferiblemente ginecólogo

Contempla supervisión del servicio y/o de proveedores/as	No	No	No	No	No	No, sólo en caso de dilema remite a Comité Ético
Contempla consejerías pre aborto	Sí, indica asistencia psicológica	Sí	Sí	Sí, a cargo de personal de obstetrices	Sí	Sí
Contempla consejerías post aborto	Sí, indica asistencia psicológica	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Contempla consentimiento informado	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí
Contempla confidencialidad	No explicita	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí, aunque la denuncia es obligatoria
Contempla objeción de conciencia	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Contempla capacitación/ sensibilización a proveedores/as	No	No	No	No	No	No

^HND: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé
^^INMP: Instituto Nacional Materno Perinatal, Maternidad de Lima
** MIV: Malformaciones Incompatibles con la Vida*
*** AMEU: Aspiración Manual Endo Uterina*
**** IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo*

Enfoque de derechos humanos incluido en la normativa o protocolo

Las reglamentaciones sobre aborto terapéutico en la región responden a demandas hechas a los Estados, tanto de grupos de mujeres de la sociedad civil, como de la comunidad internacional. Los derechos humanos y la salud reproductiva fueron logros enmarcados en las distintas Conferencias de Derechos Humanos promovidas por las Naciones Unidas. El tratamiento del tema del aborto desde una mirada alejada de los derechos humanos fundamentales corre el riesgo de vulnerabilizar la condición de las mujeres; al ver el tema desde la moral, la religiosidad, el control demográfico, el enfoque de "situación irregular" o la práctica de la medicina patriarcal.

Con respecto al enfoque que se encuentra detrás de cada normativa, en el caso de Brasil y las dos normas peruanas se explicita el hecho de que la normativa tiene un enfoque de derechos humanos, en especial al especificar que dicha normativa da seguimiento a instrumentos de derechos humanos tales como la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994), la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM, 2000), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador).

En el caso de Colombia, la normativa vigente es una adaptación de la *Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud* (2003), la cual cuenta con los principales instrumentos de derechos humanos dentro de sus antecedentes.

Por su parte, aunque el enfoque explícito de las normativas de Brasil y Colombia sea epidemiológico y de salud pública y la de Argentina esté más centrada en brindar pautas institucionales, a lo largo de los documentos se encuentra que los modelos de atención tienen un enfoque de derechos humanos. Probablemente, la omisión explícita de un marco de derechos humanos en las normativas se deba a un sentido estratégico de trabajo con personal de salud, típicamente más cercano a argumentaciones epidemiológicas que a asuntos de derechos humanos de las mujeres, tema poco reconocido y validado en el gremio de la medicina y enfermería.

Sistema de indicaciones terapéuticas

Existe un debate científico y político acerca de la pertinencia o no de incluir sistemas de indicaciones terapéuticas (situaciones médicas que justifican realizar un aborto terapéutico) en las distintas normativas de aborto terapéutico.

Por un lado, se pueden esgrimir argumentos de su importancia justificados en un contexto donde el concepto de salud puede verse de manera restrictiva y las ideologías personales pueden imponerse ante los conocimientos médico – ginecológicos, por lo que se valora la importancia de un sistema de indicaciones terapéuticas como una base mínima para indicar la necesidad de un aborto para

salvar la vida o salud de las mujeres. Un ejemplo específico de esta situación fue el caso de la niña Rosa en Costa Rica y Nicaragua, donde al carecer ambos países de normativas (y por tanto de indicaciones terapéuticas), la necesidad de la interrupción del embarazo de la niña de nueve años, pasó del criterio médico a la polémica social, moral y religiosa de ciertos grupos dominantes.

McNaughton, Mitchell y Blandón (2004) argumentan que al no existir un consenso internacional sobre las indicaciones terapéuticas que justifican la interrupción de un embarazo, la consecuencia es que el acceso al aborto terapéutico depende del veredicto personal del médico o médica a cargo; según las autoras, este veredicto puede estar influenciado por su perspectiva moral, social o religiosa sobre el aborto. De la misma manera, Carranza (2007) indica que el grado de aceptación social a la práctica del aborto terapéutico explica el uso que los y las médicas dan a los vacíos jurídicos que provee la legislación, en su papel de guardianes de la moral social.

Por otra parte, diversas autoras, entre las que resaltamos a McNaughton (2003), señala que la OMS ha dejado claro que si bien estos sistemas pueden facilitar la ilustración de casos que comprometen la vida o la salud de las mujeres, no proveen el análisis particular que el o la proveedora debe realizar con cada mujer que enfrente una complicación y que sea candidata a un aborto terapéutico; desde esta perspectiva se considera además la posible aparición de nuevas enfermedades y las particularidades de cada caso individual que pueden no estar incluidas en el sistema de indicaciones terapéuticas.

De las seis normativas incluidas en este estudio, solamente la correspondiente al Instituto Nacional Materno Perinatal de Perú incluye una extensa lista de indicaciones para la interrupción voluntaria del embarazo; esta normativa contiene cerca de 17 “causas maternas” que justifican la interrupción del embarazo y dejan abierta la posibilidad de que las Juntas Médicas autoricen la interrupción de un embarazo en caso de un feto inviable con la vida extra uterina, si determinan que las condiciones clínicas específicas de la mujer pueden repercutir en su salud mental.

Uno de los elementos que hace más dilemática la estrategia de incluir un sistema base de indicaciones terapéuticas en las normativas de aborto terapéutico es la negociación política (que va más allá de lo técnico – médico), en especial cuando el ámbito de aprobación de la norma es gubernamental. El argumento anterior puede explicarnos la inclusión de indicaciones terapéuticas en una normativa específica para un centro hospitalario, donde el procedimiento técnico – administrativo permite que dichas indicaciones terapéuticas faciliten la toma de decisiones institucionales, a cargo de una Junta Médica.

Plazos estipulados

Al igual que con las indicaciones terapéuticas, los plazos estipulados constituyen tanto un requerimiento como un respaldo importante para la práctica del personal de salud, ya que clarifican los límites básicos de intervención en la interrupción legal del embarazo.

En el caso de Brasil, la norma define aborto como la interrupción del embarazo hasta las 22 semanas de gestación o hasta que el producto pese menos de 500 gramos. Por su parte, tanto el HND como el INMP de Perú no especifican plazos límites aunque determinan cuáles procedimientos pueden ser aplicados hasta la semana 21 de gestación. Uruguay, al igual que los casos anteriores, limita las interrupciones legales hasta los 3 meses de gestación, con la única excepción del aborto terapéutico. Finalmente, Colombia especifica los procedimientos utilizados hasta las 22 semanas de embarazo, aunque aclara que en relación a los límites de tiempo es indicativo más que prescriptivo.

Es probable que la ausencia de plazos estipulados y de indicaciones terapéuticas precisas en estas normativas, se deba a un riesgo identificado de que estos lleguen a convertirse en el "techo" de la normativa y no en el "piso", es decir, que se tornen en criterios restrictivos difícilmente consensuables y no en un punto de partida en el acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro.

Especificidad de procedimientos en mujeres menores de edad

En la construcción de cualquier norma técnica en salud sexual y reproductiva, siempre es indispensable definir los procedimientos cuando las usuarias de los servicios son mujeres menores de edad. La especificidad de los procedimientos parte de un enfoque generacional respetuoso y de la consideración de dos factores:

1. En los distintos países, las decisiones en salud sexual y reproductiva de las personas menores de edad dependen de la normativa legal y por tanto del poder de la tutela parental según su edad.

2. Una atención efectiva de mujeres menores de edad parte de sus necesidades y especificidades según rango etáreo, por lo que aplicar los mismos lineamientos de intervención que con las mujeres adultas haría un servicio poco amigable y efectivo.

La norma del HND de Perú es la única que omite totalmente el tema de atención a mujeres menores de edad; Colombia incluye un apartado de consideraciones especiales para adolescentes desde un abordaje integral para la sexualidad adolescente y sus derechos y a la vez define claramente que las mujeres menores de 14 años requieren de padres, tutores o allegados, condiciones necesarias para la firma del consentimiento informado. Brasil por su parte es muy claro al especificar que las adolescentes entre 16 y 18 años deben ser asistidas por sus padres o representantes legales y tomar la decisión con ella, antes de los 16 años los padres o representantes legales deciden por ella y se acentúa en el derecho al secreto profesional de la adolescente.

El INMP peruano especifica que se garantizará a las adolescentes el acceso universal a la atención integral y diferenciada en los servicios y que por su parte, las adolescentes mayores de 16 años no requieren autorización de sus padres o encargados. En el caso de las adolescentes menores de 16 años,

según la Ley General de Salud de ese país, son consideradas como “absolutamente incapaces” y por lo tanto requieren de la autorización parental para realizarse un aborto terapéutico.

Por su parte, el protocolo argentino diferencia únicamente a las adolescentes como mayores o menores de edad, requiriendo autorización parental para las últimas en caso de la necesidad de un aborto no punible.

En el caso de Uruguay, se recomienda la consulta con psiquiatría pediátrica para efectos de valorar el grado de comprensión de la situación de la usuaria, además indica claramente que se debe solicitar consentimiento a sus padres o representantes legales.

Llama poderosamente la atención la remisión de la usuaria, en el caso de Uruguay, a una sección de psiquiatría pediátrica ya que hace entender la condición de adolescencia desde la patología, cuando existen servicios especializados en áreas como el trabajo social y psicología, menos estigmatizantes de la condición de una adolescente en estado de embarazo. El caso de Colombia, es el único en el que a partir de los 14 años las adolescentes pueden tomar una decisión autónoma, sin necesidad del aval parental, e incluye además pautas especializadas de atención dirigidas a mujeres adolescentes.

Finalmente, merece análisis el hecho de que las adolescentes menores de 16 años sean consideradas como absolutamente incapaces por la Ley de Salud peruana. Esta legislación no está aislada de otras políticas latinoamericanas con un sentido evidentemente adultocéntrico, que niega la autonomía y la toma de decisiones informadas a las adolescentes, entregándole el poder sobre su sexualidad y reproducción a sus padres o representantes legales, lo que en el caso del aborto terapéutico puede significar el no acceso a un servicio que salvaguarde su vida y su salud.

Especificidad mecanismos de toma de decisiones institucionales

Aunque las normas sobre aborto terapéutico han sido casi inexistentes en América Latina, muchas veces su aplicación de facto, aunque con algunas variantes, ha dependido de un grupo de médicos y médicas y en algunas ocasiones de la aprobación del cónyuge de la mujer embarazada o padres y responsables legales.

Este tipo de decisiones institucionales apuntan a la práctica de una medicina patriarcal en los que son “otros expertos” los que toman decisiones sobre la salud de las mujeres, quitándoles poder sobre ellas mismas, lo que revela de alguna manera condiciones de ciudadanía de las mujeres en nuestros países. En procedimientos como apendicectomías o histerectomías, la evaluación es por lo general labor de una sola persona profesional en medicina y aunque no necesariamente estos procedimientos implican la toma de decisiones informadas de las mujeres, no se les expone a juntas de profesionales que deciden por ellas.

En el caso de Brasil y Uruguay no se especifica ningún mecanismo institucional, lo que deja abierta la posibilidad a un solo profesional de tomar la decisión. Aunque este último elemento no

lo contempla la normativa uruguaya, documentos de prensa encontrados durante la investigación, apuntan a la existencia de una *Comisión Reguladora de la Interrupción de la Gravidez*, que es la que a nivel nacional regula las interrupciones legales del embarazo.

La norma técnica colombiana es también abierta en la designación de los procedimientos de toma de decisiones, ya que el aborto para salvar la vida o la salud de la mujer y las malformaciones en el feto incompatibles con la vida deben estar certificadas solamente por un médico. En el caso del aborto producto de violencia sexual se solicita previa denuncia del delito.

El HND de Perú tiene una normativa más parecida al procedimiento usual utilizado en las instituciones para las decisiones sobre la salud reproductiva de las mujeres, al crear una Junta Médica constituida por 3 profesionales médicos (también encontrado en las normas de Argentina y el INMP de Perú), donde el o la médica ginecoobstetra a cargo forma parte y esta realiza una evaluación previa a presentar a la Junta. La Junta tiene además la potestad de convocar otros personales especializados según lo requiera el caso.

En una línea similar al caso anterior, el INMP de Perú concede la decisión institucional a la Junta Médica que debe estar conformada por tres profesionales en medicina, quienes podrán pedir asesoría de otra persona profesional de la especialidad correspondiente. Esta normativa es clara al delimitar el procedimiento administrativo detrás del servicio, limitando a un máximo de 10 días naturales el lapso en el que se efectúa la solicitud del servicio hasta el momento en que se realiza el procedimiento.

El protocolo argentino es el único en dar la responsabilidad al director o directora del centro hospitalario del seguimiento de cada caso específico y de designar el equipo interdisciplinario encargado de evaluar el caso. Según el protocolo, el equipo interdisciplinario debe estar conformado por un/a profesional de cada una de estas disciplinas: toco ginecología, psicología, psiquiatría y trabajo social.

Merece mención especial el protocolo argentino al delimitar de manera muy clara el procedimiento administrativo a seguir, pero sobre todo al delimitar los plazos máximos en cada una de las instancias administrativas: cinco días de plazo para el diagnóstico del equipo interdisciplinario y tres días para realizar la intervención después de que la usuaria firme el consentimiento informado. Además, esta reglamentación clarifica que la atención en casos de aborto terapéutico tiene prioridad en la asignación de turnos.

Funciones de los distintos niveles de atención en salud

En Costa Rica al igual que en otros países de América Latina, existen tres niveles de atención en salud pública, el primario (centros de atención básica en salud), el secundario (clínicas de salud) y el terciario (hospitales para atenciones con altos niveles de complejidad). Existen procedimientos específicos para cada nivel de salud, por lo que se consideró importante determinar si las normativas especificaban las funciones de los distintos niveles de atención en salud en la interrupción legal del embarazo.

El protocolo argentino explicita la eventual derivación (o referencia) de los casos de aborto no punibles de los servicios de salud sexual y reproductiva a un hospital, es la palabra "eventual" la que lleva a la duda sobre la posibilidad de realizar abortos en otros niveles de salud, aunque posteriormente sólo se mencione al hospital como la institución encargada.

Con excepción de Perú, cuyas normas están inscritas en una institución hospitalaria específica, y Argentina que delimita el servicio a los hospitales, ninguna de las otras normativas estudiadas indica diferencia en las funciones que para la interrupción legal del embarazo tienen los distintos niveles de atención en salud.

Al igual que el caso argentino, esta omisión merece particular análisis, ya que lo que se da por entendido es que los procedimientos de aborto tienen altos niveles de complejidad y por lo tanto sólo deben ser llevados a cabo en hospitales especializados. Esta idea puede resultar errónea en gran parte de los casos, ya que los requerimientos de la OMS (2003) apuntan a equipos, personal capacitado e infraestructura que puede ser encontrado también en los niveles primario y secundario de salud, los cuales, por sus características, están más accesibles administrativa, económica y geográficamente a las mujeres que lo necesitan.

Al igual que muchas otras intervenciones médicas ambulatorias, los procedimientos de aborto pueden realizarse en centros de atención básica y clínicas, y el manejo de las complicaciones de este puede manejarse en el mismo centro o ser remitido a otro más especializado.

Procedimientos de aborto estipulados

Algunos de los procedimientos (o métodos médicos efectivos y seguros para inducir un aborto) son mencionados por la OMS (2003) y entre ellos se encuentran:

- La aspiración al vacío manual (AMEU) o eléctrica
- La dilatación y evacuación
- El uso de medicamentos tales como la mifepristone, gemeprost y el misoprostol
- Las prostaglandinas vaginales en dosis repetidas
- La dilatación y el curetaje
- Soluciones hipertónicas
- Prostaglandinas intra y extra amnióticas

Con excepción de Argentina y Uruguay, cuyas normativas no especifican los procedimientos médicos para realizar las interrupciones del embarazo, se encontró en las demás normativas los procedimientos más actualizados y equipos de avanzada en interrupciones del embarazo, inclusive, recomendados por la Organización Mundial de la Salud (2003).

La normativa de Brasil contempla el aborto médico con el uso de misoprostol, la aspiración manual o eléctrica y la dilatación y el curetaje, la norma indica que es decisión de la mujer la elección

del método, previa asesoría sobre los métodos más recomendados según su historia clínica y edad gestacional del embarazo.

Los protocolos correspondientes a Perú, aunque brindan menos opciones, contemplan recursos recomendados por las autoridades en salud a nivel mundial, el aborto médico con uso de misoprostol y la aspiración manual endo uterina. La Normativa del INMP es la única en recomendar internamiento posterior al procedimiento, e incluir además la técnica del legrado uterino posterior al uso de misoprostol en abortos entre las 13 y 21 semanas de gestación

Es la norma técnica colombiana la que ofrece mayores alternativas de procedimiento que las anteriormente mencionadas. En el caso del aborto médico, recomienda el uso de la mifepristone (RU – 486) acompañado de prostaglandinas, aunque aclara que al momento de aprobación de la norma, la mifepristone no se encontraba registrado en el país. El otro método de aborto médico indicado es el uso de misoprostol y las técnicas de aborto quirúrgico incluidas son la aspiración manual y eléctrica endo uterina y la dilatación y el curetaje, siendo estos últimos los menos recomendados por el dolor que implica a las usuarias y el riesgo en su uso.

Tanto el aborto médico como la aspiración manual y eléctrica endouterina, son procedimientos recomendados porque además de su carácter ambulatorio, generan menos gastos a los servicios de salud y son tratamientos considerablemente menos invasivos, dolorosos y riesgosos que técnicas como la dilatación y el curetaje, aunque estos últimos sean procedimientos de rutina en muchos países de la región, sin contemplar otros procedimientos o darle a las usuarias el derecho a elegir el método.

La omisión de los procedimientos de aborto a utilizar en los reglamentos argentino y uruguayo, probablemente tenga su razón en el momento en que estos se construyen como pautas administrativo/legales y no necesariamente como guías técnico/médicas.

Suministros necesarios para la interrupción voluntaria del embarazo

Según la OMS (2003), los suministros necesarios para proveer servicios de aborto dependen de los distintos niveles de atención en salud en los que se lleve a cabo el servicio. La mayoría de los suministros, equipos e infraestructura para la aspiración al vacío y los métodos médicos de aborto son los mismos necesarios para el cuidado ginecológico y la anticoncepción médica, por lo que pueden llevarse a cabo en el nivel primario de atención en salud.

Otros suministros importantes a tomar en cuenta son aquellas drogas (como la ocitocina, los fluidos endovenosos y los antibióticos) necesarias para el manejo de complicaciones (OMS, 2003).

La OMS (2003) señala que los instrumentos y medicaciones para la inducción del aborto y el manejo de sus complicaciones, deben incluirse en los sistemas de salud, utilizando como criterios para determinar su uso la calidad, la durabilidad, los costos y la posibilidad de que el sistema asegure una disponibilidad y mantenimiento regulares a lo largo del tiempo.

En las normativas encontradas, Brasil y Perú (tanto el HND como el INMP) fueron las que especificaron qué tipo de suministros eran necesarios para la interrupción voluntaria del embarazo. Brasil describe los procedimientos a usar y en estos, los suministros básicos para llevarlos a cabo. El HND de Perú aporta un listado más detallado que incluye desde el equipo de AMEU hasta los antibióticos, analgésicos y expansores plásticos entre otros. Por su parte, el INMP especifica los requerimientos de equipos y medicamentos e insumos necesarios.

Colombia y Uruguay no especifican este punto, y brindan lineamientos generales para las intervenciones, lo que deja abierta la posibilidad de utilizar instrumental médico variado.

Requerimientos de infraestructura

Al igual que en el caso anterior, los dos protocolos de Perú son los únicos en indicar con precisión los requerimientos básicos de infraestructura necesaria para las interrupciones legales de embarazos.

Mientras las otras normativas tienen requerimientos de privacidad para las usuarias, lo que se relaciona con infraestructura básica, los protocolos peruanos señalan como necesarios consultorios externos de ginecoobstetricia, ambiente de consejería, banco de sangre, laboratorio clínico, sala de recuperación, farmacia y sala de cuidados intermedios e intensivos entre otros.

Interrelación con otros servicios clínicos

Todas las normativas incluidas en el presente estudio hacen referencia a la interrelación de los servicios de aborto con otros servicios clínicos, como es el caso de de la información anticonceptiva, tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, laboratorio y hasta asesoría legal. En este punto encontramos también mayor especificidad en las dos normativas peruanas.

Manejo de complicaciones relacionadas a la interrupción voluntaria del embarazo

Según la OMS (2003), cuando el aborto es llevado a cabo por personal adecuadamente capacitado, las complicaciones son infrecuentes, sin embargo, recomienda que los servicios en todos los niveles de salud deben estar equipados y contar con personal entrenado para reconocer las complicaciones del aborto y proveer rápida atención o bien, referir a la mujer a otro servicio en las siguientes 24 horas.

Aunque el aborto sea un procedimiento seguro cuando se lleva a cabo en las condiciones adecuadas, es importante tomar en cuenta que las complicaciones derivadas pueden estar relacionadas, en una mayoría de los casos, a los abortos practicados fuera de los servicios de salud (o abortos inseguros). En este caso, se deben aplicar las técnicas recomendadas para la Atención Post Aborto (APA), materia relacionada con el objeto del presente estudio.

En el caso de las normativas brasileña, argentina y uruguaya, estas no explicitan ni recomiendan el manejo que el personal de salud debe hacer con las complicaciones relacionadas con las interrupciones del embarazo. La norma técnica brasileña se acerca al manejo de las complicaciones al clasificar los abortos e incluir el aborto retenido y el aborto infectado.

Los protocolos de Perú y Colombia indican dentro de las posibles complicaciones relacionadas a la interrupción del embarazo las siguientes: aborto incompleto, aborto fallido, hemorragia, infección, perforación uterina, secuelas a largo plazo y complicaciones relacionadas a la anestesia.

Indicaciones para el manejo del dolor de la usuaria

Según recomendación de la OMS, siempre debe ofrecerse medicación para el dolor; por lo general los analgésicos, la anestesia local y/o una sedación leve complementada con apoyo emocional son suficientes (2003).

Como se mencionó anteriormente, el caso del protocolo argentino y uruguayo son específicos al no brindar directrices técnico/médicas y centrarse en directrices de tipo administrativo/legal; por esta razón, ambos documentos no abordan lineamientos para el manejo del dolor de la usuaria.

Colombia, Brasil y el HND de Perú tienen apartados específicos para el manejo del dolor en sus respectivas normativas, siendo las indicaciones bastante similares: apoyo emocional, analgésicos (como acetaminofén), sedación leve, anestesia local y tranquilizantes (como el diazepam). Otro punto de encuentro en las tres normativas es la contraindicación de la anestesia general.

Las indicaciones de los tres casos referidos arriba, muestran un acercamiento sensible al dolor de la usuaria, desde el estudio de su historia clínica hasta la comprensión de la relación entre el dolor y el miedo, por lo que el apoyo verbal se recomienda unánimemente como una indicación indispensable para el manejo del dolor, aunque se brinde de manera simultánea con diferentes medicaciones.

El único protocolo incluido en el presente estudio en el no se encontraron indicaciones para el manejo del dolor, es el del INMP de Perú. Este protocolo se caracteriza por describir a profundidad cada procedimiento realizado, ya sea desde lo administrativo hasta lo técnico/médico/psicológico, por ello llama la atención no encontrar este apartado específico. La única mención específica al dolor de las usuarias en este documento, es que ante la presencia de este, debe descartarse perforación o hematotrema.

Profesionales a cargo del procedimiento

Según las recomendaciones de la OMS (2003) sobre la calificación de los y las proveedoras para realizar abortos, se indica que el personal de salud adecuadamente capacitado puede llevar a cabo los procedimientos, lo cual es el caso de profesionales en medicina, enfermería u obstetricia, por lo que esta labor no queda reducida al personal médico.

En cuatro de las seis normativas que fueron objeto del presente estudio, se indica explícitamente que el personal a cargo de las interrupciones del embarazo debe estar compuesto por médicos o médicas, preferiblemente con especialidades ginecoobstétricas. Por su parte, el Protocolo de Argentina no especifica qué tipo de profesionales deben estar a cargo, sin embargo aclara que el servicio se llevará a cabo en hospitales con servicio de toco ginecología.

Únicamente la norma técnica colombiana deja abierta la posibilidad de que el servicio legal de aborto esté a cargo de "los prestadores de los servicios de salud", por lo que amplía la calificación de las y los proveedores que pueden llevar a cabo los procedimientos.

Por otra parte, todas las reglamentaciones apuntan a equipos profesionales encargados del servicio, lo que compete tanto a los procedimientos técnicos como a las consejerías pre y post, los cuidados clínicos y otros.

Restringir la aplicación de la interrupción del embarazo a médicos y médicas ginecoobstetras, crea un doble efecto nocivo en los sistemas de salud, ya que descalifica a profesionales en enfermería, obstetricia y medicina general sobre la aplicación de un procedimiento que con la debida capacitación, pueden realizar de manera segura; por otro lado limita el acceso de las mujeres al servicio legal de aborto, al reducir el número de profesionales que en los distintos niveles de atención en salud pueden llevarlos a cabo.

Supervisión del servicio y/o de proveedores/as

Es una recomendación explícita de la OMS la existencia de una supervisión que verifique que la administración de los servicios de aborto cumpla con las normas y criterios, satisfaga las necesidades de las usuarias y respete sus derechos (OMS, 2003).

Ninguna de las normativas estudiadas, incorpora la supervisión del servicio como un elemento importante para garantizar la calidad de este, lo cual representa un gran vacío, ya que no brinda respaldo a las usuarias ni apoyo técnico y legal al personal a cargo. Solamente el protocolo del HND de Perú abre una posibilidad ante un caso "dilemático", momento en el que el personal a cargo puede recurrir a una comisión de ética.

Consejerías previas al aborto

Las consejerías previas al aborto son un elemento indispensable en un servicio de calidad que garantice la información, el apoyo emocional y las decisiones informadas de las usuarias del servicio. Según la OMS (2003), la información debe ser completa, precisa y fácil de comprender, el asesoramiento puede ser muy importante para ayudar a la usuaria a considerar sus opciones y asegurar que pueda tomar una decisión libre de toda presión. El asesoramiento debe ser voluntario y confidencial y debe brindarlo una persona capacitada.

Las seis reglamentaciones analizadas en el presente estudio comprenden un apartado específico donde se indica qué tipo de información debe brindarse a la usuaria, la confidencialidad y la privacidad requerida. Un elemento resaltado tanto por la OMS como por los distintos protocolos en estudio, es la información precisa sobre los procedimientos de aborto. Las normativas de Brasil, Colombia y el INMP en Perú refuerzan especialmente la actitud requerida del personal de salud que brinda la consejería y resaltan el respeto a las decisiones de las usuarias.

El INMP de Perú establece cinco etapas en las que se divide la consejería inicial; por su parte la norma argentina delimita la función de consejería en asesoría psicológica, por lo que se entiende, se debe llevar a cabo por el personal de psicología.

Una de las consideraciones importantes para efectos del presente estudio es la información comprensible por parte de las usuarias de los servicios de aborto, esto es indispensable cuando se toma en cuenta a usuarias provenientes de comunidades indígenas u otros lugares en América Latina donde no se habla castellano. Esta consideración adquiere relevancia cuando se piensa que las comunidades indígenas históricamente han tenido menos acceso a los servicios de salud, funcionando el idioma materno como una barrera de acceso y, por tanto, contando con un sistema de salud excluyente de las distintas culturas que pueden convivir en un país. Esta consideración no fue incluida por ninguno de las normativas abordadas.

Consejería post aborto

La consejería post aborto es un elemento indispensable en un servicio de atención integral de aborto; además de ser un momento necesario para monitorear la recuperación de la usuaria y brindarle información sobre su proceso, es también una oportunidad para brindarle información, asesoramiento y provisión de métodos anticonceptivos y de prevención de infecciones de transmisión sexual.

La consejería post aborto está incluida en las normativas de Brasil, Colombia y Perú (el HND y el INMP). En estos cuatro casos, la atención apunta al seguimiento del caso y cuidados necesarios, información y provisión de métodos anticonceptivos, además de apoyo emocional y referencia a otros servicios si es necesario.

En lo relativo a la consejería post aborto, se encontró bastante especificidad y profundidad en todos los protocolos (con excepción de Uruguay y Argentina que no lo incluye), especialmente en la información necesaria para brindar a la usuaria y en la conexión inmediata con servicios anticonceptivos.

Consentimiento informado

El consentimiento informado es un derecho de las usuarias, una forma legal de manifestar su autonomía para tomar decisiones y expresar su consentimiento. Es además una forma de garantizar que la información necesaria está siendo suministrada a la usuaria y esta al firmar el documento, acepta entender los términos explicados y estar satisfecha con ellos.

En el caso específico de interrupciones legales del embarazo en países latinoamericanos, el consentimiento informado se vuelve un procedimiento más allá de la rutina y se convierte en un respaldo para la usuaria y para los/as profesionales a cargo del servicio.

Cuatro de las normativas estudiadas incluyeron directamente el consentimiento informado como un requisito del servicio. Solamente Colombia y Uruguay requieren explícitamente en sus reglamentos la firma del consentimiento informado. En las dos normativas de Perú y la de Brasil, se hace referencia a la importancia del consentimiento de la usuaria sobre el procedimiento de aborto, pero no se requiere que este consentimiento sea traducido en un documento a firmar, lo que deja un vacío legal importante: la prueba del consentimiento con previa información a la usuaria. La normativa argentina deja claro que el consentimiento informado debe constar en la historia clínica de la usuaria.

También es necesario reconocer que el uso que se le puede dar a este instrumento, puede distar de su espíritu original en la garantía de derechos y convertirse en un trámite de papeleo más para las instituciones o en una liberación de responsabilidades para las/os proveedores, por estas razones el consentimiento informado adquiere sentido en el marco de una adecuada consejería pre aborto.

Confidencialidad

La confidencialidad es sin duda, una característica indispensable de los servicios de salud y un derecho de las usuarias reconocido por los códigos profesionales de las y los proveedores de salud en todos los países. En el caso de servicios de interrupción del embarazo o cualquier otro asunto relacionado a la salud sexual y reproductiva, la confidencialidad se vuelve una práctica necesaria en una sociedad donde la sexualidad de las mujeres se maneja de manera restrictiva, culpógena y a veces ilegal.

La garantía de la confidencialidad produce confianza en las usuarias de los servicios, lo que disminuye el temor y el riesgo de que las mujeres no accedan al servicio por temor a la revelación de su información personal.

En el caso de Brasil, Colombia y el INMP de Perú, estas normas incluyen la confidencialidad como una característica básica de los servicios de aborto, en la norma colombiana además de la confidencialidad se refuerza la no discriminación como parte de un servicio de calidad.

El HND de Perú, junto con la confidencialidad del servicio garantiza la privacidad de este, característica encontrada en las otras normativas también. El caso de Uruguay especifica el deber de la confidencialidad en la relación médico – paciente aunque en forma complementaria (y contradictoria) indique la obligatoriedad de la denuncia del aborto ante el Ministerio de Salud Pública.

Llama la atención no encontrar ninguna mención a la confidencialidad del servicio en el protocolo de Argentina.

Objeción de conciencia

La objeción de conciencia es la negativa de un proveedor de salud a realizar, por convicciones religiosas o morales, un procedimiento previamente normado sin que haya una sanción ante la omisión. La objeción de conciencia es un derecho individual, por lo tanto no debe entenderse de manera colectiva, es decir, si un profesional argumenta objeción de conciencia para no llevar a cabo una interrupción legal del embarazo, este está en la obligación de buscar otro profesional calificado que pueda llevar a cabo la intervención; la objeción de conciencia puede aplicar a individuos particulares, pero no a instituciones o colectivos de personas.

La objeción de conciencia es una tendencia cada vez más creciente en los servicios de América Latina, en especial a partir de la inclusión de la salud sexual y reproductiva dentro del sistema de salud.

Según la OMS (2003), las y los profesionales de la salud tienen derecho a negarse a realizar un aborto por razones de conciencia, pero tienen la obligación de seguir los códigos de ética profesional, los cuales generalmente requieren para estos casos la referencia de las mujeres a colegas capacitadas/os que no estén en principio en contra de la interrupción del embarazo permitida por la ley. La OMS (2003) es clara en señalar que si no hay ningún/a proveedor/a alternativo/a, el/la profesional de salud deberá realizar el aborto para salvar la vida de la mujer o para prevenir daños permanentes a su salud, en cumplimiento de la ley nacional.

El protocolo del HND de Perú, omite las consideraciones que deben tomarse en los servicios ante el argumento de objeción de conciencia, tema que puede representar un vacío. Sin embargo, por

incorporar este protocolo peruano la decisión en una Junta de Médicos, deja abierta la posibilidad de manejar a nivel de la Junta una situación en la que haya argumentaciones de este tipo.

Por otra parte, las otras normativas son mucho más específicas con este tema: Uruguay admite la objeción de conciencia, aunque indica que en caso de aborto terapéutico, el o la médica que se excusara de practicarlo es responsable de asegurar la continuidad asistencial de la mujer. El INMP de Perú obliga a los objetores a encontrar un reemplazo en las próximas 48 horas e indica que las razones de la objeción de conciencia no pueden ser invocadas cuando de tal exención se deriven riesgos a la salud de las mujeres. Brasil indica que las y los médicos tienen derecho a la objeción de conciencia, aunque esta no aplica en caso de aborto para salvar la vida de la mujer o en cualquiera de las otras situaciones legales cuando estas no puedan ser remitidas a otro u otra profesional, cuando la omisión produzca daños en la mujer o se trate de una situación de emergencia (como el aborto inseguro).

Colombia indica que el ejercicio de la objeción de conciencia observa reglas como no ocultar información a la usuaria ni coartar su decisión, la referencia de la usuaria a otro profesional no objetor y dispuesto a llevar a cabo el procedimiento en la institución o en otra cercana, llevar a cabo el procedimiento cuando no sea posible la referencia si este es para salvar la vida o la salud de la mujer y el respeto de la confidencialidad de la usuaria.

Las regulaciones sobre objeción de conciencia en el protocolo argentino merecen consideración especial, ya que plantea una directriz bastante novedosa: la creación de un registro público de objetores de conciencia y la obligación de los objetores de suscribir una declaración en donde manifieste que ejercerá la objeción tanto en el ámbito asistencial público como en instituciones hospitalarias privadas.

Esta consideración del protocolo argentino permite que las usuarias de los servicios tengan acceso a las listas de los objetores de conciencia y por lo tanto, evitar las consultas a estos; por otra parte, permite que las instituciones delimiten con qué personal se cuenta para las interrupciones del embarazo sin hacer atravesar a las usuarias rutas críticas donde los objetores de conciencia pueden obstaculizar el trámite administrativo. Finalmente, la norma destapa una vieja noticia común en América Latina: en el ámbito privado se suelen encontrar más anuencia de proveedores y proveedoras de realizar estos procedimientos a cambio de dinero, por lo que esta regla permite además proteger el sistema público de salud de la corrupción de algunos/as profesionales.

Las indicaciones de las normativas de Argentina, Brasil y Colombia en conjunto, pueden ser un instrumento importante para garantizar el acceso de las usuarias a un servicio de aborto seguro. Es muy posible que si no se norma lo suficiente la objeción de conciencia, esta pase de ser una garantía individual y se convierta en un boicot de un grupo en contra de una normativa del sector salud que asegura los derechos humanos y la salud de las mujeres.

Capacitación/ sensibilización a proveedores/as

La capacitación a proveedoras/es de servicios de interrupción legal del embarazo es parte de un servicio de calidad, donde los elementos de capacitación no sólo deben comprender lo técnico y legal, sino la sensibilización en la temática al personal de salud, con el objetivo de una atención humanizada, respetuosa y segura.

La OMS (2003), además de recomendar la capacitación al personal, también propone que este contemple tanto profesionales en medicina como en enfermería y obstetricia.

Ninguna de las seis normativas estudiadas contempla la capacitación y/o sensibilización a proveedoras y proveedores de salud, por lo que se puede suponer que la capacitación a estas y estos no es visibilizada como necesaria o que esta se contempla dentro de otras reglamentaciones generales de servicios de salud.

La capacitación/sensibilización en materia de la interrupción legal del embarazo o bien aborto terapéutico, tiene especificidades técnicas y normativas que hacen necesaria su contemplación dentro de una normativa específica en la materia, por lo que esta omisión en las normativas puede verse como un vacío importante. Otro elemento importante a resaltar tiene que ver con la necesidad de capacitaciones específicas y especializadas, lo que en muchos casos no se contempla en los distintos planes de estudio universitarios.

V. Conclusiones y recomendaciones

A partir de la revisión elaborada de los protocolos de Argentina, Brasil, Colombia, Perú y Uruguay, se identificó que aunque dichas normativas variaban en su ámbito de acción (algunas eran aplicables a un solo centro hospitalario y otras eran aplicables al sistema de salud nacional o provincial), apuntaban además a dos niveles distintos pero complementarios:

- Reglamentaciones de tipo político/legal/administrativo, que en su intento por proveer una norma que regule el aborto legal, se centran en pautas legales y administrativas para el manejo del servicio. En este nivel encontramos el protocolo de Argentina (aplicable sólo para la provincia de Buenos Aires) y el de Uruguay (sin aprobar aún por el Ministerio de Salud).

- Reglamentaciones de tipo político/legal/administrativo que además contemplan indicaciones técnico/médicas y desarrollan los parámetros del servicio en cada uno de sus momentos. En este nivel encontramos los protocolos de Brasil, Colombia y los dos de Perú.

Con base en el estudio de las seis normativas abarcadas en la presente investigación, las recomendaciones aquí presentadas apuntan a las pautas que a nuestro parecer, son necesarias en la reglamentación del aborto terapéutico en Costa Rica y que pueden ser extendidas a otros países de América Latina:

- El documento de la Organización Mundial de la Salud *Aborto Sin Riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud* (2003) es un insumo básico y bastante detallado de las pautas internacionalmente recomendadas para la reglamentación del aborto terapéutico. Al igual que en el caso de Colombia, puede hacerse una adaptación de dicho documento técnico, adicionalmente de otras recomendaciones como las emitidas por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

- Siguiendo las recomendaciones de la OMS, previo a la construcción de una norma que de soluciones reales a la problemática específica, es necesario realizar una evaluación de la situación actual de los servicios públicos y privados, de tal manera que se identifiquen las reformas necesarias y la forma de mejorar los servicios ya existentes.

- Para el caso de Costa Rica, la situación ideal en cuanto al ámbito de aplicación de la reglamentación sería una directriz explícita del Ministerio de Salud que oficialice una norma técnica nacional creada por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) en coordinación con organizaciones sociales expertas. Es importante que esta norma técnica contenga tanto asuntos de orden

político y administrativo como técnico y médico, así como que contemple su aplicación en todo el país, para que pueda asegurar el acceso de las mujeres de distintas zonas geográficas en Costa Rica.

- La normativa oficial debe garantizar, para efectos de aclaración, que el aborto terapéutico o impune puede realizarse no sólo para salvar la vida de la mujer, sino también para salvaguardar su salud. Esta aclaración que puede verse como redundante, es necesaria en un contexto donde distintas autoridades en salud han omitido referirse en distintas ocasiones a la salud de las mujeres como parte de las indicaciones tomadas en cuenta desde el mismo Código Penal costarricense.

- Es importante que dicha norma técnica contemple tanto los centros de salud públicos como privados, como una manera de garantizar servicios de salud de calidad en ambas esferas.

- Es indispensable garantizar un enfoque transversal de derechos humanos en la normativa, específicamente de derechos reproductivos. Este debe estar presente la construcción del reglamento y debe poderse palpar en cada uno de los pasos de su implementación.

- La inclusión de un sistema de indicaciones terapéuticas es, probablemente, uno de los momentos dilemáticos de la creación de una normativa, ya que además de los argumentos técnico/médicos, se puede tornar en un asunto de negociación política. En caso de una coyuntura política favorable a reconocer las indicaciones terapéuticas que ponen en riesgo la vida o la salud de las mujeres embarazadas, es importante la aclaración de que estas sean indicativas y no prescriptivas, y que el embarazo de niñas menores de 12 años sea contemplado. En el caso de un escenario de negociación política y no técnica, es recomendable no incluirlas en una supuesta e ideal normativa, aunque se pueden definir ciertos criterios, tales como el concepto de salud de la OMS y el tipo de impactos en la vida y la salud de las mujeres que deben ser prevenidos.

- Al igual que en el caso anterior, el tema de los plazos permitidos en una normativa puede llegar a ser polémica. La recomendación explícita es no poner un plazo límite, ya que al tratarse del aborto que permite salvar la vida o la salud de las mujeres, se vuelve ilógica la propuesta de incluir un plazo máximo para una intervención.

- Con respecto a la especificidad de los procedimientos que incluyen a mujeres menores de edad, surgen dos tipos de consideraciones: 1. Es indispensable incluir pautas de atención “amigables” para trabajar con mujeres adolescentes y niñas, tanto en las consejerías iniciales como en las post aborto. 2. Es altamente recomendado hacer una revisión de la legislación vigente en materia de niñez y adolescencia de la cual se pueda delimitar con claridad el poder de las decisiones de la usuaria menor de edad, el de sus representantes legales y el

del personal médico, esto enmarcado en los distintos rangos generacionales (1 – 12 años, 12 – 15, 15 – 18). Un ejemplo de lo expuesto, es la indicación del Código de la Niñez y la Adolescencia costarricense, en el que se indica que las personas mayores de 15 años pueden firmar contratos laborales, por lo que para efectos de lo que concierne, esa misma disposición nos indica que una mujer de 15 años ya puede firmar un consentimiento informado en el caso de una interrupción terapéutica de su embarazo. Para casos de mujeres menores de 15 años, aunque por ley esta decisión está sujeta a la tutela parental, una normativa debe garantizar una decisión consultada a la adolescente o la niña, donde ella sea parte importante del proceso de toma de decisiones.

- En relación a la toma de decisiones institucionales, se debe garantizar que la decisión institucional de más peso sea tomada de manera informada por la misma usuaria del servicio. Además, se recomienda que al igual que en el protocolo colombiano, sea el/la profesional en medicina y/o enfermería a cargo, quien certifique la necesidad de realizar un aborto terapéutico. Es innecesario que este procedimiento dependa de las decisiones de Juntas de Salud mientras que otros procedimientos quirúrgicos más complejos no requieren autorización de una instancia similar. Un punto importante a señalar es la necesidad de que una normativa cuente con plazos máximos en la toma de decisiones institucionales (incluyendo lo administrativo), para un procedimiento que debe llevarse a cabo de manera expedita con el fin de salvaguardar la vida y la salud de la usuaria, este tipo de casos deben tener prioridad máxima en el establecimiento de salud.

- Con relación a los servicios de aborto terapéutico en los distintos niveles de atención en salud, es importante y a la vez novedoso que la norma contemple los Equipos Básicos de Atención en Salud y las Clínicas de Salud como espacios donde pueden llevarse a cabo las interrupciones legales del embarazo (que muchas veces se puede realizarse de forma ambulatoria), dejando los Centros Hospitalarios para las intervenciones más complejas. De esta manera se puede garantizar el acceso de las mujeres a estos servicios, existentes en la mayoría de las comunidades del país.

- Es importante garantizar que una norma contenga la descripción de los procedimientos o métodos de aborto, ya sea este médico o quirúrgico. De igual manera es importante que la norma contemple diversas opciones de procedimientos y que estos sean seguros, avanzados y poco invasivos para las mujeres.

- En cuanto al uso de suministros y requerimientos de infraestructura, es necesario que la norma contemple parámetros mínimos de las condiciones requeridas. Aunque la infraestructura necesaria no requiere condiciones más allá de las actuales, es importante que esta brinde privacidad y salas de descanso a las usuarias, donde es indispensable garantizar un espacio diferenciado para las usuarias del servicio de aborto terapéutico y para las del

servicio de atención pre natal y parto. En el uso de suministros, es importante que estos se encarguen de proveer los instrumentos básicos para realizar las interrupciones del embarazo, anestesia y analgésicos para el manejo del dolor de las usuarias entre otros.

- Es necesario que la común interrelación con servicios clínicos quede explícitamente contemplada en una normativa, así como los mecanismos de referencia a estos y la necesidad de la inmediatez de dichos servicios. También es importante brindar indicaciones sobre la referencia a otros servicios clínicos en situaciones donde el centro de salud responsable no cuente con ellos.

- Aunque los abortos realizados en los sistemas de salud sean procedimientos bastante seguros, es importante considerar indicaciones para el manejo de las complicaciones. Es importante resaltar la importancia de normas específicas para la Atención Post Aborto (APA)

- Dentro de las indicaciones del manejo del dolor de las usuarias que más ha resaltado la OMS y otras normativas internacionales, es el apoyo emocional (o anestesia verbal) acompañado de analgésicos y tranquilizantes. Resaltar el apoyo emocional como elemento necesario para el manejo del dolor se acerca a métodos humanistas, centrados en los derechos humanos y sensibles a la vivencia de la usuaria.

- El punto de los/as profesionales a cargo de los servicios de aborto terapéutico, puede también llegar a ser controversial. La OMS clarifica que con una adecuada capacitación, médicos/as generales y enfermeros/as pueden llevar a cabo el procedimiento de forma segura y más accesible a las mujeres. Lo recomendable en este caso es que la normativa se apegue a las indicaciones del Código Penal y que condicione la práctica del aborto terapéutico a que los profesionales en medicina y enfermería obstétrica lleven una capacitación especializada, autenticada por la CCSS. También es importante incluir la participación de un equipo interdisciplinario que sea responsable del caso y se encargue de dar un abordaje integral al servicio.

- La supervisión del servicio de aborto terapéutico es un ejercicio necesario para garantizar un servicio seguro, respetuoso y de calidad. Es importante que la normativa contemple claramente en quiénes se designa la supervisión del servicio y que este elemento pueda servir de continua retroalimentación y fortalecimiento del proveedor o proveedora. Una función importante de la supervisión es detectar aquellos casos que ameriten un aborto terapéutico y que el o la proveedora de salud no brinde la información a la usuaria.

- El servicio de consejerías previas al aborto terapéutico es fundamental para garantizar que la usuaria tenga la información adecuada para tomar su decisión y conocer cuáles son los cuidados posteriores. En este punto es imprescindible señalar de qué manera la consejería va a apoyar la decisión tomada por la usuaria, le va a dar apoyo emocional e información sobre el proceso. En el

servicio de consejería es indispensable garantizar que la usuaria está tomando su decisión sin presiones externas. Se puede retomar la salvedad que hace el protocolo argentino sobre la prioridad en la asignación de turnos para el manejo de estos casos. En este punto se debe rescatar la normativa brasileña y la colombiana, las cuales desarrollan de manera exhaustiva los pasos para una consejería con las condiciones requeridas.

- La consejería post aborto es necesaria para garantizar tanto el apoyo emocional como un adecuado seguimiento clínico a la usuaria. Es importante rescatar estos dos elementos mencionados incorporando a la vez el servicio de consejería en salud sexual y reproductiva, con el fin de que la usuaria tenga información sobre los métodos anticonceptivos disponibles y recomendables para su caso específico.

- El consentimiento informado es un documento de uso legal necesario en un servicio de aborto terapéutico. No obstante, es importante rescatar que este debe ser parte del proceso de consejería previa y a la vez garantizar que la usuaria tenga la información necesaria y haya tomado una decisión libre de presiones en el momento de firmar el consentimiento.

- La confidencialidad debe ser, indiscutiblemente, una característica imprescindible de un servicio de aborto terapéutico, ya que está relacionada con los derechos de la usuaria. Aunque parezca evidente la demanda de confidencialidad de la información de la usuaria, esta debe formar parte del consentimiento informado y ser un elemento contemplado por la normativa.

- La manera en cómo se contemplen las objeciones de conciencia está directamente relacionada con el acceso de las mujeres a un servicio de aborto terapéutico; la normativa argentina brinda pautas novedosas en este tema creando un registro público de objetores de conciencia. Según las pautas brindadas por la OMS, en Costa Rica no aplica la objeción de conciencia por aborto terapéutico, ya que ningún proveedor/a de salud puede negarse a realizar un determinado procedimiento si este garantiza la vida y la salud de la usuaria. Es un tema que merece discusión, ya que pese a lo anterior, un registro unificado permitiría a las usuarias conocer cuáles son los/as objetores de conciencia en el momento de acceder a un servicio. Esta consideración merece especial revisión de la legislación nacional en cuanto a práctica médica y los límites de la objeción de conciencia.

- La capacitación y/o sensibilización a proveedores/as de salud en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos es necesaria, y en el caso de aborto terapéutico, es indispensable. La capacitación debe incluir lo técnico, pasando por lo legal y sin olvidar los derechos humanos. Se recomienda además que la capacitación se brinde no sólo a aquellos/as profesionales encargados/as de llevar a cabo el procedimiento, si no a todas aquellas personas que trabajan en el Sistema de Salud y deben estar en contacto con las usuarias de este servicio.

- Un elemento importante no encontrado en las normas revisadas, son los mecanismos de información y difusión a la población en general sobre el derecho al aborto terapéutico como una manera de salvaguardar la vida y la salud de las mujeres. Es una recomendación de este estudio que el mecanismo de información y difusión de la norma hacia la población general, sea parte integral de esta. De igual manera, la información debe darse en los distintos idiomas existentes en el país, por lo que es importante tomar en cuenta los distintos idiomas indígenas autóctonos.

- Finalmente, es importante que una directriz oficial que de pie a una norma técnica sobre aborto terapéutico, contemple las sanciones a las y los profesionales que incumplan con la normativa y las instancias de supervisión y evaluación del servicio. Sólo de esta manera, se puede garantizar que sea una normativa puesta en práctica.

VI. Bibliografía

Abracinskas, Lilian, López, Alejandra (2004) *Mortalidad Materna, Aborto y Salud en Uruguay: un escenario cambiante.* MYSU, Montevideo

Aparecida, Rosangela, Citeli, María (2005) Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989 – 2004). Católicas pelo Dereito de Decidir, Sao Paulo.

Carranza, María (2007) *The Therapeutic Exception: Abortion, Sterilization and Medical Necessity in Costa Rica.* En: Developing World Bioethics. Artículo aún no publicado.

Código Penal Costarricense (1970) Ley # 4573, 4 de mayo de 1970. Publicado en el Diario Oficial La Gaceta 257 del 15 de mayo de 1970.

CEPED (2005) *El aborto en América Latina y el Catribe*. Les numeriques du CEPED. Documento electrónico.

Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (2005) *Protocolo de Manejo de Casos para la Interrupción Legal del Embarazo*. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Lima.

Instituto Nacional Materno Perinatal (2007) *Directiva Nº -DG-INMP-2007 "Aborto Terapéutico"*. Lima, Perú. Documento sin publicar.

McNaughton, Heathe; Padilla, Karen; Fuentes, Diony *(2003)*. *El acceso al aborto terapéutico en Nicaragua*. IPAS Centroamérica, Managua, Nicaragua.

McNaughton, Heathe Luz; Mitchell MH, Ellen; Blandón, Marta María (2004) *Should Doctors Be Judges? Ambiguous Policies on Legal Abortion in Nicaragua*. En: Reproductive Health Matters 2004;12

Ministerio de Salud (2007). *Protocolo de aborto no punible. Buenos Aires, Argentina. Documento sin publicar*

Ministerio da Saúde (2005) Atençao Humanizada ao abortamento: Norma Técnica. Brasilia, DF. Documento en versión electrónica

Ministerio de la Protección Social. *Resolución número 004905 de 2006.* 14 de diciembre de 2006. Bogotá, Colombia.

Ministerio de la Protección Social (2006) *Norma técnica para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo*. Bogotá. Documento en versión electrónica.

Organización Mundial de la Salud (2003) *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Ginebra, Suiza.

Rodríguez, Hugo, Berro, Guido (2006) *Pautas para la práctica institucional del aborto por indicación médico – legal*. En: Revista Médica del Uruguay. Vol. 22 Nº 2, mayo 2006.

colectiva

por el derecho a decidir

Colectiva por el Derecho a Decidir
Costa Rica

derechoadecidir@yahoo.com.mx
http://colectiva.blogspot.com
Teléfono: (506) 272 4963 / Telefax: (506) 272 2951
Apartado Postal: 2608 – 2050 San Pedro de Montes de Oca, Costa Rica