

International Journal of
**GYNECOLOGY
& OBSTETRICS**

Volumen 134, Suplemento 1 (2016)

**Reducción de la Mortalidad
Materna Mediante la Prevención
del Aborto Inseguro:
La Experiencia del Uruguay**

Editor: Anibal Faúndes

Este Suplemento ha sido financiado gracias al apoyo brindado por una donación anónima a la Iniciativa de FIGO para la Prevención del Aborto Inseguro y sus Consecuencias

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)

Officers

President:	C.N. Purandare (India)
Vice-President:	S. Grenman (Finland)
President-Elect:	C. Füchtner (Bolivia)
Honorary Treasurer:	R. Hale (USA)
Honorary Secretary:	G.C. Di Renzo (Italy)
Officer:	Yirgu G. Ferede (Ethiopia)

FIGO Chief Executive

H. Rushwan (Sudan/UK)

Executive Board

Australia & New Zealand	C. Tippet	Egypt	N.A. Darwish	Mexico	E.C. Morales
Belgium	J. Van Wiemeersch	Ethiopia	D. Negussie	Norway	M. Steinholt
Bolivia	D. Mostajo Flores	France	P. Descamps	Peru	A. Celis
Brazil	C.E. Fernandes	Germany	F. Louwen	South Korea	Y.T. Kim
Canada	J. Blake	India	H. Divakar	Sri Lanka	H. Perera
Chile	M. Cuello Fredes	Japan	T. Kimura	United Kingdom	D. Richmond
Colombia	J.D. Villegas Echeverri	Kenya	R.J. Kosgie	United States of America	J.N. Martin
Denmark	A.T. Pedersen	Lebanon	F. El-Kak	Uruguay	J.G. Alonso Tellechea

International Editions and Collaborations

IJGO India

Editor-in-Chief:
Co-Editor-in-Chief:
Editorial Office:

Alka Kriplani
Madhuri Patel
Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd
4838/24, Ansari Road, Daryaganj
New Delhi 110 002, India
ijgoindia@jaypeebrothers.com

E-mail:

For information about
FIGO:

The Secretariat of FIGO is at FIGO House, Suite 3,
Waterloo Court, 10 Theed Street, London, SE1 8ST UK.
Tel: +44 20 7928-1166
Fax: +44 20 7928-7099
E-mail: figo@figo.org
Website: www.figo.org
All enquiries concerning FIGO may be sent to
the Honorary Secretary at that address.

International Journal of
GYNECOLOGY
& **OBSTETRICS**

Editor: R.M. Adanu (Ghana)

Editor Emeritus: T.R.B. Johnson (USA)
J.J. Sciarra (USA)

Regional Representatives:

Africa–Middle East: V. Boama (Qatar)
Asia–Oceania: V. Guinto (Philippines)
Europe: P. Fogarty (UK)
Latin America: C. Sosa (Uruguay)
North America: M. Geary (Canada)

Public Health Obstetric Consultant: E. Stringer (USA)

Advisors: J.J. Sciarra (USA)
W. Holzgreve (Germany)
M. Hammoud (USA)
P. Serafini (Brazil)
J. Fortney (USA)

**Ethical and Legal Issues in
Reproductive Health:** B. Dickens (Canada)
R. Cook (Canada)

**Contemporary Issues in
Women's Health:** V. Boama (Qatar)
V. Guinto (Philippines)
C. Sosa (Uruguay)

FIGO Cancer Staging: N. Bhatla (India)

Statistical Consultant: A. Vahratian (USA)

Managing Editor: A. Cantor (UK)

Manuscript Editor: S. Fitzpatrick (UK)

Editorial Assistant: A. Glanfield (UK)

Publications Manager: C. Addington (UK)

Editorial Office: FIGO Secretariat, FIGO House
Suite 3 - Waterloo Court, 10 Theed Street,
London, SE1 8ST, UK
Tel: +44 20 7928 1166
Fax: +44 20 7928 7099
E-mail: ijgo@figo.org

EDITORIAL

- A. Faúndes**
Brasil
- ¿Qué podemos hacer los ginecólogos obstetras para reducir el aborto inseguro y sus consecuencias? La respuesta de Uruguay** 1
- Para citar este artículo en su publicación original:* Faúndes A. What can we do as gynecologists/obstetricians to reduce unsafe abortion and its consequences? The Uruguayan response. Int J Gynecol Obstet 2016;134(Suppl. 1):S1-2.

ARTÍCULOS

- L. Briozzo**
Uruguay
- De la reducción de riesgos a la despenalización del aborto, el modelo uruguayo por los derechos de la mujer** 3
- En contexto de elevada mortalidad por aborto, ambiente legal y social desfavorable, se desarrolló en Uruguay un camino diferente para defender los derechos de la mujer.
- Para citar este artículo en su publicación original:* Briozzo L. From risk and harm reduction to decriminalizing abortion: The Uruguayan model for women's rights. Int J Gynecol Obstet 2016;134(Suppl. 1):S3-6.
- A. Labandera, M. Gorgoroso, L. Briozzo**
Uruguay
- La implementación de la estrategia de reducción de riesgos y daños contra el aborto inseguro en el Uruguay: Desde un hospital universitario a todo el país** 7
- La estrategia de reducción de riesgos fue creada en un hospital y diseminada al país reduciendo dramáticamente morbilidad y mortalidad materna por aborto en Uruguay.
- Para citar este artículo en su publicación original:* Labandera A, Gorgoroso M, Briozzo L. Implementation of the risk and harm reduction strategy against unsafe abortion in Uruguay: From a university hospital to the entire country. Int J Gynecol Obstet 2016;134(Suppl. 1):S7-11.
- V. Fiol, L. Rieppi, R. Aguirre, M. Nozar, M. Gorgoroso, F. Coppola, L. Briozzo**
Uruguay
- El rol del aborto con medicamentos en la implementación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Uruguay** 12
- La ley que liberalizó el aborto en Uruguay se puso en marcha rápidamente por todo el país gracias a la disponibilidad del aborto con medicamentos.
- Para citar este artículo en su publicación original:* Fiol V, Rieppi L, Aguirre R, Nozar M, Gorgoroso M, Coppola F, Briozzo L. The role of medical abortion in the implementation of the law on voluntary termination of pregnancy in Uruguay. Int J Gynecol Obstet 2016;134(Suppl. 1):S12-5.
- F. Coppola, L. Briozzo, F. Nozar, V. Fiol, D. Greif**
Uruguay
- Objeción de conciencia como barrera para implementar la Interrupción voluntaria del embarazo en el Uruguay: Variaciones en la actitud y comportamiento de los ginecólogos** 16
- La mayoría de ginecólogos uruguayos, objetores o no, respetan los principios de objeción de conciencia definidos por FIGO. Pocos opositores no impiden implementar la ley.
- Para citar este artículo en su publicación original:* Coppola F, Briozzo L, Nozar F, Fiol V, Greif D. Conscientious objection as a barrier for implementing voluntary termination of pregnancy in Uruguay: Gynecologists' attitudes and behavior. Int J Gynecol Obstet 2016;134(Suppl. 1):S16-9.

L. Briozzo, R. Gómez Ponce de León, G. Tomasso, A. Faúndes
Uruguay, Brasil

Mortalidad materna total y asociada al aborto en los últimos 25 años en el Uruguay, y su relación con políticas y acciones de protección de los derechos de la mujer

20

La Mortalidad materna, principalmente por aborto, se redujo rápidamente en los últimos 15 años en Uruguay, aplicando el modelo de reducción de riesgos y legalizando el aborto.

Para citar este artículo en su publicación original: Briozzo L, Gomez Ponce de Leon R, Tomasso G, Faúndes A. Origins of the FIGO initiative to reduce the burden of unsafe abortion. Int J Gynecol Obstet 2016;134(Suppl. 1):S20–3.

J.-I. Antón, Z. Ferre, P. Triunfo
Austria, Uruguay

La despenalización del aborto en Uruguay: Análisis de la fecundidad adolescente

25

Despenalización del aborto en Uruguay no causó ninguna reducción de la fecundidad adolescente, o cualquier cambio en la distribución de los nacimientos en Montevideo.

Para citar este artículo en su publicación original: Antón J-I, Ferre Z, Triunfo P. Evolution of adolescent fertility after decriminalization of abortion in Montevideo, Uruguay. Int J Gynecol Obstet 2016;134(Suppl. 1):S24–7.

F. Nozar, D. Greif, F. Coppola, V. Fiol, L. Briozzo
Uruguay

Interrupción legal del embarazo como una oportunidad para ampliar la anticoncepción post-aborto: Experiencia en el Hospital Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay

29

La anticoncepción post-aborto es parte fundamental de los servicios de aborto legal en Uruguay, pero los servicios hasta ahora se mostraron muy deficientes.

Para citar este artículo en su publicación original: Nozar F, Greif D, Coppola F, Fiol V, Briozzo L. Legal termination of pregnancy as an opportunity for expanding postabortion contraception: Experience at the Pereira Rossell Hospital, Montevideo, Uruguay. Int J Gynecol Obstet 2016;134(Suppl. 1):S28–30.

M.G. Matía, E.C. Trumper, N.O. Fures, J. Orchueta
Argentina

Una replicación del modelo uruguayo en la provincia de Buenos Aires, Argentina, como una política pública para reducir la mortalidad materna

33

Se aplicó exitosamente en la atención primaria de salud, Provincia de Buenos Aires, Argentina, el modelo de reducción de riesgos reduciendo la morbimortalidad por aborto.

Para citar este artículo en su publicación original: Matía M, Trumper EC, Fures NO, Orchueta J. A replication of the Uruguayan model in the province of Buenos Aires, Argentina, as a public policy for reducing abortion-related maternal mortality. Int J Gynecol Obstet 2016;134(Suppl. 1):S31–4.



www.igo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

Prefacio

¿Qué podemos hacer los ginecólogos obstetras para reducir el aborto inseguro y sus consecuencias? La respuesta de Uruguay



Muchas veces los profesionales de salud nos enfrentamos con situaciones en que nos sentimos impotentes frente al sufrimiento, la enfermedad y la muerte de las personas que nos corresponde cuidar, sobre todo en los servicios públicos de salud. La reacción más habitual es de protestar contra las autoridades que no proporcionan los recursos necesarios o no toman las medidas que deberían ser adoptadas para corregir situaciones que castigan casi exclusivamente a las personas con menores recursos. Esos problemas de salud y las muertes que provocan permanecen inmutables por décadas, en gran parte porque las personas que los sufren no tienen poder ni influencia política para provocar los cambios que podrían mejorar su situación.

El aborto inseguro y sus consecuencias, dramáticas para las mujeres más pobres e impotentes, en los países con leyes de aborto restrictivas, es uno de los ejemplos más claros y persistentes de un grave problema que nos hacen protestar contra las autoridades que no lo resuelven.

Un pequeño grupo de médicos del Centro Hospitalario Pereyra Rossell, en Montevideo, Uruguay, decidió que no podían continuar esperando por una solución externa ni permanecer indiferentes frente a las sucesivas muertes de mujeres sanas que se veían sin otra alternativa que recurrir a un aborto inseguro. Decidieron iniciar una original intervención preventiva para resolver el problema, en una actitud que podría haber parecido una utopía condenada al fracaso: no disponían de recursos, de espacio físico adecuado, de personal asignado a la tarea que se proponían realizar y se exponían a ser acusados de realizar acciones ilegales que podría haberlos llevado a procesos y sanciones legales. Nada de eso los detuvo, frente a lo que veían como su obligación ética y profesional de proteger la salud de las mujeres a su cuidado.

Los resultados que se describen en este suplemento muestran que no era una utopía irrealizable, y que su sensibilidad y coraje, inspirados por las sabias palabras de Mahmoud Fathalla, cuando convidó a todos los ginecólogos y obstetras a dejar de ser “parte del problema” para pasar a ser “parte de la solución” [1], consiguió lo que parecía un milagro: reducir, prácticamente a cero las muertes maternas por aborto, primera causa de muerte materna en Uruguay en esa época.

Simplemente aplicaron al aborto inseguro el concepto de reducción de riesgos y daños y transformaron los que serían abortos de alto riesgo en abortos de bajo riesgo, informando a las mujeres con embarazo no planeado y no deseado sobre los riesgos del aborto clandestino y compartiendo con ellas informaciones de dominio público sobre el uso de misoprostol, informaciones a las que estas mujeres no tendrían acceso sin esta intervención.

Como esta iniciativa se desarrolló en el principal hospital de enseñanza del país tuvo un gran impacto político y poder de diseminación. Los protagonistas de este proceso nos cuentan en detalle como esta “Iniciativa Sanitaria contra el Aborto de Riesgo” fue creada, establecida y diseminada con amplio éxito, en la mayor parte del país.

Un efecto inesperado de la implantación y diseminación de estas Iniciativas Sanitarias y de su rápido efecto de reducción de la mortalidad asociada al aborto, fue sacar a la superficie el drama de las mujeres con embarazo no planeado que no veían otra alternativa que el aborto clandestino, hasta entonces inseguro para las mujeres sin medios económicos. La visión pública del aborto como un problema que había que enfrentar y no se controlaba con una ley prohibitiva, facilitó la discusión de la reforma en la legislación que terminó con la aprobación por el Parlamento y el Presidente de la República de una ley que permite el aborto a libre demanda, con límites razonables de edad gestacional.

Este suplemento también cuenta como fue que Uruguay consiguió hacer accesible el aborto legal y seguro a toda su población casi inmediatamente después de reglamentada la ley, al contrario de varios otros países que pasaron por el mismo proceso en la últimas décadas y demoraron muchos años y algunos todavía demoran en hacer accesibles servicios de interrupción legal y segura del embarazo.

Diversos artículos del suplemento nos relatan cuales fueron los problemas enfrentados y como fueron resueltos. Se analiza la rápida evolución descendente de las muertes maternas y como la aplicación de la ley no afectó la fertilidad de adolescentes, sugiriendo que apenas se sustituyó aborto de alto riesgo por aborto seguro, gracias a la nueva ley. También nos cuentan de la baja tasa de aborto observada en el Uruguay, después de dos años de amplia aplicación de la nueva ley.

Esa baja tasa de aborto puede reducirse todavía más en el futuro próximo, porque otro artículo nos muestra fallas en la aplicación de la estrategia de prevención del aborto repetido, a través de la consejería y oferta de anticoncepción efectiva antes del alta de toda mujer que solicita un aborto legal. La identificación de esa falla, además de mostrar la honestidad de los autores que no ocultan sus deficiencias, permite que se adopten las medidas necesarias para la aplicación correcta de esta intervención, que es la más efectiva para reducir el número de abortos en una población.

Por último, colegas Argentinas nos muestran como ese modelo pudo ser replicado con éxito al otro lado del Río de la Plata, en la Provincia de Buenos Aires, la más populosa de Argentina, con 16,5 millones de habitantes. La diferencia es que en esta provincia de

Argentina la estrategia de reducción de riesgos fue aplicada en la atención primaria por médicos generales y enfermeras obstétricas, con el mismo éxito que en el Uruguay donde fue aplicada en hospitales por ginecólogos, aunque también con la participación de enfermeras obstétricas. Esta demostración de que el modelo es replicable es un importante mensaje a los colegas de otros países en condiciones semejantes al Uruguay de principios de este siglo.

Fundamentalmente este suplemento es una invitación y un desafío a escuchar la llamada de Mahmoud Fathalla de que dejemos de ser parte del problema y pasemos a ser parte de la solución, sin esperar que nos den todas las condiciones para hacerlo. Ni en el modelo uruguayo inicial ni en la Provincia de Buenos Aires se agregaron nuevos recursos específicos para realizar esta intervención. Hubo solo el apoyo moral de las autoridades superiores y la determinación de los colegas de destinar parte de su tiempo a proteger la vida de las mujeres a su cuidado. Los artículos de este suplemento muestran que eso es posible, que salva vidas y alivia el sufrimiento de las mujeres más marginalizadas que piden nuestra ayuda en los servicios públicos de los países en desarrollo con leyes de aborto restrictivas.

La lectura de los artículos de este suplemento debe hacernos reflexionar si no es mejor preguntarnos que podemos hacer nosotros ahora mismo que apenas protestar y esperar que la solución venga desde afuera; si aceptamos seguir siendo parte del problema o resolvemos pasar a ser parte de la solución.

Conflicto de intereses

Profesor Faúndes es el Presidente del Grupo de Trabajo de la FIGO para la Prevención del Aborto Inseguro.

Referencias

- [1] Fathalla MF. Conclusion. Workshop on Obstetric and Maternity Care Delegation of Responsibilities in Maternity Care in Developing Countries. *Int J Gynecol Obstet* 1992;38(Suppl):S75-77.

Anibal Faúndes
P.O. Box 6181, 13083-970 Campinas, SP, Brasil. Tél. : +55 19 3289 2856.
Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Estadual de Campinas (Unicamp), Sao Paulo, Brasil
Dirección de email: afaundes@uol.com.br



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

De la reducción de riesgos a la despenalización del aborto, el modelo uruguayo por los derechos de la mujer



Leonel Briozzo *

Clínica Ginecológica A. Hospital Pereira Rossell, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras llaves:

Aborto inseguro
Legislación sobre aborto
Mortalidad materna
Reducción de riesgos
Uruguay

RESUMEN

Objetivo: Describir las políticas públicas y acciones sociales, especialmente de ginecólogos/obstetras y los cambios legales referentes al aborto en diferentes períodos históricos desde 1990 hasta 2015, y su coincidencia temporal con disminución de la mortalidad materna. **Método:** Se divide el período 1990–2015 en tres etapas para el análisis de leyes y normas sanitarias, al funcionamiento del sistema asistencial y a las prácticas profesionales, sobre atención del aborto inseguro: 1990–2001, caracterizado por ilegalidad y negación del aborto por el sistema sanitario; 2001–2012, desarrollo del modelo de reducción de riesgos y daños del aborto inseguro; 2012–2015: cuando el aborto fué despenalizado. **Resultados:** El cambio de políticas públicas y la expansión del modelo de reducción de riesgos, coincidió con cambios en la percepción social del aborto y disminución de la mortalidad materna y de la tasa de aborto, probablemente, por el conjunto de políticas públicas que se consolidaron con la despenalización del aborto en el año 2012. **Conclusiones:** Los cambios en las políticas públicas y acciones sanitarias, como la reducción de riesgos y daños, coincidió con marcada reducción de la mortalidad materna asociada a aborto. El manejo del aborto en el segundo trimestre, la conformación de equipos multidisciplinarios y la anticoncepción post aborto son los desafíos centrales a abordar.

© 2016 Publicado por Elsevier Ireland Ltd en nombre de International Federation of Gynecology and Obstetrics. Artículo de acceso abierto bajo licencia CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introducción

Históricamente Uruguay ha presentado niveles bajos a moderados de mortalidad materna. En la década del 90 el reporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) – Organización Mundial de Salud (OMS) mostraba que Canadá y Estados Unidos de América se ubicaban en el rango bajo de mortalidad materna y en el rango moderado (de 20 a 40/100 000 nacidos vivos) se ubicaban Bahamas, Costa Rica, Cuba, Uruguay y Chile, en ese orden [1].

En otras palabras, Uruguay partía de una situación privilegiada, sin embargo, a diferencia de los otros países de la región con mortalidad materna semejante, el aborto inseguro era la principal causa de mortalidad materna en Uruguay. A nivel global la muerte materna es mayor, donde mayor es la tasa de aborto inseguro, y mayores las restricciones legales a la interrupción voluntaria del embarazo [2]. Latinoamérica y el Caribe es la región del mundo con mayor tasa de abortos inseguros [2], aunque la mortalidad por aborto no es tan alta como en el África al sur del Sahara [3]. Esto se da en el contexto de un fuerte estigma social contra los derechos de la mujer,

en particular al derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, en el marco de una fuerte influencia de la Iglesia Católica de Roma y la emergencia de una Iglesia Protestante cada vez más poderosa.

El conservadurismo con respecto a los derechos sexuales y reproductivos se observa en todos los sectores sociales y políticos en la región. Así, es común encontrar gobiernos denominados “progresistas,” correspondientes a la centro izquierda, absolutamente contrarios al derecho a decidir, y gobiernos denominados “liberales” o “conservadores” que apoyan, aunque parcialmente, estos derechos.

El debate a favor versus en contra al derecho a decidir ha monopolizado la agenda y a pesar de intentos relevantes de construir modelos propositivos de dialogo [4], el avance ha sido muy escaso y los retrocesos en la agenda de derechos son frecuentes. Hoy existen situaciones tan dramáticas como la muerte de mujeres por embarazos ectópicos no tratados hasta que se compruebe que el embrión esta muerto, hasta la cárcel de mujeres con abortos espontáneos que no pueden demostrar que no fueron provocados (¿cómo podrían?).

En este contexto de alta prevalencia de aborto inseguro, de elevada morbilidad y mortalidad por esa causa, en un ambiente legal y social desfavorable, en Uruguay se desarrolló un camino diferente para defender los derechos de la mujer, en particular, en la lucha contra el aborto inseguro y hacia la legalización del aborto. Tuvo como eje el

* Autor para correspondencia: P.O. Box 11600, Montevideo, Uruguay.
Tél. : +598 27099122

Dirección de email: leobriozzo@hotmail.com (L. Briozzo).

modelo de reducción de riesgos y daños, desarrollado desde iniciativas sanitarias contra el aborto inseguro, presentado originalmente en el 2001 [5]. Este modelo logró comprometer a muchos integrantes del equipo de salud en base a la confidencialidad y el compromiso profesional, y cambió la correlación de fuerzas histórica, posicionando a los profesionales como agentes sociales de cambio.

La aplicación del modelo de reducción de riesgos, hace posible que los equipos de salud se pongan en movimiento a favor de los derechos de la mujer, aun en los marcos más restrictivos con respecto al aborto, como el que tenía el Uruguay a fines del siglo pasado. La experiencia mostró que la ejecución de ese modelo permitió una reducción drástica de la mortalidad materna asociada al aborto, en un ambiente de políticas públicas a favor de la justicia y la equidad [6].

La consolidación del modelo de reducción de riesgos y daños contribuyó al avance de los derechos sexuales y reproductivos, y en particular, a la lucha contra el aborto inseguro. Este avance se ha logrado en base a un trípode de sectores socio políticos que se han comprometido con esta lucha:

- El movimiento social de mujeres centrado en la reivindicación por el derecho a decidir, que ha mantenido la importancia de esta agenda por más de 30 años.
- El sector político, liderado por las fuerzas de centro-izquierda, se ha sumado a esa reivindicación. El ex Presidente Mujica tuvo un rol determinante, al aprobar la ley de despenalización del aborto en 2012.
- Sectores importantes e influyentes del mundo médico y profesional, que avanzaron en este tema basados en el derecho a la atención en salud, mediante la creación e implementación del modelo de reducción de riesgos y daños.

En el presente artículo se hace un análisis sistemático de los diferentes períodos históricos que se desarrollaron desde 1990 hasta el 2015, en relación a los cambios ocurridos con respecto al abordaje del problema humano del aborto inseguro y su relación con la disminución de la mortalidad materna y de la prevalencia del aborto en Uruguay.

2. Evolución histórica de las políticas públicas y acciones sociales referente al aborto

Para el propósito de este análisis se definieron tres períodos diferentes cuanto a las políticas públicas que se desarrollaron para combatir la mortalidad materna asociada al aborto.

Consideramos que la prevalencia y gravedad del aborto inseguro, como causa de morbi-mortalidad materna, dependen básicamente de tres elementos: el abordaje jurídico-sanitario del embarazo no deseado, el acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos y las políticas educativas desarrolladas por el gobierno [7].

Basados en esos conceptos, dividimos el período que va de 1990 a 2015 en tres etapas, para el análisis de las leyes y normas sanitarias, al funcionamiento del sistema asistencial y educativo, y a las prácticas profesionales, con respecto a la atención del aborto inseguro. Estas 3 etapas históricas son:

- (1) Desde 1990 a hasta el año 2001, antes de la implementación del modelo de reducción de riesgos y daños;
- (2) desde el 2001 al 2012, período de implementación progresiva del modelo de reducción de riesgos y daños, y;
- (3) desde fines del año 2012, cuando se implementa la ley de despenalización del aborto en todo el país, hasta el final del año 2015.

Las principales características de cada una de estas etapas son las siguientes:

1990–2001

Durante este período el aborto era ilegal. Estaba vigente la ley 9763 del año 1938, que incluía tres condiciones en que se permitía

el aborto, pero que no se cumplían [8] (para proteger el honor del esposo, para evitar riesgo para la vida de la mujer y extrema pobreza). La respuesta del sistema sanitario en aquel momento era de exclusión de las mujeres con embarazos no planeados y no deseados que acudían a pedir ayuda. La conducta anti ética de denunciar a las mujeres que consultaban por aborto incompleto era frecuente y hacía que las mujeres no consultaran oportunamente. Eso hacía que las mujeres o murieran en soledad, o cuando finalmente llegaban a los servicios de salud era en momentos muy tardíos por complicaciones muy graves [9]. En ese período la oferta anticonceptiva no era universal. Concomitantemente, las políticas educativas no incluían en forma sistemática los temas relacionadas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

2001–2012

Este período está marcado por la creación e implementación progresiva del modelo de reducción de riesgos y daños del aborto inseguro, denominado “Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo” (ISCAPCR) [10,11]. Este modelo se puso en práctica exitosamente por el apoyo de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y otros aliados nacionales e internacionales [12]. El éxito de su implementación, evaluado por su impacto en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna asociada al aborto y por la promoción de los derechos reproductivos e igualdad de género, fue reconocido por la OPS y OMS, junto con otras tres iniciativas de la región, con un premio otorgado en conmemoración del Día Internacional de la Mujer [13].

Se construyó el modelo de “aborto de menor riesgo” mediante el asesoramiento integral y comprometido de los equipos de salud modificando la denominada relación sanitaria profesional de salud/usuario del servicio [11,14]. Esta modificación de la conducta profesional se basa en el compromiso ético profesional (profesionalismo médico) [6], base y fundamento del Compromiso de conciencia [15] que más tarde asegura la implementación de la ley de despenalización del aborto en el 2012.

2012–2015

Este período se caracteriza por la implementación de la ley de despenalización del aborto promulgada en octubre del 2012. Esta es una Ley extremadamente compleja, producto de una negociación política intensa a nivel parlamentario y que presenta como principales características las siguientes:

- La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un delito no punible en determinadas condiciones a saber: ser ciudadana uruguaya, tener menos de 12 semanas de embarazo cumplidas o antes de las 14 semanas en caso de violación.
- Las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) son las responsables de la implementación de los servicios de interrupción del embarazo. No se permite la práctica privada lucrativa en los casos de IVE.
- Se establece un equipo multidisciplinario de asesoramiento que analiza con la paciente la situación y las perspectivas, acompañando, además, la totalidad del proceso de IVE.
- Se determina un tiempo de reflexión obligatorio de 5 días entre la consulta con el equipo y la interrupción del embarazo.
- La guía clínica para la implementación de la ley prevía como primera opción en todos los casos (salvo excepciones) el uso de medicamentos : kit mifepristona–misoprostol
- La ley prevé la objeción de conciencia—aunque no aclara el concepto—y crea la figura de la objeción de ideario de las intuiciones que en sus estatutos se vinculen con la fe católica.

La ley tiene el triple objetivo de disminuir la mortalidad materna asociada al aborto, reducir las complicaciones y disminuir la práctica del aborto [16].

Tabla 1

Principales características en los 3 períodos analizados con respecto al status del aborto y las principales políticas públicas acerca de la interrupción del embarazo.

Situación legal y Políticas públicas		Período considerado		
		1990–2001	2002–2011	2012–2015
Status aborto		Aborto ilegal, criminalizado e inseguro	Aborto ilegal, pero expansión de modelo iniciativas sanitarias. Modelo de “Aborto de menor riesgo”	Aborto como hecho sanitario. Aborto seguro, accesible en el Servicio Nacional Integrado de Salud
Marco Jurídico del acceso a la interrupción del embarazo		1938 Ley 9763 penalización del aborto	2008 Ley 18426 de salud sexual y reproductiva: incluye modelo de reducción de riesgos en marco legal	Ley 19837 de despenalización del aborto
Política pública	Contexto sanitario sobre el aborto	Estigma social Gestión del aborto fuera del sistema de salud. No uso misoprostol	2004: Ordenanza Ministerio Salud Pública 369/04 2007: Reforma del Sistema Sanitario nacional integrado de salud 2010: que pasa a incluir los servicios de salud sexual y reproductiva	Servicios consolidados Servicio Nacional Integrado de Salud (SNIS) complementa los servicios de interrupción voluntaria del embarazo previstos en la Ley
	Políticas en anticoncepción	Déficit de Métodos Anticonceptivos y de Servicios Salud Sexual y Reproductiva	Mejoras en oferta anticonceptiva. Universalización gratuita de métodos anticonceptivos 2010	Oferta completa de métodos anticonceptivos disponibles
	Políticas educativas	No hay políticas educativas en Salud Sexual y Reproductiva	Aplicación gradual de Políticas educativas. En año 2007: ley de educación incluye salud sexual y reproductiva	Incorporación formal de la salud sexual y reproductiva en el sistema educativo
Acción de profesionales y equipos de salud		No confidencial Clínicas clandestinas	Expansión paulatino desde el modelo de reducción de riesgos	30% de los ginecólogos uruguayos alegan objeción de conciencia al aborto

Las principales características de las tres etapas enunciadas más arriba se describen en la Tabla 1.

3. Situación del aborto inseguro y de la mortalidad materna en cada etapa

Uruguay presentó una drástica disminución de su mortalidad materna en los últimos 25 años. Según los datos de OPS–OMS, Uruguay se encuentra en el segundo lugar entre los países con la menor razón de mortalidad materna en la región (14 por 100 000 nacidos vivos), después de Canadá (11 por 100 000). Una descripción detallada de la rápida reducción de la mortalidad materna en Uruguay se muestra en otro artículo en este mismo Suplemento [17].

Tomando en cuenta que el componente más importante de la mortalidad materna reportada en la década del 90 era el aborto inseguro que representaba el 27,9% de todas las muertes [2], es justamente la reducción de la mortalidad por aborto la que explica la reducción de la mortalidad materna total durante ese período.

La Tabla 2 muestra la evolución de la mortalidad materna total y la proporción de todas esas muertes asociadas al aborto en cada una de las etapas históricas que describimos, con la implementación del modelo de reducción de riesgos en 2001 y con la despenalización del aborto en 2012.

Respecto a la tasa de abortos inducidos, no hay reportes oficiales de esa tasa antes de la despenalización, como ocurre habitualmente en las situaciones de ilegalidad. En la tercera etapa descrita arriba, luego de la despenalización del aborto, la tasa de aborto llegó a

12/1000 mujeres entre 15 y 45 años según cifras oficiales del MSP [18]. Estos valores están entre los menores del mundo, por debajo de los que se reportan en diversos países de Europa occidental.

Esa baja tasa de aborto oficialmente reportada, no se puede deber solamente a la implementación de la despenalización del aborto menos de dos años antes, sino a una política sanitaria que ya se implementaba varios años antes, como se muestra en la Tabla 2. Esa política sanitaria incluía educación en salud sexual y reproductiva, anticoncepción ampliamente accesible y servicios de salud sexual y reproductiva que complementaban el modelo de reducción de riesgos y daños [16].

4. Discusión

El modelo de reducción de riesgos y daños del aborto inseguro tuvo un fuerte impacto no solo por disminuir la morbilidad y mortalidad materna, sino también porque provocó un cambio drástico de las actitudes de los profesionales y el sistema sanitario [13], que pasan a incluir el aborto inseguro como un tema de salud pública. Estos cambios prepararon el terreno social para el paso siguiente que fue la despenalización del aborto, objetivo que el movimiento social de mujeres y feminista, perseguía sin descanso desde la salida de la dictadura militar en el año 1985.

Dadas las bajas tasas de aborto inducido reportadas oficialmente en tan corto período desde la implementación de la ley de despenalización del aborto, es posible que tal baja prevalencia se deba a las políticas desarrolladas desde el 2000 que incluyen

Tabla 2Análisis del promedio de Mortalidad Materna y Mortalidad Materna por Aborto Inseguro. ^a

	1995–2001	2002–2012	2013–2015
Mortalidad materna (promedio en el período considerado)	25/100 000 niños recién nacidos	20/100 000 niños recién nacidos	14/100 000 niños recién nacidos
Mortalidad materna por aborto inseguro (promedio de la frecuencia relativa en el período considerado)	37% mortalidad materna por aborto inseguro	Descenso paulatino ^b	Dos muertes maternas por aborto inseguro fuera del sistema de salud

^aFuente: División Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud Pública. Uruguay. Febrero 2015.

^bSe reporta 0 muerte materna por aborto inseguro entre los años 2008 al 2010.

educación en salud sexual y reproductiva, la universalización del acceso a la anticoncepción y el modelo de reducción de riesgos y daños. Como este modelo promovía la consulta en el sistema asistencial y abordaba integralmente la atención post aborto, incluyendo anticoncepción, puede haber contribuido a disminuir la frecuencia de embarazos no planeados y no deseados.

El reporte puntual de muertes maternas por abortos inseguros, aun en la etapa de despenalización del aborto, destaca la necesidad de conformar equipos de salud que lleguen a todo el territorio nacional y que sean accesibles, sensibles y confidenciales para las mujeres en situación de embarazo no deseado. En la conformación de los equipos de salud la objeción de conciencia genuina no es un problema, ya que estos profesionales deben referir adecuadamente las usuarias a equipos comprometidos. Sin embargo la pseudo objeción de conciencia, la objeción por conveniencia e incluso, la desobediencia civil, constituyen problemas graves que debilitan y corrompen el compromiso ético. La principal responsabilidad de los profesionales con compromiso de conciencia es profundizar la reflexión bioética a propósito de las obligaciones profesionales, combatiendo las actitudes anti éticas que violan la autonomía de las pacientes [6,15].

Los desafíos más importantes para el futuro de la implementación de la ley de IVE y los avances que se deben construir posteriormente son lo ya referido con respecto a la conformación de los equipos y servicios multidisciplinarios de IVE a lo largo y ancho del país en todas las instituciones y niveles del SNIS, y la atención a los vacíos de la ley.

Es posible que las mujeres que todavía se arriesgan a un aborto clandestino e inseguro, sean aquellas que solicitan la interrupción legal tardíamente, más allá de las 12 semanas que establece la ley. El abordaje del aborto fuera de los plazos establecidos en la ley debe hacerse desde una doble perspectiva: por un lado en los casos en que haya pasado el plazo de 12 semanas, estos pueden ser atendidos siguiendo el modelo de reducción de riesgos y daños, legalmente previsto en la Ley de salud sexual y reproductiva del año 2008. Por otro lado, en los casos en que haya riesgo para la vida de la mujer, más allá de la edad gestacional establecida en la ley, se debe contemplar el riesgo y la necesidad de la interrupción del embarazo como lo prevé la ley de IVE, desde una visión integral y amplia de concepto de vida que debe incluir la dignidad de la vida y la calidad de la misma.

Nunca debe olvidarse que el manejo integral de la situación post aborto debe incluir de manera sistemática la oferta universal de anticoncepción de acuerdo a la elección de la usuaria, en base a sus decisiones personales después de recibir información completa y sin sesgos de todos los métodos. Claramente, los anticonceptivos reversibles de larga duración deben estar disponibles y difundidos como seguros, efectivos y reversibles.

Creemos que esta experiencia vivida por Uruguay y que tuvo como su característica más particular el compromiso total de la gran mayoría de los profesionales de salud que atienden a la

mujer—médicos ginecólogos y enfermeras parteras—es un modelo que merece atención, porque nada impide que en otros países los colegas reflexionen hasta donde están siendo “parte del problema,” y si no es la hora de pasar a ser “parte de la solución,” si llevamos a serio nuestro compromiso de cuidar y preservar la salud sexual y reproductiva de las mujeres de nuestros respectivos países.

Conflicto de interés

El autor declara no tener conflictos de interés.

Referencias

- [1] World Health Organization. Coverage of maternity care: A listing of available information. Fourth edition. Geneva: WHO; 1997. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63878/1/WHO_RHT_MSM_96.28_\(part1\).pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63878/1/WHO_RHT_MSM_96.28_(part1).pdf)
- [2] Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 2012;379(9816):625–32.
- [3] Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *Int J Gynecol Obstet* 2011;115(2):121–6.
- [4] Faundes A, Balzerato J. El drama del aborto. En busca de un consenso. Santiago, Chile, 2011.
- [5] Briozzo L, Vidiella G, Vidarte B, Ferreira G, Pons J, Cuadro J. El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. Situación actual e iniciativas médicas de protección materna. *Rev Méd Uruguay* 2002;18(1):4–13.
- [6] Briozzo L, Faundes A. The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. *Int J Gynecol Obstet* 2008;100(3):291–4.
- [7] Faundes A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2012;119(Suppl 1):S68–71.
- [8] Rodríguez Almada H, Berro Rovira G. Pautas para la práctica institucional del aborto por indicación médico-legal. *Rev Med Urug* 2006;22:157–61.
- [9] Briozzo L. Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis-Estrategias para su reducción. *Rev Med Urug* 2003;19:188–200.
- [10] Briozzo L, Vidiella G, Rodríguez F, Gorgoroso M, Faundes A, Pons JE. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2006;95(2):221–6.
- [11] Labandera A, Gorgoroso M, Briozzo L. The implementation of the risk reduction strategy, from one teaching hospital to the whole country: Changes in abortion morbidity and mortality. *Int J Gynecol Obstet* 2016;143(Suppl. 1):S7–11.
- [12] Lalonde AB, Grellier R. FIGO saving mothers and newborns initiative 2006–2011. *Int J Gynecol Obstet* 2012;119(Suppl 1):S18–21.
- [13] Pan American Health Organization, World Health Organization. PAHO/WHO Honors Efforts to Advance Women's Health Equality in Latin America. Published March 9, 2012. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6502%3A2012-la-ops-oms-premia-esfuerzos-impulsar-equidad-salud-mujeres-america-latina&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=en
- [14] Briozzo L. La crisis de oportunidad: reformulando la relación sanitaria. *Rev Med Urug* 2007;23:139–41.
- [15] Dickens BM, Cook RJ. Conscientious commitment to women's health. *Int J Gynecol Obstet* 2011;113(2):163–6.
- [16] Briozzo L. La despenalización del aborto como estrategia hacia una práctica segura, accesible e infrecuente. *Rev Med Urug* 2013;29:114–17.
- [17] Briozzo L, Gomez Ponce de Leon R, Tomasso G, Faundes A. Overall and abortion-related maternal mortality rates in Uruguay over the past 25 years and their association with policies and actions aimed at protecting women's rights. *Int J Gynecol Obstet* 2016;134(Suppl. 1):S20–3.
- [18] Ministerio de Salud. Interrupción voluntaria de embarazo. Published 2015. <http://www.msp.gub.uy/noticia/interrupcion%3C%3B3n-voluntaria-de-embarazo>



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

La implementación de la estrategia de reducción de riesgos y daños contra el aborto inseguro en el Uruguay: Desde un hospital universitario a todo el país



Ana Labandera, Monica Gorgoroso, Leonel Briozzo *

Clínica Ginecotológica A. Hospital Pereira Rossell, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras llaves:

Aborto inseguro
Ética profesional
Morbilidad materna
Mortalidad materna
Reducción de riesgos
Uruguay

RESUMEN

Se revisa la historia de la creación del modelo de reducción de riesgos y daños aplicado al aborto inseguro, desde su inicio por un pequeño grupo de ginecólogos en el Centro Hospitalario Pereira Rossel, principal hospital del Uruguay, hasta su diseminación al resto del país. Se explican sus fundamentos éticos y profesionales, el éxito de su aplicación en el hospital, la decisión de difundirlo con la colaboración de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y los procedimientos de intervención. Fue evaluado desde el punto de vista epidemiológico y antropológico, desde los cambios en los profesionales y percepción de las usuarias, hasta las atenciones ofrecidas y su impacto sobre las complicaciones y las muertes maternas. Se verificó un cambio muy favorable en el número y calidad de los servicios, en la actitud de los proveedores, junto con una reducción de la morbilidad y la mortalidad materna. Además trajo a público la visibilidad de las mujeres con embarazo no planeado y no deseado, y provocó una mejor comprensión de sus problemas, lo que contribuyó a los cambios legales subsecuentes.

© 2016 Publicado por Elsevier Ireland Ltd en nombre de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Artículo de acceso abierto bajo licencia CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introducción

En Uruguay el aborto, estuvo penalizado desde el año 1938 [1]. Esa Ley que criminalizaba el aborto, incluía eximentes, como riesgo para la salud y la vida de la mujer, embarazo producto de violación, angustia económica y causal de honor. Era muy raro, sin embargo, que una mujer que cumpliera con uno de estos eximentes, pudiera tener acceso a la interrupción institucional del embarazo.

En este contexto, las mujeres de pocos recursos económicos en situación de embarazo no deseado, eran excluidas, marginadas y agredidas por la sociedad y el sistema de salud. A principios de la década del 2000 esta situación se hizo aún más dramática, dada la crisis socio económica que golpeó a amplios sectores sociales. No existía un espacio seguro donde informarse, reflexionar y aclarar dudas para poder tomar una decisión responsable y consciente. Persistía la ignorancia con respecto a las opciones y a las consecuencias para la salud de una variedad de métodos inseguros para la interrupción del embarazo, desde la ingesta de tóxicos a la introducción de tallos vegetales en el cuello uterino.

Referente a la relación entre proveedores de servicio y usuarias, los/as profesionales de la salud enfrentados a esta situación, adoptaban criterios de acción individuales, paternalistas, disciplinantes o de censura hacia las mujeres, reproduciendo las profundas inequidades de género y de nivel socio económico presentes en la sociedad uruguaya. La denuncia de abortos en ámbitos que no correspondían, violaba el secreto profesional e institucional, evidenciando desinformación sobre los derechos de las mujeres y las obligaciones de los profesionales como garantes de la protección de la confidencialidad. En las mujeres, se identificaba el miedo al rechazo del sistema, al desprecio del profesional de la salud y a la sanción legal, como causa para el ocultamiento de su decisión y el retraso en la búsqueda de atención sanitaria, quedando por fuera del sistema de salud [2–4].

Todo esto explica que en el quinquenio 1995–1999 el aborto inseguro fue la primera causa de mortalidad materna en Uruguay con un 28%. En el quinquenio 1996–2001, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), centro nacional de referencia en la atención de la salud de la mujer en el Uruguay, el aborto inseguro fue la causa del 47% de las muertes maternas, con un riesgo de muerte por aborto 2,4 veces mayor en este hospital con respecto al resto del país [3]. Esta diferencia se vinculaba fundamentalmente a la vulnerabilidad económica y social de la población asistida en el CHPR. Mientras otros sectores de la población podían acceder a abortos en clínicas clandestinas, las mujeres más empobrecidas seguían recurriendo a

* Autor para correspondencia: P.O. Box 11600, Montevideo, Uruguay.
Tél. : +598 27099122

Dirección de email: leobriozzo@hotmail.com (L. Briozzo).

métodos de alto riesgo. En ese escenario se plantea que el aborto inseguro y la mortalidad materna son problemas de salud pública, de derechos humanos y de justicia social.

Clásicamente se planteaba la dicotomía entre aborto ilegal e inseguro, y el aborto legal y seguro. Esta forma de plantear el problema desplazaba todo el esfuerzo de transformación al escenario político y dejaba a los equipos de salud y al sistema asistencial como marginales en el esfuerzo por los cambios. Así, los esfuerzos se centraban en avanzar en las indicaciones médicas habilitadas para la interrupción del embarazo como violación, riesgo de vida materna, etc. En la práctica, estas causas son muy minoritarias y no impactaban ni impactan en el grueso de los abortos provocados en situaciones de riesgo que llevan a la mayoría de las muertes maternas [5,6].

2. La decisión de ser “parte de la solución” en el CHPR

Hasta ese momento las actitudes y prácticas de los equipos de salud eran sin compromiso, antiéticas y vulnerantes de los derechos de las mujeres, y por lo tanto, eran parte del problema. Es en este contexto, y luego de la tercera muerte materna por aborto inseguro ocurrida en el año 2001 en el CHPR, un pequeño grupo de médicos liderados por el Dr. Leonel Briozzo, se plantearon dejar de ser parte del problema y pasar a ser parte de la solución [7], generando un espacio de consulta para que las mujeres en situación de embarazo no deseado, pudieran informarse y así decidir conscientemente sobre cual opción tomar frente a su problema y no asumir riesgos que pusieran en peligro su salud y su vida.

Este grupo inicial de profesionales de la salud, desarrolló e implementó una estrategia de reducción de riesgos, para incluir en el sistema de salud la atención de la mujer que cursa un embarazo no deseado, aun en el marco legal restrictivo. Esa mujer es fuerte candidata a tener un aborto de alto riesgo y la estrategia de reducción de riesgos consiste en dar a esa mujer informaciones de dominio público que le permitan tomar una decisión bien informada y en caso de decidir abortar que este sea un “aborto de menor riesgo.”

Aborto de menor riesgo se define como aquel en que:

- La usuaria tiene una consulta de asesoramiento, antes de las 12 semanas de edad gestacional y decide interrumpir su embarazo, después de recibir y comprender la información que se le ha brindado;
- Tiene acceso al misoprostol y lo usa de la manera indicada según las evidencias científicas internacionalmente reconocidas;
- Tiene un aborto completo o incompleto no complicado;
- No presenta complicaciones inmediatas (dentro del primer mes) desde el punto de vista bio–psico–social;
- Adopta un método anticonceptivo seguro y de calidad, adecuado para su realidad y elegido por ella misma.

El marco teórico de la propuesta se basa en una de las recomendaciones de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en Cairo, en 1994 que dice textualmente que “Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo” [8].

Esta estrategia, hoy se conoce como “Modelo uruguayo de reducción de riesgos y daños del aborto inseguro” (de aquí en adelante lo llamaremos MODELO). El mismo propone un cambio en la relación entre profesional de salud e usuaria del servicio, sustentada en principios bioéticos y valores profesionales, protegiendo la confidencialidad y el secreto médico, con perspectiva de género. Este grupo decidió darle a este programa el nombre de Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto en Condiciones de Riesgo (Iniciativas Sanitarias).

En el año 2002, se sumaron a los médicos otros integrantes del equipo interdisciplinario (Enfermera obstétrica o Partera,

Psicóloga y Enfermera) que sensibles a la realidad de que mujeres que intentaban informarse y ser atendidas eran ignoradas por del sistema de salud, aportaron los saberes desde cada disciplina en una consulta integral, mejorando así el proceso de reducción de riesgo.

En estas consultas llamadas “de asesoramiento en salud sexual y reproductiva,” se recibía a la mujer, se le daba el tiempo necesario para expresar sus problemas y se le realizaban las pruebas de diagnóstico correspondiente, garantizándole un ámbito de confianza y privacidad. Se le asesoraba sobre las opciones ante un embarazo no deseado en un marco legal restrictivo: continuar el embarazo y dar en adopción, continuar con el embarazo tras haber analizado que las causas expuestas no justificaban (a su modo de ver) la interrupción de un embarazo; y seguir adelante con la interrupción.

Luego de tomar una decisión y en una segunda consulta, se realizaba el asesoramiento integral sobre los riesgos que debía evitar y cual era el procedimiento utilizado en los países donde el aborto era legal. Las mujeres se citaban a una tercera consulta para evaluación del post aborto y se usaba ese espacio para iniciar el uso de un método anticonceptivo de su elección.

Desde el inicio y hasta la despenalización del aborto, las mujeres llegaban al servicio por dos vías: Por difusión directa de este servicio boca a boca por las mujeres que recibieron las primeras consultas, o derivadas desde el nivel primario. La derivación por parte de equipos de salud se dio porque Iniciativas Sanitarias difundió de manera deliberada y planificada la información sobre este servicio a través de los dirigentes académicos y profesionales, y a más largo plazo, por ser un centro de enseñanza donde se van formando sucesivas generaciones de médicos y especialistas que adoptaron el MODELO.

Ya en el 2004 se evidenciaba en el hospital un descenso en la consulta de urgencia por abortos de riesgo y en el número de muertes maternas por esta causa. Esto contribuyó a que este MODELO fuera oficializado por decreto ministerial, la Normativa 369, en la cual el Estado reconoció el aborto inseguro como un problema de Salud Pública y determina el derecho de las mujeres a ser asesoradas sobre los riesgos que corrían ante un embarazo no deseado [9]. Este decreto facilitó la difusión del servicio de asesoramiento para mujeres en situación de embarazo no deseado.

3. La expansión del modelo de reducción de riesgos y daños a todo el país

En el año 2006, en que ya era evidente la rápida reducción de la mortalidad materna por aborto en el CHPR con la aplicación de este MODELO, el programa interdisciplinario inicial se formalizó constituyéndose en la Asociación Civil Iniciativas Sanitarias.

En ese momento, ya se sabía que por el gran liderazgo del CHPR sobre la práctica en salud reproductiva en el país, había una lenta replicación del MODELO en otros contextos dentro del Uruguay, pero ese era un proceso muy lento. Por eso, se sintió la necesidad de ofrecer esos servicios a todas las mujeres uruguayas, extendiendo esa misma estrategia al resto del país. Con ese objetivo se desarrolló el proyecto llamado “Iniciativas Sanitarias-Proteger la vida y la salud de las mujeres uruguayas, disminuyendo el aborto inseguro,” a ser aplicado en el período 2006–2010. Este proyecto fue auspiciado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), a través de la Sociedad de Ginecología del Uruguay, en el contexto de la iniciativa mundial de FIGO “Salvar Madres y Recién Nacidos.”

El objetivo del proyecto era disminuir el aborto inseguro y la morbilidad y mortalidad materna asociada a este tipo de aborto, promoviendo la inclusión de la mujer en situación de embarazo no deseado en el sistema de salud, en el contexto de una relación profesional de salud–usuaria del servicio que habilite condiciones para el empoderamiento de las mujeres y comunidades en el cuidado de su salud. Secundariamente se esperaba disminuir el embarazo no deseado y la necesidad de que las mujeres recurran al aborto voluntario.

La hipótesis era que la aplicación del modelo a nivel nacional no solo disminuiría la morbilidad y mortalidad por aborto inseguro, mas también provocaría cambios en la percepción social del aborto como tema de salud y de derechos humanos.

El proyecto tuvo el apoyo de una alianza fuerte con el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y la Facultad de Medicina, y fue cogestionado con la Asociación Obstétrica del Uruguay (que representa a las Parteras Profesionales uruguayas).

La ambición inicial de abarcar el país entero fue limitada por razones prácticas por lo que el proyecto propuso evaluar el impacto de la implementación del MODELO en 8 centros de salud, situados en 4 departamentos donde viven casi dos tercios (62%) de las mujeres uruguayas.

Los centros fueron seleccionados en base la prevalencia de abortos inseguros, condiciones locales que habiliten el desarrollo de los servicios de asesoramiento, presencia de coordinadores/as locales sensibilizados, posibilidad de realizar el monitoreo social y epidemiológico en un área geográfica concreta.

La intervención consistió en:

- (1) Sensibilización/capacitación de los/as profesionales y funcionarios de los centros seleccionados para el cambio de la relación sanitaria proveedor/ usuario, con talleres dirigidos a generar el compromiso de todos/as los funcionarios/as de los centros;
- (2) Cursos dirigidos a profesionales que asisten directamente a las mujeres en situación de embarazo no deseado, basado en el modelo constructivista de aprendizaje como generador del “conflicto cognitivo.” Cuando las concepciones previas del sujeto no son suficientes para explicar o resolver nuevas situaciones o problemas, se crea un conflicto entre los viejos saberes y los nuevos requerimientos. Ello determina que el individuo inicie un proceso de nuevo aprendizaje. Se dio preeminencia al trabajo en equipo interdisciplinario;
- (3) Acciones informativas-educativas dirigidas a los/as usuarias/os directas/os y a la comunidad, difundiendo al mismo tiempo las características de la estrategia de reducción de riesgos en los ámbitos académico y político;
- (4) Implementación de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva monitoreados por una supervisión capacitante [10], que da seguimiento para la ejecución de los servicios en la práctica y fortalece los/as coordinadores/as locales. Se adapta y aplica una herramienta de monitoreo de calidad [11].

La evaluación del proyecto fue realizada por instituciones independientes, y tuvo un componente epidemiológico y un componente de monitoreo socio antropológico.

Se evaluó la mortalidad, por medio de revisión sistemática de todas las muertes de mujeres en edad reproductiva en todo el país y auditoria de historia clínica buscando la identificación de la causa. La morbilidad grave se evaluó a través de la revisión de ingresos a Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) en todas las instituciones sanitarias de los departamentos participantes y sus centros de derivación, identificando los casos de morbilidad por aborto inseguro. Se hizo registro y auditoria de las historias clínicas de todas las evacuaciones uterinas realizadas en dichas instituciones.

También se hizo registro y análisis de todas las consultas por embarazo no deseado y del control post-aborto en los servicios implementados. Dado que una elevada proporción de las mujeres que realizaban la consulta de asesoramiento no volvían a su control posterior se decidió realizar un seguimiento telefónico bajo consentimiento informado. De una muestra de conveniencia, consistente en todas las usuarias que consultaron durante un mes y no volvieron a la consulta posterior dentro de un plazo de 30 días.

El monitoreo socio antropológico estuvo a cargo del Instituto de Altos Estudios (IAE), coordinado por un sociólogo y una antropóloga.

Realizaron un análisis cualitativo de discursos y prácticas en relación a la salud sexual y reproductiva y al aborto, en tres grupos: usuarias, personal profesional y personal administrativo. La evaluación pre/post intervención se hizo en 2007 y se repitió en 2009, en seis centros de intervención y en tres centros de control comparables.

Se garantizó la confidencialidad de los datos, en su recolección, sistematización y análisis, con la participación consensuada de todos los actores.

4. Resultados de la ejecución del proyecto

En el contexto del proyecto se capacitaron 1240 profesionales para la aplicación del MODELO. La evaluación socio-antropológica mostró la proporción del personal médico y técnico que conocía y aplicaba el modelo aumentó de 50% en 2007 para 80% en 2009. Al mismo tiempo los profesionales se mostraron más propensos a facilitar las condiciones para que las mujeres decidan autónomamente interrumpir o no su embarazo en 2009 en comparación con 2007.

Todos los centros seleccionados implementaron el MODELO y desarrollaron integralmente la atención en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en servicios incluidos en espacios asistenciales ya existentes y dentro de un espectro más amplio de prestaciones en SSR que incluyen, consejería en anticoncepción, detección de enfermedades de transmisión sexual, preparación para el parto, detección y orientación a mujeres en situación de violencia doméstica, entre otros.

En cuanto a calidad de los servicios la herramienta de monitoreo mostró un impacto positivo en aspectos institucionales tales como: infraestructura y recursos humanos, aplicación de normas y protocolos, privacidad, confidencialidad, y facilidad de acceso a servicios.

La atención de las usuarias ha sido ofrecida por equipos multidisciplinarios amplios. Las oportunidades de consulta conjunta y las reuniones de trabajo, generaban autocrítica, experiencia, seguridad y vínculos profesionales realmente interdisciplinarios en estos equipos.

En el período mayo 2007–julio 2009 se asistieron 2717 usuarias que consultaron por embarazo no deseado-no aceptado. La media de edad fue de 28 años. 60% usaban métodos anticonceptivos (MAC) que fallaron.

Mas de dos tercios de las usuarias consultaron con 9 semanas o menos de edad gestacional y poco mas de 20% entre 10 y 12 semanas de gestación. Poco más de 10% tenía más de 12 semanas en el momento de la primera consulta (Tabla 1).

Solo 729 de las 2717 (26,8%) usuarias que consultaron en ese período retornaron para control post-aborto, dejándonos sin información de lo que aconteció con la 1988 mujeres restantes. De ese total, una muestra de 94 mujeres fue contactada para entrevista telefónica (Tabla 2).

Excluyendo los 13 casos que no dieron información, el 61,7% interrumpió el embarazo, lo que sumado al 2,6% de interrupción decidida, pero no efectuada, daría 64,3%. La evaluación de esta muestra permite verificar que 11% o no estaba embarazada o tuvo un aborto espontáneo y que cerca de 25% de las mujeres que tuvieron una primera consulta continuaron su embarazo (Tabla 2).

Tabla 1
Edad gestacional en la primera consulta de asesoramiento en SSR.

Edad gestacional	N	%	% acumulada
< 10 semanas	1777	(68,7)	68,7
10–12 semanas	541	(20,9)	89,6
13–20 semanas	247	(9,5)	99,1
> 20 semanas	22	(0,9)	100,0
Total	2587 ^a	(100)	

^a En 130 casos falta la información sobre edad gestacional.

Tabla 2
Evolución y diagnóstico de las usuarias después de la primera consulta de asesoramiento en SSR.

	N	%	% válido
Interrupción efectuada	50	(53,2)	61,7
Interrupción decidida y aún no efectuada	2	(2,1)	2,4
Continuación del embarazo	20	(21,3)	24,7
Aborto espontáneo	4	(4,3)	4,9
La usuaria no estaba embarazada	5	(5,3)	6,1
Total	81	(86,2)	100
Resolución desconocida	13	(13,8)	
Total	94	(100)	

Considerando que cerca de 75% de las mujeres que recibieron la primera consulta de asesoramiento no volvieron a las clínicas, se puede estimar que 20% (25% de 75%) o una de cada cinco de estas mujeres tomaron la decisión informada de continuar con su embarazo.

A lo largo del proyecto, el porcentaje que volvió a la consulta post-aborto se mantuvo en cerca del 27% de las mujeres que tuvieron una primera consulta. Correspondería a alrededor de 40% de las que terminaron abortando si el universo de estas mujeres se comportaba como en la muestra evaluada.

De las 729 usuarias que volvieron para control post-aborto, 672 (92,2%) utilizaron misoprostol auto gestionado. El 93,7% de ellas no presentó complicaciones y las demás (6,3%) solo presentaron complicaciones de sangramiento o infección clasificadas como leves, sin requerir internación (Datos no mostrados en tablas).

Se realizó consejería en planificación familiar en el 77,6% de los casos y 97,3% de estas usuarias adoptó un método anticonceptivo moderno (75,5% de las que tuvieron esta consulta).

El monitoreo socio antropológico evidenció que luego de la intervención las usuarias reconocieron mayor respeto de la confidencialidad. Disminuyó el temor a la denuncia, la desinformación y la sensación de falta de apoyo por parte del equipo de salud. Esto fortaleció la autonomía de las mujeres y redujo el estigma social.

El 95% de las usuarias se sintió respetada durante la consulta, ninguna se sintió juzgada y 5% dió otras respuestas (entendida, escuchada). El 85% de las usuarias refirió haber recibido el apoyo y la atención que necesitaba durante su atención en el hospital/centro de salud. El 15% restante refirió no haber recibido la atención que esperaba. En la mayoría de estos casos la expectativa no satisfecha corresponde a la no entrega del medicamento para abortar (misoprostol).

La observación de la interacción entre usuarias y profesionales muestra que la atención es ética y calificada en los aspectos conceptuales y actitudinales.

Con referencias a ámbitos epidemiológicos, sociales y legales, se observó un descenso marcado y sostenido de la mortalidad materna en general y de la mortalidad materna asociada al aborto en particular, no solo en el CHPR y las áreas de intervención, sino también en el resto del país, aunque se mantuvieron algunas diferencias. La reducción de la mortalidad materna está descrita en detalle en otro artículo de este Suplemento [12].

Las diferencias entre el área de intervención y el resto del país no son mayores porque el CHPR es el centro de referencia para la formación de recursos humanos en ginecología y obstetricia, por lo que tiene el potencial de permear al resto del país. Es decir, aunque la intervención inicialmente se circunscribió a 8 centros públicos en el área de desarrollo del proyecto FIGO, desde todo el país las mujeres podían acceder al asesoramiento en el CHPR, lo que se facilita por el pequeño tamaño del país. Incluso, se verificó que cerca del 25% de las usuarias pertenecían al sector privado y consultaban en los servicios públicos porque en sus instituciones no se les brindaba este servicio.

Por último, este programa también tuvo un impacto legal, social y de políticas públicas. A partir del 2008 el MODELO de Iniciativas Sanitarias fue incluido en la Ley 18.426 de "Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva." Esta Ley reconoce y garantiza a las mujeres en situación de embarazo no deseado el derecho como ciudadanas a ser asistidas de manera digna, confidencial y ética dentro del sistema de salud.

Ha habido un fuerte impacto social en el discurso público sobre el aborto inseguro, vinculándolo a la atención en salud. Ello produce una habilitación para hablar del tema, venciendo barreras que operan desde lo socio-cultural, como el temor y el estigma. Es notorio un cambio en el discurso público a propósito del aborto y se han conseguido amplias mayorías sociales y legislativas favorables al cambio legal.

Considerando los resultados alcanzados, en el año 2012 la Organización Panamericana de la Salud distinguió al MODELO con el Premio a las Buenas Prácticas para la reducción de la mortalidad materna, con perspectiva de género, etnia y salud [13].

5. Discusión

La clave del éxito de las Iniciativas Sanitarias fue demostrar que es posible transformar la relación sanitaria profesional/usuario permitiendo la inclusión de las mujeres en situación de embarazo no deseado en el sistema de salud. Las inequidades tradicionalmente presentes en dicha relación (de clase, de saber, de género, entre otras) pueden revertirse, generando espacios de reflexión donde los profesionales dignifiquen su vocación y compromiso y las usuarias se apropien de sus derechos.

La desconfianza en la capacidad de las mujeres más humildes de tomar decisiones concientes respecto a su salud y su vida se mostró no justificada. Los resultados de la implementación del MODELO muestran que las mujeres consultan precozmente, se asesoran, usan misoprostol de manera segura y muchas de ellas adoptan un método anticonceptivo moderno posteriormente al aborto. Más aun, la constatación de que casi 20% de las usuarias consultantes por embarazo no deseado deciden continuar con sus embarazos, implica reconocer un proceso de toma de decisiones que fue habilitado desde el sistema de salud. Este resultado deja claro que el MODELO no promueve el aborto sino que ayuda a decidir de manera informada y consciente.

Esta experiencia sugiere que transformar el aborto de riesgo en "aborto de menor riesgo" es factible aún en contextos legales restrictivos y que el MODELO es adaptable y reproducible en países con legislación restrictiva con respecto al aborto. Es adecuado para dar una respuesta inmediata, eficaz y probada para las mujeres que viven la difícil situación del embarazo no deseado. Además, el proceso de aplicación y desarrollo del MODELO crea condiciones para la transformación de las políticas públicas relativas al aborto.

El compromiso de profesiones e instituciones tradicionalmente masculinas y legitimadas socialmente en la aplicación del modelo, que se comprometen en su posición a favor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y que asumen conscientemente el desafío de cambiar sus prácticas, es una de las claves del éxito de la estrategia [14].

Creemos que ello ha contribuido de manera significativa al cambio en el discurso público con respecto al aborto inseguro. La visibilidad del problema del embarazo no deseado ha favorecido de manera clara su inclusión en la legislación y normativa vigente, haciendo visibles a las mujeres que cursan un embarazo no deseado no aceptado que son ciudadanas con derechos que el Estado debe garantizar.

Para aplicar el MODELO con éxito se requiere tener un marco ético-legal que garantice la confidencialidad en la relación médico-paciente, equipo de salud-usuaria y contar con el compromiso de las instituciones profesionales responsables de la salud de la mujer.

Esperamos que el relato de esta experiencia de creación, aplicación y diseminación de la estrategia de reducción de riesgos y daños estimule a colegas de otras latitudes a también aceptar el desafío de dejar de ser parte del problema y pasar a ser parte de la solución. El ejemplo de la Provincia de Buenos Aires en Argentina, descrito en otro artículo de este suplemento, indica que el MODELO es replicable en otros países con condiciones semejantes a las que tenía Uruguay en 2001 [15].

Para eso se hace necesario que los profesionales y equipos de salud revisen su paternalismo, reconozcan su compromiso profesional y su obligación de garantizar el secreto médico y la confidencialidad. La satisfacción de ver como desaparecen las complicaciones del aborto inseguro y las muertes maternas, es el tipo de recompensa que todo profesional de salud persigue desde que decide dedicarse a esa función.

Conflicto de Interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

- [1] Poder legislativo [a] Ley 9.763 Aborto. Se modifica un capítulo del código penal declarándolo delito. <http://200.40.229.134/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=09763&Anchor=>. Accessed November 24, 2015.
- [2] Briozzo L, Vidiella G, Vidarte B, Ferreiro G, Pons, JE, Cuadro JC. El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. Situación actual e iniciativas médicas de protección. *Rev Med Uruguay* 2002;18(1):4–13.
- [3] Briozzo L. Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis, estrategias para su reducción. *Rev Med Uruguay* 2003;19(3):188–200.
- [4] Briozzo L, Rodriguez F, Leon I, Vidiella G, Ferreiro G, Pons JE. Unsafe abortion in Uruguay. *Int J Gynecol Obstet* 2004;85(1):70–3.
- [5] World Health Organization. Abortion: A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion. WHO/MCH/90.14. Geneva: WHO; 1990.
- [6] World Health Organization. The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group, Geneva 12–15 April 1992. WHO/MSM/92.5. Geneva: WHO; 1992. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59705/1/WHO_MSM_92.5.pdf
- [7] Fathalla MF. Conclusion (of FIGO Pre-Congress Workshop in Singapore 1991) *Int J Gynecol Obstet* 1992;38(Suppl) S75–77.
- [8] Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. CIPD 94; 1994; El Cairo: United Nations Population Information Network 1994. p. capítulo VII, Inciso C, Numeral 8.25.
- [9] Ordenanza 369/04. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo. MSP. Montevideo, 2004. <http://www.iniciativas.org.uy/ordenanza-36904-msp/>
- [10] IPPF, editor. Fortaleciendo la calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva. Supervisión capacitante para la mejora de la calidad. USA; 2003.
- [11] IPPF FO, Iniciativas Sanitarias, editor. Modelo de reducción de riesgo y daño del aborto inseguro. Herramienta de monitoreo de la calidad del asesoramiento. IPPF/RHO ed. USA; 2007.
- [12] Briozzo L, Gomez Ponce de Leon R, Tomasso G, Faundes A. Overall and abortion-related maternal mortality rates in Uruguay over the past 25 years and their association with policies and actions aimed at protecting women's rights. *Int J Gynecol Obstet* 2016;134(Suppl. 1):S20–3.
- [13] PAHO. Mejores prácticas en género, étnia y salud. Cambio en la relación sanitaria: Modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño del aborto inseguro. Iniciativas Sanitarias, 2012.
- [14] Gorgoroso MB, Stapff C, Fiol V, Leus I, Labandera A, Pereira M. Ser parte de la Solución...la experiencia de Iniciativas Sanitarias, Uruguay. Montevideo: Safe abortion action fund 2010.
- [15] Matia MG, Trumper, EC, Fures NO, Orchuella J. A replication of the Uruguayan model in the province of Buenos Aires, Argentina, as a public policy for reducing abortion-related maternal mortality. *Int J Gynecol Obstet* 2016;134(Suppl. 1):S31–4)



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

El rol del aborto con medicamentos en la implementación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Uruguay



Verónica Fiol^{a,*}, Leticia Rieppi^a, Rafael Aguirre^{a,b}, María Nozar^a, Mónica Gorgoroso^c, Francisco Coppola^a, Leonel Briozzo^a

^a Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

^b Ministerio de Salud Pública, Montevideo, Uruguay

^c Administración de Servicios de Salud del Estado, Montevideo, Uruguay

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras llaves:

Aborto con medicamentos
Interrupción voluntaria del embarazo
Legislación sobre aborto
Uruguay

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la aplicación de la ley que despenaliza el aborto voluntario en Uruguay y permite a los servicios de salud que ofrezcan estos servicios a la población. **Método:** Se describen las disposiciones legales y reglamentarias y se analizan los datos nacionales proporcionados por el Sistema Nacional de Información (SINADI) del Ministerio de Salud Pública, sobre el número de interrupciones voluntarias del embarazo, el método de aborto (médico o quirúrgico), y si se realizó en forma ambulatoria o con internación. Para determinar las complicaciones, se utilizó el número de muertes maternas y el número de admisiones en unidades de cuidados intensivos de mujeres embarazadas. El período de estudio fue del 1 de diciembre de 2012 al 31 de diciembre de 2014. **Resultados:** Se realizaron un total de 15 996 abortos durante el período de estudio; sólo el 1,2% fueron quirúrgicos y el 98,8% fueron con medicamentos. De estos últimos, sólo el 3,4% requirió hospitalización. Menos de la mitad de los embarazos tenían 9 semanas o menos de gestación y 54% eran de 10 a 12 semanas, en una muestra del Hospital Pereira Rossell. **Conclusión:** La rápida difusión a todo el país de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo accesibles a la totalidad de las mujeres fue posible en gran medida gracias a la disponibilidad y la amplia aceptación del aborto con medicamentos, facilitado por la experiencia previa en la aplicación de la estrategia de reducción de riesgos y daños.

© 2016 Publicado por Elsevier Ireland Ltd en nombre de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Artículo de acceso abierto bajo licencia CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introducción

El aborto fue despenalizado en Uruguay en noviembre de 2012. Puede ser realizado dentro de las 12 semanas de gestación por la sola voluntad de la mujer [1] y hasta las 14 semanas, ante presentación de denuncia judicial de violación.

Para habilitar la aplicación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), el Ministerio de Salud Pública redactó un decreto reglamentario y publicó un Manual de Procedimientos y una Guía Técnica para la IVE en diciembre de 2012.

Uno de los puntos cruciales fue definir qué procedimiento se promovería para llevar a cabo la interrupción. En la toma de decisiones fueron clave los siguientes aspectos:

- (1) La sólida evidencia científica que establece el mayor riesgo de la dilatación y legrado para realizar el aborto [2].

- (2) La falta de formación y de insumos para realizar la aspiración manual endouterina y/o aspiración eléctrica en Uruguay.
- (3) La clara evidencia científica respecto a la seguridad y eficacia de la interrupción ambulatoria del embarazo con medicamentos hasta las 9 semanas de gestación [2,3].
- (4) La experiencia del manejo del aborto con medicamentos como parte de la estrategia de reducción de riesgo y daño que se estaba implementando en Uruguay en los últimos años. Esta estrategia, iniciada desde la organización no gubernamental Iniciativas Sanitarias en el año 2001, estaba en plena aplicación por todos los servicios de Salud Sexual y Reproductiva del país con excelentes resultados y una curva de aprendizaje avanzada [4–6].
- (5) La experiencia nacional del manejo médico del aborto incompleto siguiendo las recomendaciones de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).
- (6) Se presumía una mayor prevalencia de objeción de conciencia en la interrupción voluntaria mediante aspiración o legrado. La IVE mediante medicamentos, ambulatoria y auto-administrada por la usuaria resultaba no solo una práctica segura y eficaz, sino también más aceptable para los usuarios y equipos de salud.

* Autor para correspondencia: Soca 1175/801, Montevideo, Uruguay.
Tel.: +598 27099122.

Dirección de email: veronicafiol@gmail.com (V. Fiol).

Esto llevó al establecimiento por parte del Ministerio de Salud Pública del aborto médico (mifepristona y misoprostol) como la pauta de elección para proceder a la IVE en el marco de la ley.

Se tomaron y adaptaron las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [2] y se estableció que es el equipo de salud el que, luego de un proceso de orientación y asesoría de la usuaria y en conjunto con ésta, definen la oportunidad y dosis a utilizar.

La implementación de la ley que despenaliza el aborto comenzó sin grandes incidentes en diciembre de 2012. La existencia de servicios de salud sexual y salud reproductiva establecidos de antemano, la experiencia de la estrategia de reducción de riesgos y daños y la posibilidad de realizar el aborto con medicamentos en forma ambulatoria como una técnica eficaz, segura y aceptable fueron claves del proceso.

El presente artículo describe el proceso de instalación de servicios de IVE en Uruguay, en cumplimiento de la Ley 18.987, y como la disponibilidad del aborto con medicamentos contribuyó a su implementación.

2. Materiales y método

La ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley 18.987) fue aprobada por el Parlamento Uruguayo el 22 de octubre de 2012, y reglamentada un mes después. En base a dichas normativas se establece el siguiente procedimiento para acceder a la interrupción del embarazo [7]:

- (1) Primera consulta con médico (IVE 1), recepción de la voluntad de la mujer de interrumpir el embarazo. Se verifican los requisitos establecidos por la ley, se solicita ecografía para confirmar el embarazo y corroborar edad gestacional, se toma muestra de sangre para clasificación ABO-Rh, y se refiere a la segunda consulta, dentro de las 24 horas siguientes.
- (2) Segunda consulta obligatoria con equipo interdisciplinario (IVE 2) que da asesoramiento. Tres profesionales (ginecólogo, profesional del área social y del área de salud mental) realizan asesoramiento sobre opciones ante el embarazo no deseado e informan sobre el lapso de reflexión propuesto por la ley que no deber ser menor de 5 días corridos.
- (3) Tercera consulta con ginecólogo (IVE 3): expresión final de voluntad de la mujer. En esta consulta se inicia el procedimiento de IVE definido en la Guía Técnica del Ministerio de Salud.
- (4) Las guías técnicas agregan una cuarta consulta de control post IVE en la cual se corrobora la buena evolución del proceso y se realiza orientación anticonceptiva y provisión del método elegido por la usuaria

La Guía Técnica para la IVE [8] fue elaborada por el Ministerio de Salud para establecer recomendaciones clínicas en relación a los procedimientos para la IVE. Se basa en las recomendaciones de la OMS [2], con algunas modificaciones basadas en las condiciones locales. Esta guía establece que se debe dar preferencia al aborto con uso de medicamentos sobre el procedimiento quirúrgico. Destaca que se debe explicar a la mujer que la preferencia por el régimen farmacológico se basa en la evidencia científica, la experiencia ya adquirida en el país y las condiciones locales del sistema de salud. Las recomendaciones clínicas deben adaptarse a cada mujer de acuerdo a su condición de salud y se debe explicar las características del método de aborto específico que se utilizará. El régimen farmacológico recomendado en esta guía técnica consiste en el uso de 200 mg de mifepristona por vía oral, seguido por el uso de 800 µg de misoprostol (vía bucal o vaginal) 36–48 hs mas tarde. En los casos con edad gestacional mayor de 9 semanas se realiza una segunda dosis de 800 µg de misoprostol a las 4 hs de la primera. Durante diciembre de 2012 se utilizó exclusivamente misoprostol dado que

la mifepristona no estaba disponible aún en el país. A partir de enero de 2013 el uso asociado de mifepristona–misoprostol fue la regla.

En caso de falla del régimen farmacológico o en caso que la mujer no desee el uso de medicamentos, se establece la realización de procedimiento quirúrgico mediante aspiración manual o eléctrica.

Luego del asesoramiento, la mujer puede utilizar la medicación (mifepristona y misoprostol) en su domicilio. El ginecólogo debe valorar los casos en las que es recomendable que el uso sea institucional: mujeres sin acompañamiento, labilidad emocional extrema, domicilio con poca accesibilidad a servicios de salud, embarazos de 12 semanas, usuaria con condiciones de riesgo para la IVE (cicatrices uterinas múltiples, discrasias sanguíneas, etc) o en caso que la mujer así lo solicite.

Los datos presentados en este artículo fueron obtenidos de un análisis retrospectivo observacional de los datos nacionales aportados por el Sistema Nacional de Información (SINADI) del Ministerio de Salud Pública. Los datos del número de IVE y tipo de procedimiento provienen del reporte obligatorio mensual que deben realizar todos los prestadores de servicios al Ministerio de Salud [9]. El período de estudio fue del 1 de diciembre de 2012 al 31 diciembre de 2014. Los datos obtenidos a partir del análisis de la base de datos del SINADI incluyen: número total de IVE en el período analizado y el método de aborto elegido (farmacológico o quirúrgico). En caso de aborto con medicamentos, el porcentaje de uso ambulatorio o institucional.

El reporte de complicaciones fue obtenido del informe de la Comisión Nacional para la Reducción de la Morbimortalidad de Causa Obstétrica, comisión que fue creada en el año 2011 Esta comisión estableció mecanismos de monitoreo de la mortalidad materna para mejorar la calidad de los registros: notificación obligatoria y uso de autopsia verbal. Esto implica el reporte obligatorio mensual del número de muertes maternas e ingresos a Centro de Tratamiento Intensivo de mujeres embarazadas (*near misses*) que deben hacer todos los prestadores de salud al Ministerio de Salud. Además creó la obligatoriedad de reportar también si hubo cero muerte materna, lo cual disminuye al mínimo la posibilidad de subregistro.

Dado que los datos nacionales son limitados, no contando con datos fundamentales como edad gestacional en el momento de la IVE, se decidió incluir un sub-análisis de datos procedente del Servicio de Salud Sexual y Reproductiva del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Se realizó un análisis del número de interrupciones voluntarias de embarazo, edad gestacional y método utilizado, en el período agosto 2014–diciembre de 2014. Los datos fueron recuperados mediante el llenado de un formulario prediseñado, sin datos identificatorios.

El proyecto fue aprobado por el Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública, y por el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

3. Resultados

En los 2 primeros años de implementación de la ley se realizaron 15 996 interrupciones voluntarias de embarazo dentro del sistema de salud en todo el país: 7447 en el período 1 de diciembre 2012–31

Tabla 1
Total de procedimientos de IVE y método utilizado.

Método	Período estudio				Total	
	2012–2013		2014		N	(%)
	N	(%)	N	(%)		
Farmacológico	7318	(98,3)	8483	(99,2)	15 801	(98,8)
Quirúrgico	129	(1,7)	66	(0,8)	195	(1,2)
Total de IVE	7447		8549		15 996	

Abreviaturas: IVE, Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Tabla 2
Lugar de administración de la medicación para la IVE.

Lugar de tratamiento	Período estudio				Total	
	2012–2013		2014			
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Uso ambulatorio	7075	(96,7)	8182	(96,5)	15 257	(96,6)
Uso Institucional	243	(3,3)	301	(3,5)	544	(3,4)
Total	7318	(100)	8483	(100)	15 801	(100)

Abreviaturas: IVE, Interrupción Voluntaria del Embarazo.

de diciembre 2013 y 8549 en el período 1 de enero a 31 de diciembre 2014 (Tabla 1).

Prácticamente el 99% de los casos fueron abortos con medicamentos (Tabla 1), según el régimen farmacológico descrito en la Guía Técnica.

Tomando en cuenta únicamente los abortos farmacológicos, aproximadamente un 96% de las mujeres en cada período utilizaron los medicamentos en forma ambulatoria (Tabla 2).

Teniendo en cuenta todos los tipos de procedimiento, poco más del 3% de las mujeres tuvieron que ser ingresadas en el hospital durante el proceso de IVE (Tabla 2).

En cuanto a las complicaciones, en el período 2012–2013 se reportó cero muerte materna por aborto en el marco de la ley de IVE. Se reportó 1 muerte materna por aborto ilegal-inseguro (en la capital del país, Montevideo, sector público de salud). Hubo 2 complicaciones graves reportadas: 1 histerectomía post-IVE y un ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos en un caso de aborto ilegal-inseguro. En el año 2014, no hubo muertes maternas por aborto en el país y tampoco se reportaron complicaciones graves.

En cuanto al análisis de los datos del Servicio de Salud Sexual y Reproductiva del Centro Hospitalario Pereira Rossell, un total de 481 mujeres recibieron servicios de IVE en este hospital durante el período comprendido entre agosto de 2014 y diciembre de 2014. En el 99% de los casos (476 de 481), se realizó un aborto con medicamentos, según los regímenes de tratamiento descritos en la Guía Técnica del Ministerio de Salud. El 46,2% eran embarazos con una edad gestacional menor de 10 semanas, mientras que el 53,8% eran embarazos con una edad gestacional entre 10 y 12 semanas y 6 días (Tabla 3).

4. Discusión

Los resultados de este análisis muestran la amplia aceptación en Uruguay del método médico para la IVE. La experiencia adquirida en el país, tanto por las mujeres como por los profesionales de salud, en el manejo médico de aborto dentro del modelo de reducción de riesgos y daños, fue fundamental en la decisión de usar medicamentos como la primera opción para la IVE.

La experiencia de otros países en los que hubo cambios en la legislación que llevaron a la legalización del aborto revela que no siempre es fácil poner en práctica el cambio. Los ejemplos de Zambia, India, Sudáfrica y Nepal demuestran que se necesita tiempo,

Tabla 3
Distribución de casos según edad gestacional al momento de la IVE en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Semanas	% casos	% acumulado
5	0,8	0,8
6	3,1	3,9
7	11,0	14,9
8	11,7	26,6
9	19,6	46,2
10	20,6	66,8
11	17,2	84,0
12	16,0	100

Abreviaturas: IVE, Interrupción Voluntaria del Embarazo.

advocacy y capacitación de los profesionales de salud si se desea que los servicios sean proporcionados a todas las mujeres que los necesitan. De hecho, en los países mencionados anteriormente, décadas han pasado y todavía no hay un acceso universal a servicios legales y seguros de IVE [10,11].

Por el contrario, en Uruguay, estos servicios estaban disponibles en todo el país en cuestión de días. El hecho de que se trata de un país pequeño es sin duda un factor facilitador, pero no es suficiente por sí solo para dar cuenta del extremadamente rápido despliegue de servicios de IVE. En un intento de analizar los factores que pueden estar detrás de este sorprendente éxito en la aplicación de la ley, es de destacar la estrategia de reducción de riesgos y daños implementada antes de esta Ley y que se ha descrito en otros artículos de este suplemento [12,13]. La voluntad política del Poder Ejecutivo y la eficiencia de altos funcionarios del Ministerio de Salud Pública también jugó un papel importante. Sin embargo, no hay duda de que, sin la disponibilidad del aborto con medicamentos, nunca habría tenido tanto éxito en tan corto período de tiempo.

La técnica de AMEU con anestesia local y sin ingreso hospitalario, que puede ser llevado a cabo por profesionales no médicos, ha tenido mucho éxito en varios contextos. Sin embargo, requiere entrenamiento de los profesionales de la salud, las instalaciones deben ser preparados en los diferentes servicios, los equipos se deben comprar, distribuir y mantener, y también debe existir un sistema logístico que asegure su disponibilidad en todo momento en los centros de salud de todo el país. Todo esto requiere tiempo y dinero, lo que no está siempre dentro de las posibilidades de los países. Por el contrario, el aborto médico tiene un costo mínimo, que es mucho menor que el costo de la atención de las complicaciones de los abortos inseguros clandestinos que se llevarían a cabo en ausencia de servicios de aborto legal.

La puesta en práctica del aborto con medicamentos también se vio facilitada por la experiencia previa adquirida en el uso de medicamentos para la interrupción del embarazo en el contexto del modelo de reducción de riesgos y daños, que permitió a los médicos familiarizarse y tener confianza en su uso. La otra característica del aborto médico que facilitó la aplicación de la ley es que pone una cierta distancia entre el profesional y el aborto. La prescripción de unas pastillas que la mujer va a tomar por sí misma en su domicilio es una experiencia muy diferente para el médico que la extracción del contenido uterino en un aborto quirúrgico. La distancia que se logra mediante la prescripción de fármacos aumenta el porcentaje de médicos que están dispuestos a proporcionar estos servicios [14].

La decisión del Ministerio de Salud Pública de dar preferencia al aborto con medicamentos está homologada internacionalmente tanto por la OMS como por la FIGO y existen guías que así lo recomiendan [2,3]. La guía para el aborto seguro de OMS (2012) establece como métodos recomendados para el aborto hasta las 12 semanas la aspiración de vacío manual o eléctrica, o el tratamiento farmacológico con una combinación de mifepristona seguida de misoprostol. El régimen de mifepristona seguida del misoprostol es seguro y eficaz hasta las 9 semanas (63 días) de embarazo y no requiere hospitalización. Existe también evidencia limitada que indica que un régimen de dosis repetidas de misoprostol entre las semanas 9 y 12 de gestación es seguro y eficaz.

Sumado a la evidencia y recomendaciones internacionales, la eficacia y seguridad del misoprostol para la interrupción del embarazo también ha sido evaluada en Uruguay, en el Hospital Pereira Rossell en el período mayo 2007-julio 2009, con resultados muy favorables [5]. Durante el período de estudio, el 93,3% de las usuarias no presentó complicaciones luego de la administración de misoprostol, y las complicaciones existentes fueron leves. No se reportaron muertes maternas ni ingresos a centros de terapia intensiva en esa población de usuarias. Estos datos avalaban la seguridad del uso de misoprostol en forma domiciliaria después de asesoramiento profesional, aun en un contexto legal restrictivo.

Los resultados observados no son diferentes de la experiencia descrita en otros contextos donde el aborto ha sido despenalizado en la última década, como el Distrito Federal de México. La capital de México despenalizó el aborto hasta las 12 semanas de embarazo en el año 2007 y la implementación de este derecho fue también un desafío. El método de aborto más utilizado inicialmente fue el quirúrgico. En los últimos años, se verificó una tendencia de disminución del uso del aborto quirúrgico a expensas de un aumento de los regímenes farmacológicos, inicialmente con misoprostol, y a partir de 2011, con régimen combinado después del ingreso de mifepristona en el mercado.

En el año 2013, ya el 69% de los abortos legales en el Distrito Federal de México se realizaban con medicamentos [15,16]. La experiencia con el uso de medicamentos en forma ambulatoria ha sido documentada para embarazos hasta 63 días de edad gestacional (9 semanas) con un régimen de 200 mg de mifepristona por vía oral, seguida por 800 mcg de misoprostol por vía bucal, con una tasa de éxito de 97,3% [16]. Para embarazos de hasta 70 días de edad gestacional (10 semanas) se utiliza el mismo régimen, con una eventual segunda dosis de 800 mcg de misoprostol. La tasa de éxito en estos casos fue de 93,3% [17].

Esta evidencia avala el uso del aborto con medicamentos hasta las 10 semanas de edad gestacional en forma ambulatoria, y apoya estudios previos de Estados Unidos en 2012 que demostraban la eficacia y seguridad del uso de medicamentos hasta las 10 semanas [18]. Por otro lado, este régimen ya se encuentra incluido en las guías clínicas de la US National Abortion Federation del 2015 [19].

Dentro de otras ventajas del uso del aborto con medicamentos está la aceptabilidad del método por parte de las usuarias. Si bien no se ha realizado un estudio específico sobre aceptabilidad del usuario, tanto los reportes de las organizaciones feministas, de las usuarias y de los equipos de salud destacan la aceptabilidad en base a: la eficacia del método, la confidencialidad con el cual se desarrolla el proceso (en domicilio) y la existencia de alternativas claras en caso de requerir consultas adicionales o de emergencia durante el proceso IVE.

La posibilidad de utilizar la medicación en domicilio fue destacada como un factor positivo de 5 que facilitan la vivencia de la IVE, según un estudio realizado por la organización Médicos del Mundo en Uruguay [20]. Según las entrevistas a mujeres que experimentaron una IVE, “cinco factores se destacan por haber ayudado a las mujeres a transitar por el servicio y la experiencia de IVE: el tono del servicio, el poder vivir el aborto en casa, la confidencialidad del servicio, el apoyo de otras mujeres pasando por lo mismo y la continuidad del cuidado.”

Esto es concordante con datos obtenidos en el Distrito Federal de México [17], donde el 76,6% de las mujeres en el estudio consideraron el proceso del uso de los medicamentos como poco o nada difícil, mientras que el 77,8% lo volverían a elegir en caso de una nueva IVE.

Esta experiencia en Uruguay puede ser útil para otros países que ya han liberalizado sus leyes de aborto, pero que aún no han logrado ponerlas en práctica, y también para los países que están actualmente en el proceso de liberalización de las leyes. Creemos que un régimen con medicamentos para la interrupción legal del embarazo, tal como el implementado en Uruguay, aumenta considerablemente la posibilidad de desplegar estos servicios en todo el sistema nacional de salud, con un costo mínimo, que es rápidamente recuperable mediante la reducción de las complicaciones del aborto clandestino. Se trata de una estrategia de bajo costo, que requiere un programa rápido de capacitación profesional. En los países con un menor

número de médicos por habitante que Uruguay, otros profesionales de la salud pueden ser entrenados para proporcionar estos servicios, según lo recomendado por la OMS.

Todas estas consideraciones, tomadas en conjunto, nos han animado a compartir nuestra experiencia a través de esta publicación.

Conflicto de intereses

Los autores no presentan conflicto de interés.

Referencias

- [1] Poder Legislativo [a]. Ley 18.987 Interrupción Voluntaria del Embarazo. Montevideo, 30/10/2012. <https://sip21-webext.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6650070.htm#>
- [2] World Health Organization. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. 2nd ed. Geneva: WHO; 2012. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/
- [3] FIGO Working Group on the Prevention of Unsafe Abortion and its Consequences. The combination of mifepristone and misoprostol for the termination of pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 2011;115(1):1–4.
- [4] Briozzo L, Vidiella G, Rodríguez F, Gorgoroso M, Faúndes A, Pons JE. A risk reduction strategy to prevent maternal death associated with unsafe abortion. *Int J Obstet Gynecol* 2006;95(2):221–6.
- [5] Gorgoroso M, Briozzo L, Stapf C, Fiol V, Leus I, Labandera A, et al. Ser parte de la solución...la experiencia de Iniciativas Sanitarias, Uruguay. Montevideo: Tradinco; 2011.
- [6] Fiol V, Briozzo L, Labandera A, Recchi V, Piñeyro M. Improving care of women at risk of unsafe abortion: Implementing a risk-reduction model at the Uruguayan-Brazilian border. *Int J Gynecol Obstet* 2012;118(Suppl 1):S21–S27.
- [7] Government of Uruguay [b]. Ministry of Public Health. Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Montevideo, Uruguay: MSP; 2012.
- [8] Government of Uruguay [c]. Ministry of Public Health. Guía técnica para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Montevideo, Uruguay: MSP; 2012.
- [9] Government of Uruguay [d]. Ministry of Public Health. Sistema Nacional de Información (SINADI). Datos período 2012–2014.
- [10] Varkey P, Balakrishna PP, Prasad JH, Abraham S, Joseph A. The reality of unsafe abortion in a rural community in South India. *Reprod Health Matters*. 2000;8(16):83–91.
- [11] Rocca CH, Puri M, Dulal B, Bajracharya L, Harper CC, Blum M, et al. Unsafe abortion after legalisation in Nepal: a cross-sectional study of women presenting to hospitals. *BJOG*. 2013;120(9):1075–83.
- [12] Briozzo L. From risk and harm reduction to decriminalizing abortion: The Uruguayan model for women's rights. *Int J Gynecol Obstet* 2016;134(Suppl. 1):S3–6.
- [13] Labandera A, Gorgoroso M, Briozzo L. Implementation of the risk and harm reduction strategy against unsafe abortion in Uruguay: From a university hospital to the entire country. *Int J Gynecol Obstet* 2016;134(Suppl. 1):S7–11.
- [14] Faúndes A, Andalaft-Neto J, Duarte GA. Aborto inducido: Conhecimento, atitude e prática de Ginecologistas e Obstetras no Brasil. *Femina*. 2004;31(1):71–72.
- [15] Health Information Management, General Management of Planning and Coordination Sector, Mexico City Ministry of Health. Extract of Patient Registration of the Legal Termination of Pregnancy Program. Published 2013.
- [16] Peña M, Dzuba IG, Smith PS, Mendoza LJ, Bousiéguez M, Martínez ML, et al. Efficacy and acceptability of a mifepristone–misoprostol combined regimen for early induced abortion among women in Mexico City. *Int J Gynecol Obstet* 2014;127(1):82–85.
- [17] Sanhueza Smith P, Peña M, Dzuba IG, García Martínez ML, Aranguré Peraza AG, Bousiéguez M, et al. Safety, efficacy and acceptability of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion through 70 days since last menstrual period in public sector facilities in Mexico City. *Reprod Health Matters* 2015;44(Suppl 1):75–82.
- [18] Winikoff B, Dzuba IG, Chong E, Goldberg AB, Lichtenberg ES, Ball C, et al. Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstet Gynecol* 2012;120(5):1070–6.
- [19] National Abortion Federation. 2015 Clinical Policy Guidelines. Washington, DC: NAF; 2015 <http://prochoice.org/education-and-advocacy/2015-clinical-policy-guidelines/>
- [20] Silva M. Lo que cuentan las mujeres. Vivencias y trayectorias terapéuticas de usuarias de los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Montevideo, Cerro Largo y Paysandú. Médicos del Mundo Francia. April 2014.



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

Objeción de conciencia como barrera para implementar la Interrupción voluntaria del embarazo en el Uruguay: Variaciones en la actitud y comportamiento de los ginecólogos



Francisco Coppola *, Leonel Briozzo, Fernanda Nozar, Verónica Fiol, Diego Greif

Clínica Ginecotológica A. Hospital Pereira Rossell, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras llaves:

Actitud ginecólogos
Interrupción legal del embarazo
Objeción de conciencia
Uruguay

RESUMEN

Objetivos: Analizar las distintas actitudes y comportamientos de los ginecólogos frente al derecho a la objeción de conciencia, incluido en la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. **Método:** Se analizaron las leyes y decretos pertinentes, artículos académicos, las demandas legales o administrativos, las posiciones publicadas por las instituciones representativas de médicos y por grupos de ginecólogos. **Resultados:** Las instituciones, en general, se colocaron a favor de una correcta aplicación de la objeción de conciencia y la gran mayoría de los ginecólogos siguieron esa conducta. Pequeños grupos hicieron fuerte oposición y en un departamento (provincia) todos se declararon objetores. **Conclusiones:** La mayor parte de los ginecólogos mostraron tener "compromiso de conciencia," atendiendo la obligación primaria de cumplir con el deber ético de dar atención a la persona que lo solicita, objetores o no. Un grupo pequeño usó la objeción de conciencia para poner obstáculos a la atención de las mujeres que necesitaban el servicio, algunos honestamente objetores y otros pseudo-objetores.

© 2016 Publicado por Elsevier Ireland Ltd en nombre de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Artículo de acceso abierto bajo licencia CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introducción

En octubre de 2012 se promulgó la Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Uruguay que permite el aborto a solicitud de la mujer hasta las 12 semanas de gestación o hasta las 14 semanas en caso de violación. Un elemento muy importante en el texto de la ley 18.987 es que su artículo 11 reconoce el derecho a la objeción de conciencia para los ginecólogos. Hasta esa fecha no era habitual invocar objeción de conciencia en los casos de interrupción del embarazo por los causales incluidos como no punibles en la ley anterior. Por ello, la consagración legal del derecho a la objeción de conciencia desencadenó un fuerte y novedoso debate y dio oportunidad para que algunos grupos colocaran obstáculos a la ejecución de la ley.

Para entender mejor la situación actual, es útil recordar la evolución histórica del Uruguay, que es diferente a la de otros países de la región. Uruguay ha sido históricamente un país laico. Hace casi un siglo, en el año 1917, se separó formalmente la Iglesia Católica del

Estado, en medio de un proceso de secularización que constituyó una nación laica, con un sistema de educación pública también laico.

Desde el año 1938 estaba en vigencia un marco legal restrictivo respecto al aborto que era ilegal y penalizado. La Ley 9763 consideraba al aborto como un delito que podía ser eximido de pena en determinadas circunstancias: cuando el embarazo era producto de una violación, por honor de la familia, angustia económica o riesgo para la vida de la mujer (Ley 9.763, 1938) [1].

Desde fines del siglo pasado, y sobre todo a principios de este siglo, la alta mortalidad por aborto ilegal e inseguro provocó una reacción de la sociedad civil y de grupos de ginecólogos que tentaron, por una parte liberalizar la ley y por otra, encontrar soluciones alternativas sin esperar el cambio legal. Esa solución, que se mostró muy eficiente, fue la llamada estrategia de reducción de riesgos y daños, que se describe en detalle en otro artículo de este mismo suplemento [2].

Esta estrategia se mostró tan eficaz en reducir la mortalidad materna por aborto, que el 10 de julio del 2008, se aprueba Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) que consagra la estrategia de "reducción de riesgos y daños", basado en la confidencialidad y el asesoramiento pre y post aborto institucional. Se conforman para ello equipos de SSyR en todo el país [3].

Este proceso culmina en octubre de 2012, con la promulgación de la Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en

* Autor para correspondencia: Clínica Ginecotológica A, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Tel.: +59894451100
Dirección de email: fracopp60@yahoo.es (F. Coppola).

Uruguay, que como dijimos mas arriba, en su artículo 11, reconoce el derecho a la objeción de conciencia que los ginecólogos y el personal de salud puedan tener al respecto [4].

El 22 de noviembre de 2012 se aprueba el decreto reglamentario que instrumenta la aplicación de la ley y se recomienda una guía clínica. Este decreto limita la objeción de conciencia al acto mismo de IVE (excluyendo el pre y post aborto y excluye al personal no médico) y garantiza además (en su artículo 12) la autonomía de la mujer y la “no influencia” del equipo de salud en esta decisión [5].

En una reacción a la ley y al decreto descrito más arriba, diversos grupos políticos crearon un comité y consiguieron reunir el número de firmas necesarias para realizar una consulta nacional que habilite posteriormente la realización de un referéndum que finalmente pueda aprobar la anulación de la ley que liberaliza el aborto. El referéndum sólo es convocado si en la consulta previa 25% o mas de la población se presenta a votar, expresándose de esa forma a favor del realizar el referéndum.

El 23 de junio 2013 se realizó esa consulta nacional para lograr la habilitación de un plebiscito revocatorio de la Ley de despenalización del IVE. Concurrieron a votar el 8,9% de los ciudadanos, muy lejos del 25% requerido para luego convocar a referéndum revocatorio. Frente a ese resultado, el comité en cuestión y los diferentes partidos políticos lo aceptaron como un fuerte apoyo popular a la ley. Como consecuencia, la discusión sobre la ley se considera cerrada y esta pasa a formar parte definitiva de la legislación del Uruguay.

La aplicación de la ley, sin embargo, no estuvo libre de obstáculos. El objetivo del presente artículo es analizar las diferentes formas de actuar de los profesionales ginecólogos uruguayos frente a la posible invocación de objeción de conciencia y hasta donde esto pudo constituirse en un obstáculo para la implementación práctica de la despenalización del aborto en Uruguay

2. Materiales y método

Se revisaron las leyes y decretos pertinentes: Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva 2008; Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Uruguay, y el Decreto Reglamentario de la Ley 18.987 del 22 de noviembre de 2012.

Así mismo, se revisaron las posiciones de instituciones representativas de los médicos y principalmente, las variadas reacciones de los ginecólogos que deberían aplicar en la práctica, la ley.

Entre las instituciones, marcaron su posición en declaraciones escritas y públicas la Sociedad de Ginecología del Uruguay (SGU), apoyada en posiciones de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG); la Unidad Académica de Bioética y la Clínica Ginecológica A de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República; el Colegio Médico del Uruguay; y la ONG Iniciativas Sanitarias.

Las posiciones de los ginecólogos fueron evaluadas en base a artículos académicos, declaraciones públicas, acciones legales y administrativas (demanda frente al Tribunal de lo Contencioso Administrativo), y sus resultados (resolución definitiva del Tribunal de lo Contencioso Administrativo).

3. Resultados

La Sociedad de Ginecología del Uruguay (SGU) simplemente endosó las recomendaciones respecto a la objeción de conciencia del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG. Entre otras determinaciones, ese Comité de FLASOG recomienda “Informar, sensibilizar y capacitar a profesionales de la salud y usuarios de servicios, sobre las implicaciones que tiene la objeción de conciencia sobre los derechos de las personas” e “Incluir la regulación de la objeción de conciencia en la normatividad interna de las instituciones de salud, asegurando la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a las personas que los solicitan” [6].

La SGU, sin embargo, no fijó una posición frente al mal uso de este recurso.

La Unidad Académica de Bioética de la Facultad de Medicina, en respuesta a este debate, publica un artículo aclaratorio de la objeción de conciencia y sus diferencias con la desobediencia civil, en el que se finaliza afirmando que: “De acuerdo a lo expuesto, la objeción de conciencia debe ser diferenciada de la desobediencia civil, que es un intento de obstaculizar las decisiones autónomas de la mujer a través de la presión de colectivos que pretenden ejercer un poder heterónimo sobre las conciencias morales individuales” [7].

La Clínica ginecológica A de la Facultad de Medicina (Gine-A) es una de las 3 clínicas formadoras de médicos y ginecólogos en nuestro país. Fijó y expresó su posición mediante la publicación de artículos académicos, y participando en el debate público. Mostró una posición de defensa de la autonomía de las mujeres y al mismo tiempo del derecho a la objeción de conciencia, estableciendo los límites y desenmascarando las posiciones pseudo-objectoras. Además de ello, contribuyó a asegurar la aplicación práctica de la ley de despenalización del aborto en Uruguay fortaleciendo los equipos de SSyR [8].

Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto en Condiciones de Riesgo (IS), es una ONG de profesionales impulsora del modelo de reducción de riesgos y daños en Uruguay. Su actividad más destacada en este tema fue la organización de un Panel de Alto Nivel: “Seguir avanzando en la salud de las mujeres, sobre la base de los valores profesionales, garantía de respeto de los derechos y autonomía de las usuarias.” Participaron destacados académicos mundiales en Bioética como el Prof. Bernard Dickens, entre otros, con el fin de debatir y clarificar el verdadero sentido de la objeción de conciencia. Particularmente importante fue concluir que cuando el profesional que recibe la solicitud de interrupción del embarazo es objeter de conciencia, este tiene la obligación de “referir a la paciente, con lo que resuelve el problema del conflicto de intereses, y el referir no implica que el profesional participe del proceso.” También que “Cuando en una emergencia está en juego la vida del paciente o su salud mental y física o la forma en que esta puede ser preservada, si el profesional es objeter, y si no puede referir a quien no lo sea, el médico debe dar prioridad a la vida del paciente, a su salud y bienestar, realizando los procedimientos indicados” [9].

El Colegio Médico ha aclarado los conceptos de objeción de conciencia y sus límites en varios comunicados. Establece claramente que si “alguien se dispone a incumplir una normativa legal, naturalmente debe asumir su obligación de proporcionar a la sociedad un fundamento mínimo serio sobre tal omisión, que justifique la correspondiente ausencia de respuesta social punitiva y además establece “la importancia de diferenciar la objeción de conciencia bien fundamentada de aquella que invoca motivos ajenos a su propia definición” [10].

La reacción de los ginecólogos frente al derecho a invocar la OC fue heterogénea. En un primer momento no se solicitaron declaraciones por escrito a pesar de que se diseñó un formulario para este fin, debido en parte a la reacción negativa frente a la posibilidad de hacerla obligatoria. El procedimiento en los hechos consistió solamente en comunicaciones al jefe de servicio de cada lugar.

Todo el grupo de ginecólogos que había propuesto y aplicado la estrategia de reducción de riesgos y daños, que constituye la mayor parte de estos profesionales, principalmente en Montevideo, aceptaron la posibilidad de que colegas pudieran invocar la objeción de conciencia sin perjudicar la atención de las mujeres que solicitan IVE, pero nunca utilizar ese recurso para obstaculizar esa atención.

Un porcentaje menor de ginecólogos invocaron objeción de conciencia. De acuerdo con el Ministerio de Salud del Uruguay que el 16 de junio del 2013 en conferencia de prensa (MSP) presentó un primer balance de la aplicación de IVE, se estimó que un 30% de los ginecólogos se acogieron a la objeción de conciencia, pero los datos no son fácilmente demostrables.

El grupo mayor de ginecólogos que invocaron objeción de conciencia se encuentra en el interior del país (fuera de Montevideo) donde está el 50% de la población. Esto fue particularmente problemático para algunos departamentos (estados) del interior donde las objeciones fueron más o menos generalizadas. Especialmente en el departamento de Salto (a 400 km de Montevideo) donde la totalidad de los ginecólogos invocaron objeción de conciencia y lideraron las acciones administrativo-legales contra la ley y su aplicación. El que la totalidad de los ginecólogos de ese departamento invoquen objeción de conciencia parece extraño, porque se sabe que quien tiene dinero obtiene una interrupción clandestina, pero segura del embarazo en ese departamento, como en el resto del país.

En agosto del 2014 se conoció una demanda presentada al Tribunal de lo Contencioso Administrativo por 18 ginecólogos, principalmente de Salto, junto a algunos docentes de la Facultad de Medicina. En ella se argumenta que el decreto reglamentario no respeta la ley. Se propone en la demanda que la objeción de conciencia debería extenderse a todo el personal de salud, que debe abarcar todo el proceso, incluido el período pre aborto y post aborto y que no se debe limitar la posibilidad de influir en la decisión de la mujer.

Este grupo de ginecólogos consiguió parcialmente su objetivo. El 11 de agosto del 2015 se publica el fallo definitivo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo, quién admite la objeción de conciencia al acto inmediatamente previo y al acto de aborto en sí mismo, pero no al post-aborto. Excluye del derecho a objeción de conciencia al personal médico administrativo no directamente implicado en el aborto. Anula el artículo 12 que impedía a los médicos influir en la decisión de la mujer, entre otras modificaciones menos sustanciales referido a períodos y plazos [11].

Por otra parte ha sido posible observar grados y matices en la objeción de conciencia. Muchos ginecólogos hacen objeción de conciencia, pero en realidad se refieren a las aspiraciones intrauterinas, pero no al uso de medicamentos. Ocurre que la gran mayoría de los IVE en Uruguay son medicamentosos, auto-administrados y domiciliarios [12]. Igualmente es común que haya quienes declaran objeción de conciencia referida a la IVE de fetos sanos, pero no cuando hay malformaciones y la interrupción del embarazo es por causa médica [13].

Todas esas informaciones revelan que aunque la inmensa mayoría de las mujeres uruguayas tienen acceso al aborto legal y seguro, grupos de ginecólogos han utilizado la objeción de conciencia para colocar obstáculos a ese derecho.

4. Discusión

La cobertura de la prestación de servicios de IVE legal y segura está generalizada en todo el sistema de salud, a pesar de la utilización, ocasionalmente abusiva, de la objeción de conciencia. La cobertura está garantizada, no sin dificultades en algunas regiones, donde los ginecólogos invocaron objeción de conciencia en bloque (Salto). Soluciones puntuales, como participación de profesionales que van hasta Salto desde otros sitios se están implementando, y aunque imperfectas, están asegurando las prestaciones hasta el momento de escribir este artículo.

La actitud y comportamiento de los ginecólogos de Salto es excepcional y ayuda a separar las distintas formas de entender y utilizar la objeción de conciencia frente a la mujer que solicita la IVE. La revisión de la reacción de los ginecólogos uruguayos en los primeros años y meses después de la liberación de la ley sobre aborto, permite dividirlos esquemáticamente en cuatro grupos según como entienden y utilizan la objeción de conciencia. La primera división es entre aquellos “con compromiso de conciencia” o “sin compromiso de conciencia”, definiendo “compromiso de conciencia” como la obligación primaria de cumplir con el deber ético de dar

atención a la persona que lo solicita, por encima de todas las otras consideraciones. La inmensa mayoría de los ginecólogos uruguayos se mostraron “con compromiso de conciencia”, distinguiendo entre ellos, los no objetores y los objetores. Hay un grupo más pequeño de colegas “sin compromiso de conciencia”, que dan más relevancia a su objeción (o pseudo-objeción) que a su deber ético de dar atención a quien lo precisa. Este grupo se divide, a su vez, entre los objetores verdaderos y los pseudo-objetores, que apenas usan la objeción de conciencia para no practicar IVE por motivos de conveniencia personal, sin tener restricciones reales de conciencia.

Nuestra percepción de las características de estos cuatro grupos está descrita a continuación, entendiendo que se trata de una propuesta de clasificación, que no deja de ser esquemática, pero que tal vez se pueda aplicar a otros contextos fuera del Uruguay.

1. Ginecólogos con compromiso de conciencia: no objetores

Este grupo de ginecólogos son, en su mayoría, los mismos que en período previo trabajaron en el modelo de reducción de riesgos y daños. La despenalización del IVE encontró una masa crítica de profesionales, que apoyándose en la defensa de los derechos y la bioética (defensa de la autonomía, secreto médico y confidencialidad) había implementado el modelo de atención pre y post aborto. La aplicación de este modelo en sí mismo tuvo un fuerte impacto en la reducción de la mortalidad materna por aborto en condiciones de riesgo, pero también consolidó un grupo de profesionales, con arraigo en la Facultad de Medicina que a la postre facilitó la aplicación del nuevo marco legal [2].

2. Ginecólogos con compromiso de conciencia: objetores

Ellos están en el 30% de objetores estimado, pero no son la totalidad. Estos ginecólogos entienden la objeción de conciencia de acuerdo a los conceptos bioéticos correctos—en ningún momento obstaculizan la aplicación de la Ley ni se oponen a los derechos de las pacientes—protegen su conciencia al mismo tiempo que se aseguran que las mujeres sean atendidas.

3. Ginecólogos sin compromiso de conciencia: objetores

Este grupo minoritario ligado a grupos religiosos antepone sus conceptos a las leyes y a las necesidades de las mujeres. Si bien en sí mismo la objeción de conciencia es honesta y sincera, la utilización de este mecanismo para obstaculizar el acceso a IVE, derecho consagrado en la ley, los hace caer en actitudes no éticas ya que vulneran los derechos y lesionan la autonomía.

4. Ginecólogos sin compromiso de conciencia: pseudo objetores

Este grupo aún más minoritario no tiene real objeción de conciencia, no es honesta, quiere obstaculizar la aplicación de la ley por cuestiones de conveniencia (intereses políticos o de otra índole). Se trata de una falsa objeción, que felizmente se limita a un grupo muy pequeño de ginecólogos en el Uruguay.

La aplicación exitosa de la Ley de IVE en Uruguay con dramática reducción de muertes maternas por aborto es mérito de los primeros dos grupos de ginecólogos, “con compromiso de conciencia”, objetores o no. Los grupos 3 y 4 han utilizado los recursos legales y administrativos como forma de lucha política contra la Ley. No obstante, si bien han conseguido aparecer en los medios de comunicación, no ha tenido repercusión práctica significativa.

Una excepción ya mencionada, es el departamento de Salto, donde todos los ginecólogos hacen objeción de conciencia y han dificultado la prestación de servicios de IVE.

El recurso administrativo presentado por 18 ginecólogos de los grupos 3 y 4 descritos arriba, provocó algunas modificaciones, algunas esperadas por los demandantes y otras no. Básicamente se ajustaron los plazos, se determinó que la objeción de conciencia sólo puede ser invocada por los profesionales en el período inmediatamente anterior y en el acto mismo del aborto, no al inicio ni en el post aborto. Se desestimó la solicitud de que otro personal (ejemplo el administrativo) pueda invocar objeción de conciencia. La supresión del artículo 12 que prohibía influir en la decisión de la mujer, tiene poca importancia práctica, porque los médicos tienen que obedecer

al Código de Ética Médica, sancionado por ley No. 19.286 de 25 de setiembre de 2014. Este Código establece en su art. 3º que “es deber del médico, como profesional de la salud a) Respetar la vida, la dignidad, *la autonomía* (itálica nuestra) y la libertad de cada ser humano, y b) No utilizar el ejercicio profesional para manipular a las personas desde un punto de vista de los valores” [14].

Por otra parte la sentencia resultante del fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo, producto del recurso que los opositores a la ley presentaron, ha determinado la obligatoriedad de la declaración escrita de objeción de conciencia. Ese mismo grupo se niega a admitir cualquier tipo de declaración escrita o regulación bajo el argumento de que “la conciencia no se regula”, confundiendo “conciencia” con el acto de “invocar objeción de conciencia”. A partir de ahora, sin embargo, las instituciones prestadoras de servicios deberán exigir el cumplimiento de estas formalidades de manera estricta, lo que implicará la creación de registros de objetores que les permitan saber a ciencia cierta quienes lo son, para poder organizar en consecuencia sus servicios. Esta modificación no se ha instrumentado a la fecha.

Hasta ahora no se han fijado opciones de objeción de conciencia parciales, tanto en cuanto al método usado—aspiración o medicamentos, o en cuanto a la indicación del IVE, como describimos en Resultados. Es de esperar tantas variantes de objeción de conciencia como objetores, lo que es lógico de algo tan individual como la conciencia. Por eso, debería admitirse la posibilidad de la llamada objeción de objeción parcial. Esta opción estaba incluida en el formulario inicial de objeción de conciencia, sin embargo, hasta ahora no ha sido aplicado.

Sería necesario, además, que se establezca alguna otra instancia o procedimiento para verificar la honestidad y autenticidad de esta objeción, evitando así el abuso y las “falsas objeciones” que, por comodidad u otros intereses, pretendan solo evadirse del marco legal. Determinar si la objeción de conciencia es genuina implica evaluar los siguientes puntos que en definitiva reflejan la honestidad de las declaraciones: (1) la necesaria ausencia de fin político; (2) el respeto a los derechos ajenos; y (3) la honestidad y coherencia, fundamentalmente que la conducta previa del objetor no lo sitúe en una posición previamente asumida, contraria a la que hoy pretende objetar.

También que la objeción de conciencia se haga con independencia del estatus económico social de las usuarias (principio ético de justicia) o del lugar en el que el ginecólogo trabaja (por ejemplo, diferencias entre el trabajo público y el privado).

La instancia que realice esta validación debería ser el Colegio Médico y su Comité de Ética, es decir, un organismo neutral, depositario de la confianza social en el ordenamiento de la profesión médica, con una especial competencia reguladora en la ética y en la deontología profesional. Este punto, a pesar de tantos avances, aún está lejos de ser alcanzado en nuestro país

Conflicto de interés

Los autores son todos docentes de la Clínica A de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República que tienen una posición definida sobre objeción de conciencia que coincide con el Comité sobre el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y Salud de la Mujer de FIGO.

Referencias

- [1] Poder legislativo [a] Ley 9.763 Aborto- Se modifica un capítulo del código penal declarándolo delito. <http://200.40.229.134/leyes/TextoLey.asp?Ley=09763&Anchor=>. Accessed November 24, 2015.
- [2] Labandera A, Gorgoroso M, Briozzo L. Implementation of the risk and harm reduction strategy against unsafe abortion in Uruguay: From a university hospital to the entire country. *Int J Gynecol Obstet* 2016;134(Suppl. 1):S7–11.
- [3] Poder Legislativo [b]: Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. <https://sip21-webext.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9334873.htm>. Accessed June 10, 2016.
- [4] Poder Legislativo [c]: Interrupción voluntaria del embarazo. Ley Nº 18.987 (Oct. 30, 2012). <https://sip21-webext.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp8311016.htm>. Accessed June 10, 2016.
- [5] Uruguay - Decreto reglamentario de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2012/11/cons_min_604.pdf. Accessed February 19, 2016.
- [6] Latin American Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology. Sexual and Reproductive Rights Committee. Workshop on conscientious objection. In: 2nd International Legal Congress on Reproductive Rights. San José, Costa Rica, November 28–30, 2011. <http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/tallerobjeciondeconciencia.pdf>. Accessed January 14, 2013.
- [7] Mautone M, Almada HR. Sobre la Objeción de Conciencia en el Ámbito de la salud – Unidad Académica de Bioética – Facultad de Medicina – UDELAR. http://uruguay.campusvirtualsp.org/sites/uruguay.campusvirtualsp.org/files/oc_en_ive_uab.pdf. Accessed November 14, 2015.
- [8] Coppola F. Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia en Uruguay: *Rev Méd Urug* 2013;29(1):43–6.
- [9] High Level Panel “Seguir avanzando en la salud de las mujeres. Sobre la base de los valores profesionales, garantía de respeto de los Derechos y Autonomía de las usuarias”. <http://www.iniciativas.org.uy/panel-de-alto-nivel-31-10-fallo-tca/>. Accessed November 24, 2015.
- [10] Colegio Médico del Uruguay: Sobre la propuesta de reglamentación de la Objeción de Conciencia (y otros) 11 de junio 2013. <http://www.colegiomedico.org.uy/Comunicados/TabId/190/PageID/3/PgrID/605/Default.aspx>. Accessed November 24, 2015.
- [11] Fallos del TCA. <http://www.tca.gub.uy/fallos.php>. Accessed November 14, 2015.
- [12] Fiol V, Rieppi L, Aguirre R, Nozar M, Gorgoroso M, Coppola F, et al. The role of medical abortion in the implementation of the law on voluntary termination of pregnancy in Uruguay. *Int J Gynecol Obstet* 2016;134(Suppl. 1):S12–5.
- [13] Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) según Ley 18987 del 17.10.2012. <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Descargue-aqui%3AD-el-Manual-de-Procedimientos-IVE.pdf>. Accessed June 10, 2016.
- [14] Código de ética médica. Ley Nº 19.286. http://colegiomedico.org.uy/Portals/1/Documentos/C%3%B3digo_de_%389tica_final.pdf. Accessed June 10, 2016.



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

Mortalidad materna total y asociada al aborto en los últimos 25 años en el Uruguay, y su relación con políticas y acciones de protección de los derechos de la mujer



Leonel Briozzo ^{a,*}, Rodolfo Gómez Ponce de León ^b, Giselle Tomasso ^a, Anibal Faúndes ^c

^a Clínica Ginecocológica A. Hospital Pereira Rossell, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

^b Centro Latino Americano de Perinatología (CLAP), Montevideo, Uruguay

^c Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (Cemicamp), Campinas, SP, Brasil

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras llaves:
 Aborto inseguro
 Desarrollo humano
 Legislación sobre aborto
 Mortalidad materna
 Reducción de riesgos

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la evolución de la razón de mortalidad materna durante los últimos cambios sociales y con indicadores del Índice de Desarrollo Humano (IDH). **Método:** Se analizan los datos sobre mortalidad materna obtenidos directamente del Ministerio de Salud Pública del Uruguay, para el período de 2001 al 2015 y las estimaciones del Grupo Inter-Agencial de Naciones Unidas para el período de 1990 a 2015. Se evaluó la velocidad de descenso de la mortalidad materna por quinquenios, la variación del porcentaje de muertes por aborto y la coincidencia con indicadores del IDH. **Resultados:** Hubo una importante disminución de la mortalidad materna, que se ha dado a expensas fundamentalmente de una disminución de las muertes por aborto provocado que era la primera causa de mortalidad materna en la década de 1990. La reducción de la mortalidad materna en la última década también coincide con un período de reducción de la pobreza y mejora del IDH. **Conclusiones:** Uruguay tuvo una rápida reducción de la mortalidad materna, principalmente por aborto, coincidiendo con la aplicación del modelo de reducción de daños que se consolida con la despenalización del aborto.

© 2016 Publicado por Elsevier Ireland Ltd en nombre de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Artículo de acceso abierto bajo licencia CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introducción

La mortalidad materna es aún inaceptablemente elevada: cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto [1]. Se estima que alrededor de 10,7 millones de mujeres han muerto en el mundo por causas maternas entre 1990 y 2015. Sin embargo también durante este tiempo el mundo hizo importantes progresos en la reducción de la mortalidad materna. La razón global de mortalidad materna fue reducida un 44% (IC 33% a 48%), de 385 por 100 000 nacidos vivos en 1990 hasta 216 por 100 000 nacidos vivos en 2015. El riesgo de muerte global por causas maternas pasó de ser 1 a cada 73 nacimientos en 1990 a 1 en 180 nacimientos en 2015 [2].

El informe de 2014 de Naciones Unidas ya reportaba que a pesar de los avances logrados en todas las regiones del mundo, la razón de la mortalidad materna en las regiones con bajo y medio nivel de ingreso durante 2013 (230 muertes maternas a cada 100 000 nacidos vivos) fue 14 veces más alta que la de las regiones de alto nivel de

ingreso, donde durante el mismo período apenas se registraron 16 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos [2].

Globalmente solo 9 países han reportado alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 5, ninguno de ellos en América Latina y el Caribe, donde se observó el menor descenso comparativo de la mortalidad materna de todas las regiones, entre 1990 y 2015 [2].

Uruguay ha presentado una drástica disminución de su mortalidad materna en los últimos 25 años, y se encuentra según los datos de Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) [3], en el segundo lugar con la menor mortalidad materna en la región de las Américas. Los 5 países con menor mortalidad materna de la región son Canadá (11 por 100 000 nacidos vivos), Uruguay (14 por 100 000), Puerto Rico (20 por 100 000), Chile (22 por 100 000) y los Estados Unidos (28 por 100 000) [4].

De acuerdo a las estimaciones de la OMS para 2015, Uruguay redujo la mortalidad materna en 59,5% en los últimos 25 años, con un promedio anual de descenso de 3,7% (IC 2,4–5,1), mayor que el registrado para la Región de América Latina y el Caribe que fue de 50% de descenso y un promedio de descenso anual de 2,8%. Vale destacar que hay países en la región, como por ejemplo Perú, que tampoco han alcanzado el ODM 5, con un descenso del 73% de la mortalidad materna, según estas estimaciones de las Naciones Unidas [2].

* Autor para correspondencia: PO Box 11600, Montevideo, Uruguay.
 Tel.: +598 27099122.

Dirección de email: leobriozzo@hotmail.com (L. Briozzo).

En la década del 1990, el perfil de mortalidad materna de Uruguay mostraba que la primera causa era el aborto inseguro, seguida por la hemorragia y otras complicaciones [5]. La muerte materna era significativamente mayor en el sector público de asistencia que en el privado [6].

A partir de la década de 1990 y más aún, después del cambio de siglo, se logra una marcada reducción de la mortalidad materna en Uruguay. El presente artículo tiene por objetivo analizar la evolución de la mortalidad materna y en particular de las muertes maternas por aborto inseguro en Uruguay, en el período 1990–2015 y su relación con los cambios sociales y sanitarios desarrollados en este país y con indicadores de desarrollo humano.

2. Materiales y método

Se realizó un análisis de la evolución de la mortalidad materna desde 2001 al 2015 de acuerdo a los datos obtenidos directamente por la División de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública del Uruguay [7]. Los datos desde 1990 hasta 2015 se analizaron utilizando las estimaciones de OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y la División de Población de Naciones Unidas [2]. Se analizó también la asociación temporal de los cambios en la mortalidad materna con la implantación de políticas sanitarias y sociales, además de los distintos indicadores que se utilizan para la estimación del Índice de Desarrollo Humano [8].

El sistema de registro de las muertes maternas del Uruguay cambió en este período: hasta 2004 los datos de muerte materna eran solo procedentes de los certificados de defunción (CD). Desde 2005 hay un sistema de búsqueda activa de muerte de mujeres en edad fértil. La realizan las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud que informan al Ministerio (Estadísticas Vitales). Esta información incluye la declaración mensual de la no presencia de muertes maternas, es decir reporte de cero muertes maternas, por las instituciones integrantes del sistema de salud tanto público como privado [7].

Desde 2005 hasta 2010 hay datos de certificados de defunción y de denuncia, pero no están discriminados. Desde 2010 hasta 2015

están discriminados y por lo tanto se sabe cuántos casos fueran identificados por certificado de defunción y cuantos por denuncia.

Además, debido al compromiso del país para reducir la mortalidad materna, hay un reconocimiento del papel de la vigilancia de la mortalidad materna, lo que resulta en mayor y mejor investigación de las muertes de mujeres en edad fértil, a través de la búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas (BIRMM) a nivel central y en la creación y el fortalecimiento de la Comisión para la Reducción de la Morbimortalidad Materna a nivel nacional. Todo esto hace que hoy el sistema de registro de muertes maternas del país sea un sistema confiable. En 2013 se auditaron 900 historias clínicas de mujeres fallecidas de 12 a 49 años y se identificaron los mismos 9 casos reportados por la Comisión de Morbimortalidad, confirmando la confiabilidad del sistema.

La Figura 1 muestra esquemáticamente las dos fuentes de datos que tiene el Ministerio de Salud desde el año 2010 para pesquisar los casos de muerte materna.

Como Uruguay es un país pequeño, con un número de nacidos vivos en torno de 50 000 por año, la razón de mortalidad materna puede tener grandes variaciones de año en año, porque una muerte materna causa un cambio importante en la razón. Por eso es más apropiado comparar períodos de cinco años y las tablas se muestran con los datos anuales y quinquenales.

Además del total de muertes maternas en el período, se reportan también las muertes por aborto inseguro y su proporción en relación al total de muertes maternas. Enseguida se analizan para el mismo período los indicadores sociales (expectativa de vida al nacimiento, años esperados de escolaridad, promedio de años de escolaridad, producto nacional bruto per capita) que constituyen los elementos utilizados para la estimación del índice de desarrollo humano (IDH) [8].

3. Resultados

Utilizando solamente los datos registrados en el Ministerio de Salud Pública para los últimos 15 años, vemos un descenso sostenido durante el período estudiado, aunque con las grandes variaciones

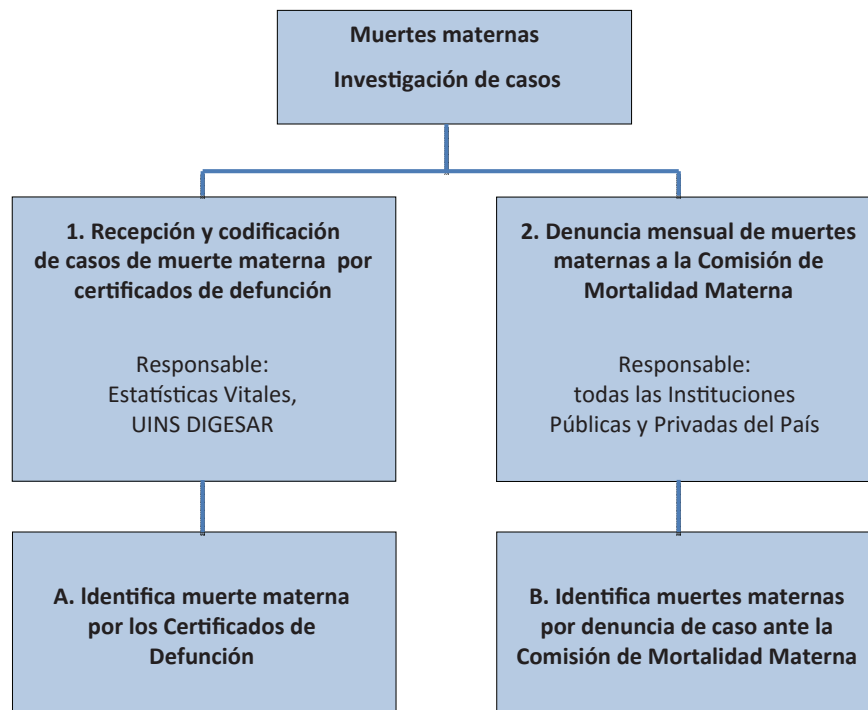


Fig. 1. Investigación de casos de mortalidad materna.

año a año como previsto. El descenso de la razón de la mortalidad materna entre el primer y segundo quinquenio de este siglo fue de 19,2% (26,6% a 21,5%) y la velocidad del descenso aumentó a 28,4% (21,5% a 15,4%) entre el segundo y tercer quinquenio (Tabla 1).

Por otra parte, si miramos la contribución del aborto a la mortalidad materna durante esos tres quinquenios, podemos ver que el número de muertes maternas por esta causa cayó dramáticamente de 25 a 4 muertes por esa causa entre el primer y segundo quinquenio de este siglo, y a tres muertes por aborto en el último quinquenio (Tabla 2).

En términos porcentuales, la causa aborto era responsable de cerca del 40% de todas las muertes maternas en el primer quinquenio cayendo a alrededor de 8% en los dos siguientes. Se verifica que la falta de variación porcentual en el último quinquenio se debe a que la mortalidad materna por otras causas que aumentó un poco entre el primer y segundo quinquenio, tuvo un importante descenso entre el segundo y tercer quinquenio.

Debido a los cambios de procedimientos de búsqueda de muertes maternas por el Ministerio de Salud Pública del Uruguay, para evaluar cambios en un período más prolongado utilizamos las estimaciones del grupo inter-agencial compuesto por OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y la División de Población de Naciones Unidas. Según esa fuente, la evolución histórica muestra una franca disminución de la Razón de mortalidad materna en el Uruguay entre 1985 y 2015 (Figura 2), descenso que es regular y sin inflexiones importantes en el período.

Esta observación de un período más prolongado permite analizar la velocidad de la reducción en la razón de mortalidad materna y asociarla temporalmente con los cambios de los distintos indicadores sociales que componen el Índice de Desarrollo Humano, como se puede ver en la Tabla 3.

Durante todo el período analizado en el estudio, hubo mejorías significativas de los indicadores sociales de la población, con un paulatino incremento del Índice de Desarrollo Humano.

4. Discusión

La observación de la evolución de la razón de mortalidad materna en el Uruguay en los últimos 25 años permite verificar que hubo un gran reducción de este indicador que, aunque no consiguió alcanzar la Meta de Desarrollo del Milenio sobre este asunto,

Tabla 1
Número de muertes maternas y Razón de Mortalidad Materna por 100 000 Nacidos Vivos, anual y por quinquenios, Uruguay, 2001–2015.

Año	Nacidos Vivos	Número de muertes y Razón Mortalidad Materna/100 000 Nacidos Vivos	
		N	Razón
2001	51 598	19	37
2002	51 953	17	34
2003	50 631	11	22
2004	50 052	9	18
2005	47 334	11	23
2001–2005	251 568	67	26,6
2006	47 422	6	13
2007	48 243	14	29
2008	46 814	7	15
2009	47 152	16	34
2010	47 420	8	17
2006–2010	237 051	51	21,5
2011	46 706	4	8,5
2012 ^a	48 059	5	10
2013 ^b	48 681	9	18,5
2014	48 368	8	16,5
2015	48 954	11	22,5
2011–2015	240 768	37	15,4

Fuente: División Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

^a 2 muertes maternas por aborto inseguro fuera del sistema sanitario EN 2012.

^b 1 muerte materna reportada fuera del sistema asistencial en 2013.

Tabla 2
Número de muertes maternas por quinquenio, 2001 a 2015, y porcentaje de las muertes maternas por aborto provocado en condiciones de riesgo. Uruguay.

Quinquenio	Nacidos Vivos	Número de muertes maternas			% de muertes maternas por aborto (%)
		Aborto	Otras causas	Total	
2001–2005	251 568	25	42	67	37,3
2006–2010	237 051	4	47	51	7,8
2011–2015	240 768	3	34	37	8,1

por lo menos colocó al Uruguay con la segunda menor razón de mortalidad materna en las Américas, superado solamente por Canadá. Es evidente, así mismo, que esta reducción fue resultado principalmente de la dramática disminución de la mortalidad asociada al aborto en condiciones de riesgo, que era responsable de casi 40% de las muertes a principios de este siglo y cayó a 8% en los últimos 10 años. Además, la aplicación de un porcentaje igual de reducción para todos los contextos no permite que los países que ya tienen una mortalidad más reducida logren éxito en hacerlo de la misma forma que países que tienen razones de mortalidad materna más elevadas. Como no hay situaciones ideales de cero muerte materna; no hay diferencias prácticas entre razones de mortalidad materna que estén por debajo de 10 por 100 000 nacidos vivos.

Es difícil no aceptar que fue la aplicación, cada vez más amplia del modelo de reducción de riesgo y daños del aborto provocado en condiciones de riesgo la que logró reducir claramente la mortalidad materna asociada al aborto inseguro, aun en el marco de leyes que restringen al acceso al aborto seguro.

Esa tendencia a la disminución de la mortalidad materna se consolida con la despenalización del aborto, aunque es un poco decepcionante que no se haya conseguido llegar a cero, porque aún persisten unos pocos abortos clandestinos en condiciones de riesgo. Este resultado nos obliga a investigar por qué continúa existiendo ese tipo de aborto, para tomar las medidas que permitan llegar a la eliminación total de la muerte por aborto. Asimismo vale recordar que aun abortos practicados en condiciones ideales tienen algún grado de riesgo y pueden terminar excepcionalmente en muertes maternas.

La disminución acelerada de la mortalidad materna que se observa desde el año 2005 es coincidente con la implementación de una batería de acciones sociales y sanitarias de protección de

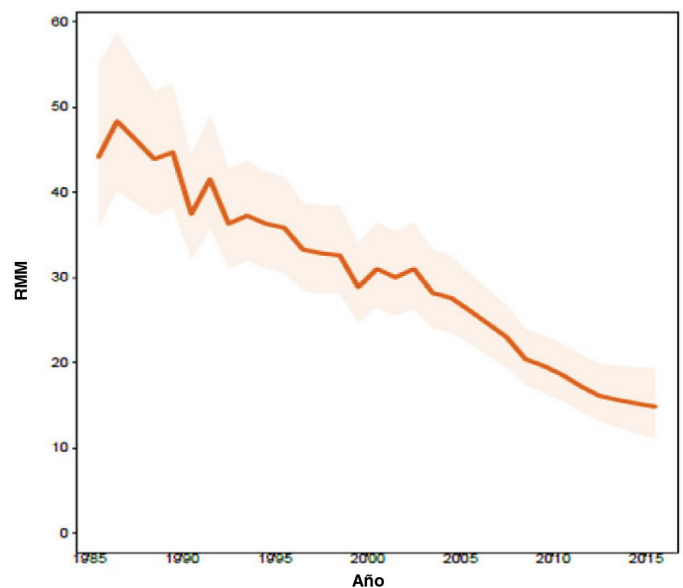


Fig. 2 Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en Uruguay y su intervalo de confianza. Fuente: WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, United Nations [2].

Tabla 3

Las tendencias del IDH de Uruguay sobre la base de datos de series de tiempo consistentes y nuevos postes.

	La expectativa de vida al nacer	Años de escolarización previstos	Media años de escolarización	Producto nacional bruto (2011 PPPS)	IDH valor
1990	72,6	12,9	7,2	9 492	0,692
1995	73,6	13,1	7,4	11 344	0,711
2000	74,8	14,2	8,0	12 860	0,742
2005	75,8	15,3	8,0	12 625	0,756
2010	76,6	15,5	8,3	16 458	0,780
2011	76,7	15,5	8,4	17 312	0,784
2012	76,9	15,5	8,5	17 903	0,788
2013	77,0	15,5	8,5	18 697	0,790
2014	77,2	15,5	8,5	19 283	0,793

Abreviatura: Índice de Desarrollo Humano.

la mujer, que aumenta aún más desde el 2010 con la aplicación de políticas específicas: creación y ampliación de los servicios de salud sexual y reproductiva universales, implementación en todo el país del modelo de reducción de riesgos y daños, implementación de políticas públicas en educación, hasta la despenalización del aborto.

Es importante notar que esta rápida reducción de la mortalidad materna coincide con una disminución de la pobreza y de la inequidad reportada oficialmente por el gobierno uruguayo [9], que logró la meta de desarrollo del milenio de reducción de la pobreza 1990–2015 a expensas de las políticas desarrolladas principalmente en los últimos 10 años.

El paralelismo de la velocidad de disminución de la mortalidad materna y de la situación política económica y social bajo diferentes gobiernos sugiere una fuerte correlación entre ambos. Las políticas públicas integrales con mayor justicia social, desarrollo y equidad coinciden con aumento de la velocidad de la disminución de la mortalidad materna. La fluctuación hacia abajo de esa velocidad en el último período se explica por la mayor dificultad en reducir la mortalidad materna en la medida que esta está más próxima a cero.

Esta coincidencia no debe sorprender porque está de acuerdo con estudios anteriores que muestran esa misma relación entre políticas públicas de equidad y justicia social y disminución de la mortalidad materna [9]. Esos resultados y los nuestros, tienden a confirmar que la mortalidad materna está directamente vinculada y es un indicador muy sensible del desarrollo de los pueblos. Eso se expresa claramente en todos los indicadores sociales que hacen parte del Índice de Desarrollo Humano que tuvieron una constante mejora durante todo el período en Uruguay, coincidiendo con reducción paralela de la mortalidad materna.

Por eso mismo, los resultados que se muestran en este artículo sugieren fuertemente que para poder reducir la mortalidad materna deben ser involucrados otros actores fuera de los del sector salud y que es necesario un fuerte compromiso político sumado a la adopción sin demora de medidas efectivas que mejoren las condiciones sociales y económicas y protejan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Fue también interesante verificar que la implementación de una política que liberaliza la práctica del aborto seguro, no solo reduce las muertes evitables de las mujeres, sino que en lugar provocar un aumento en el número de abortos provocados, tiende a reducirlos como ya ha sido descrito por otros autores [10,11].

Reconocemos también algunos aspectos limitantes de la interpretación de los resultados presentados. Aunque estos esfuerzos y políticas públicas fueran suficientes como para reducir drásticamente la ocurrencia de muertes maternas por aborto, ¿por qué no lo fueran, por lo menos al mismo nivel, para otras causas de muertes maternas? No hicimos en este estudio una estratificación más detallada de todas las causas, pero es de suponer que aún hay otras causas directas de muerte materna además de las muertes asociadas a aborto. Cabe preguntarse por qué todo el cambio positivo

en las condiciones de vida, salud y políticas públicas no cambió de la misma forma la mortalidad materna por otras causas no asociadas a aborto. No podemos estar plenamente satisfechos si solamente se redujeron las muertes maternas por aborto inseguro. Cualquier muerte materna, independiente de la causa, debe ser evitada, y habrá que evaluar que otras intervenciones son necesarias para mejorar la calidad de atención al embarazo y parto de las mujeres en el país. Un posible ejemplo puede ser la sistematización de la vigilancia de condiciones de morbilidad grave para adoptar prontas intervenciones que mejoren su manejo.

El cambio del sistema de registro de la mortalidad materna ha aumentado la confiabilidad de los datos, reduciendo el sub-registro casi a cero. De no haber mejorado el sistema de registros, probablemente la disminución reportada de la mortalidad materna pudo haber sido aun mayor y podría haber permitido que Uruguay se hubiera aproximado más al cumplimiento de la Meta del Milenio referentes a mortalidad materna [12].

La experiencia desarrollada por Uruguay se muestra como un importante avance en la región de América Latina y el Caribe, posible de ser seguida por otros países en igualdad de condiciones, como una forma de alcanzar las Metas de Desarrollo Sostenible (MDS) recién definidos por las Naciones Unidas en 2015 [13]. Entre las MDS está la de acabar con todas las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes, además de crear un entorno en el que estos grupos de población no solo sobrevivan, sino que además se desarrollen y vean transformarse sus entornos, su salud y su bienestar. Una de las Metas de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030, marcando la prioridad del tema en el mundo [13].

Este renovado compromiso de la Reducción de la mortalidad materna en el marco de los MDS exige implementación de prácticas innovadoras como las descritas en este análisis.

Esperamos que la publicación de estos resultados anime a los colegas de otros países con índices de mortalidad materna más elevados, a tomar iniciativas que sean igualmente eficientes en reducir la mortalidad materna de sus países a niveles que se aproximen a los de los países más avanzados, como se consiguió en Uruguay. Las mujeres menos favorecidas y que sufren los altos niveles de mortalidad y de morbilidad materna grave, merecen que se tomen sin demora las medidas que se demostraron efectivas en reducir su sufrimiento.

Conflicto de intereses

Los autores no presentan conflicto de interés.

Referencias

- [1] World Health Organization. Maternal Mortality. Fact sheet N°348. November, 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>. Accessed January 25, 2016.
- [2] World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, United Nations. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO; 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf Accessed January 15, 2016.
- [3] Pan American Health Organization, World Health Organization. Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2015. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470%3Adata-statistics&catid=1900%3Adata-statistics-home&Itemid=2003&lang=pt. Accessed January 14, 2016.
- [4] Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU. Available at: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=839:once-paises-de-america-latina-y-el-caribe-registraron-avances-en-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-segun-nuevo-informe-de-la-onu&catid=697:noticias&Itemid=340. Mayo 2014. Accessed January 14, 2016.
- [5] Briozzo L, Rodríguez F, León I, Vidiella G, Ferreiro G, Pons JE. Unsafe abortion in Uruguay. *Int J Gynecol Obstet.* 2004;85(1):70–3.
- [6] Briozzo L, Vidiella G, Vidarte B, Ferreiro G, Pons J, Cuadro J. El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. *Rev Méd Uruguay* 2002;18(1):4–13.

- [7] Uruguay. División Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud Pública. 2015
- [8] United Nations Development Programme. Human Development Report 2015. Work for human development. http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/URY.pdf
- [9] Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008;372(9650):1661–9.
- [10] Bombas T. Impacto da despenalização do aborto a pedido da mulher em Portugal. *Acta Obstet Ginecol Port* 2014;8(2):108–9.
- [11] Faúndes A, Shah IH. Evidence supporting broader access to safe legal abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2015;131(Suppl 1):S56–S59.
- [12] Consejo Nacional de Políticas Sociales. Objetivos De Desarrollo Del Milenio. Informe País Uruguay 2013. Consejo Nacional de Políticas Sociales: Montivideo; 2015. <http://www.undp.org/content/dam/uruguay/docs/ODM/undp-uy-inf-odm-2013.pdf>. Published September 2013. Accessed December, 2015.
- [13] Every Woman Every Child. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2016–2030. New York: United Nations; 2015. <http://www.who.int/life-course/publications/global-strategy-2016-2030/en/>



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

La despenalización del aborto en Uruguay: Análisis de la fecundidad adolescente



José-Ignacio Antón ^a, Zuleika Ferre ^b, Patricia Triunfo ^{b,*}

^a Departamento de Economía, Universidad Johannes Kepler Linz, Linz, Austria

^b Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras llaves:

Aborto
Despenalización del aborto
Fecundidad adolescente
Uruguay

RESUMEN

Objetivo: En el año 2012 Uruguay introdujo un cambio normativo en su legislación que permite la interrupción voluntaria del embarazo dentro de las primeras 12 semanas de gestación. **Métodos:** A partir de los nacimientos ocurridos entre 2010 y 2014 analizamos el cambio en la cantidad de nacimientos de niños de madres adolescentes y sus características antes y después de la despenalización del aborto. **Resultados:** El análisis descriptivo del antes y después de la despenalización del aborto muestra que no se observó en el período analizado una reducción de la fecundidad adolescente, ni cambios en la composición de los nacimientos. **Conclusión:** El cambio normativo que introdujo la ley de interrupción voluntaria del embarazo no implicó un cambio evidente en el comportamiento reproductivo de las adolescentes uruguayas, debiéndose profundizar este análisis con metodologías rigurosas de evaluación de impacto.

© 2016 Publicado por Elsevier Ireland Ltd en nombre de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Artículo de acceso abierto bajo licencia CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introducción

En Uruguay el fenómeno de la fecundidad adolescente cobra relevancia a partir de la década de 1960, cuando se constata un crecimiento de la fecundidad del 33% para las mujeres entre 15 y 19 años y 66% para las de 10 a 14 años entre 1963 y 1996. En ese mismo período hubo un descenso sostenido de la fecundidad en las mujeres de 20 a 29 años, aumentando así la contribución de las adolescentes a la tasa de fecundidad total. Desde ese momento, la fecundidad adolescente ha seguido un comportamiento atípico si se compara con la fecundidad general. Mientras el número de hijos por mujer disminuye de forma constante desde hace décadas, la reproducción en edades tempranas ha mostrado un comportamiento oscilante y una fuerte resistencia a descender [1–3]. En 2013 se registraron 8000 nacimientos de madres entre 15 y 19 años, lo que implica que 61 de cada mil adolescentes fueron madres en ese año, cifra que, si bien es inferior a la de 1996 (71 por 1000), está muy por encima de las registradas en 1963 (53 por 1000).

En la literatura se ha analizado el impacto de los cambios normativos respecto al aborto, tales como la despenalización o la liberalización o incluso su prohibición, desde diversos puntos de vista, remitiéndose a variables tanto cuantitativas (variaciones en los niveles de fecundidad) como de calidad de los nacimientos (indicadores de salud de los recién nacidos o características de

sus madres). Si bien la mayor parte de la evidencia empírica disponible se centra en Estados Unidos, debido a la calidad de los datos y a la variación de la legislación entre estados, lo que facilita la identificación de los efectos causales, también existen varios trabajos que estudian el impacto de este tipo de legislación en otros países. La mayoría de los estudios encuentran que el cambio de leyes restrictivas a liberales sobre el aborto tiene efectos negativos en el número de nacimientos totales, y con un impacto más relevante sobre las adolescentes [4–12]. Sin embargo, el efecto en la posible selección de los nacimientos no es claro, dependiendo de los indicadores considerados [13–18].

Este trabajo realiza un análisis descriptivo de la evolución de la fecundidad adolescente, antes y después del cambio normativo asociado a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). La ley sobre IVE fue aprobada el 22 de octubre de 2012, publicada el 30 de octubre, reglamentada por el Decreto 375/012 el 22 de noviembre y puesta en ejecución el 3 de diciembre de 2012 en Uruguay.

2. Materiales y métodos

Con datos del Sistema de Información Perinatal (SIP) [19], se analiza la evolución de los nacimientos de madres menores de 20 años. La base de datos del SIP cuenta con características únicas, al brindar información temporal y espacial muy precisa que incluye datos de la madre, de su embarazo y del recién nacido. El SIP fue creado con el objetivo de monitorear la salud maternal, perinatal e infantil en América Latina y el Caribe, utilizando como instrumentos

* Autor para correspondencia: Constituyente 1502, Montevideo, Uruguay CP 11200. Tel.: +598 2 4106449.

Dirección de email: patricia.triunfo@cienciasociales.edu.uy (P. Triunfo).

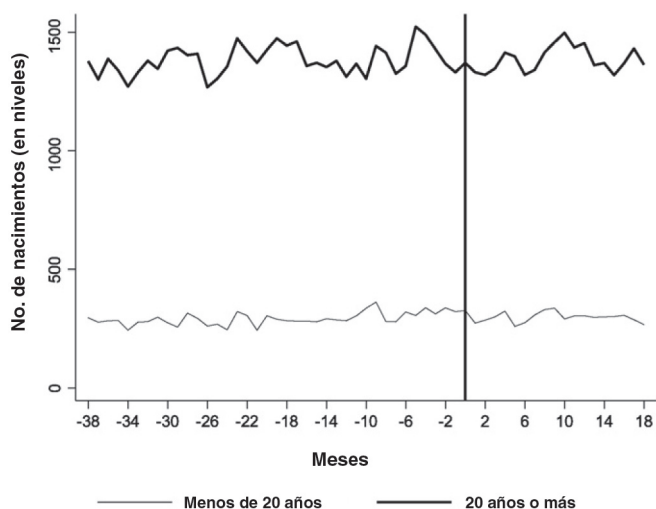


Fig. 1. Evolución de los nacimientos de menores y mayores de 20 años en Uruguay antes y después de la reforma, niveles.

formularios de uso clínico en ginecología y neonatología que son completados por un profesional de la salud y después ingresados al SIP.

Al comparar los registros con los de los Certificados de Nacido Vivo (CNV), de registro universal en el país, se observa que la cobertura del SIP aumenta sistemáticamente, en particular en el interior del país, debido tanto a la mejora del reporte por parte de centros que ya lo completaban, como a la incorporación de algunos nuevos hospitales. Por tal motivo, en este trabajo se optó por considerar los nacimientos ocurridos en Montevideo para los quince principales centros de salud (públicos y privados), para los cuales el SIP ofrece una cobertura universal en el período de análisis. Dichos nacimientos corresponden al 92% del total de nacimientos de Montevideo y al 51% del total país. Si bien históricamente Montevideo ha tenido tasas de fecundidad menores que el promedio general, durante el último quinquenio se observa una evolución ascendente en la fecundidad montevideana.

A efectos de considerar años pre y post cambio normativo respecto a la IVE, se trabaja con los nacimientos de adolescentes de Montevideo ocurridos entre 2010 y 2014, siendo el 2014 el último año disponible.

La fecha de interés es aquella en la que las mujeres pueden comenzar a acogerse o no a la ley de IVE, es decir la fecha en la que cumplen 12 semanas de gestación. Sin embargo, debido a que las semanas de gestación pueden estar codificadas con cierto margen de error (por problemas de unidad de registro—semanas/días—o por error de cálculo de las semanas de gestación) y a que se desconoce el tratamiento que recibieron aquellas mujeres que estaban en el límite, se utiliza como fecha de corte relevante aquella en la cual las mujeres embarazadas alcanzan las 13 semanas de gestación, lo cual les impediría acogerse a la ley.

Por lo tanto, la base de datos final que se emplea en el análisis incluye los nacimientos de madres menores de 20 años que alcanzan la 13ª semana de gestación entre el 1 de enero de 2010 y el 11 de junio de 2014. Esta última fecha evita incurrir en una subvaloración del número de nacimientos, al no considerar los gestados en el 2014 que nacieron en el 2015, base no disponible en el momento de la realización de este trabajo.

Para la observación de posibles cambios en las características de los recién nacidos se evaluaron el peso al nacer en gramos y el porcentaje de recién nacidos de bajo peso (<2500 g) y prematuros (<de 37 semanas). También se utilizaron dos indicadores de la calidad de la atención prenatal: El Índice de Kessner [20], según el cual la atención prenatal es adecuada si se inicia en el primer

trimestre (inicio precoz) y tiene por lo menos nueve consultas hasta el término, o entre cuatro y ocho si el parto es prematuro. Un segundo indicador se basa en las Guías del Ministerio de Salud Pública de 2010, que establece que la atención prenatal es adecuada si se inicia en el primer trimestre y consta de por lo menos seis consultas hasta el parto.

La evolución del número de nacimientos en adolescentes y mujeres de 20 años o más se evaluó semana a semana desde el 1 de junio de 2010 hasta el 11 de junio de 2014. La evolución de los nacimientos por meses se muestra en el gráfico donde se observa el número de nacimientos ocurridos durante todo el período estudiado, antes y después que la ley de IVE entró en ejecución (que se consideró como el momento 0). Se calculó, además, el promedio de nacimientos por semana con su desviación estándar en el período anterior y posterior a la implantación de la ley (excluyendo 13 semanas posteriores a ese momento). Analizamos si había diferencias significativas en el promedio de nacimientos por semana entre ambos períodos, utilizando comparación de medias (sin asumir igualdad de varianzas). Específicamente, la hipótesis nula fue que el promedio de nacimientos por semana antes de la reforma legal fue igual al promedio después de la reforma. La hipótesis alternativa fue que el número de nacimientos antes de la implantación de la ley fue mayor que en el período posterior.

De la misma forma, se compararon los valores medios del peso al nacer, el porcentaje de recién nacidos de bajo peso y prematuros y el porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal adecuada antes y después del cambio legal.

Para el peso al nacer se utilizó comparación de medias antes y después de la reforma sin asumir igualdad de varianzas. Para los porcentajes de bajo peso, prematuridad y cuidados prenatales adecuados se utilizó comparación de proporciones para variables binarias. En estos casos la hipótesis nula fue la igualdad de medias y proporciones, mientras que la hipótesis alternativa fue la desigualdad de dichos promedios o proporciones. El análisis fue realizado utilizando Stata 13 (StataCorp LP, Collage Station, TX, USA).

Dado que el trabajo consiste en un análisis secundario de una base de datos, no había implicaciones éticas en esta investigación.

3. Resultados

La Figura 1 permite una primera evaluación de la evolución del número de nacimientos antes y después de la implementación de la ley, permitiendo afirmar que no hubo un cambio evidente en la evolución de los nacimientos de madres adolescentes en el período estudiado.

En la Tabla 1 se recogen las principales estadísticas descriptivas de los nacimientos de madres adolescentes en el período de análisis. El número de nacimientos promedio semanales de madres menores de 20 años no tuvo cambios estadísticamente significativos si se compara el período anterior y posterior a la ley de IVE, mostrando apenas una mínima oscilación hacia un aumento en el número de

Tabla 1
Nacimientos semanales antes (2010–2012) y después de la reforma legal (2013–2014).

	Antes de la reforma, media \pm SD	Después de la reforma, media \pm SD
Número de nacimientos por semana para las madres menores de 20 años de edad	73,0 \pm 11,2	74,6 \pm 8,9
		Prueba de igualdad de medias
Test de diferencia de medias (hipótesis nula: $N_{\text{después}} - N_{\text{antes}} = 0$; Hipótesis alternativa: $N_{\text{después}} - N_{\text{antes}} < 0$)	Diferencia estadístico <i>t</i>	1,571 1,19
	<i>p</i> -valor	0,883

Tabla 2

Características de los recién nacidos y de la atención prenatal de madres menores de 20 años, antes y después de la despenalización del aborto en Uruguay.

	Antes de la reforma, media ± SD	Después de la reforma, media ± SD	Diferencia (después – antes)	Prueba de diferencias de medias (hipótesis nula: igualdad de medias o proporciones entre antes y después; hipótesis alternativa: la desigualdad de medias o proporciones)	
				Estadístico t (medias) / estadístico z (proporciones)	p-valor
Peso al nacer, gramos	3147,0 ± 609,0	3179,0 ± 585,8	32,015	3,18	0,002
Probabilidad de bajo peso al nacer (<2,500 g)	0,11 ± 0,31	0,10 ± 0,30	-0,010	-1,91	0,056
Probabilidad de prematuridad (<37 semanas de embarazo)	0,12 ± 0,32	0,11 ± 0,31	-0,006	-1,13	0,259
Adecuación de la atención prenatal (Kessner)	0,35 ± 0,48	0,44 ± 0,50	0,088	10,40	> 0,001
Adecuación de la atención prenatal (Ministerio de Salud Pública)	0,50 ± 0,50	0,58 ± 0,49	0,086	9,88	> 0,001

nacidos vivos después de la reforma legal. Lo mismo se observó para el número de nacimientos en mujeres de 20 años o más.

Por otra parte, se observaron algunos cambios en las características del recién nacido; hubo un aumento significativo del peso al nacer, disminuyó el porcentaje de recién nacidos de bajo peso y aumentó el porcentaje de mujeres con cuidados prenatales adecuados (Tabla 2).

4. Discusión

El análisis descriptivo realizado a partir de los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) de los nacimientos ocurridos entre 2010 y 2014 en Montevideo muestra que la ley de IVE en Uruguay no ha tenido impacto sobre el número de nacimientos de madres adolescentes. Aunque se detectó una diferencia estadísticamente significativa en el peso medio de los recién nacidos, no es posible interpretar esos resultados estableciendo una relación causal con la reforma legal que descriminaliza el aborto en Uruguay. Creemos, por lo tanto, que debe realizarse una evaluación de impacto rigurosa, que aplique una estrategia estricta de identificación, incluyendo además un análisis de otros grupos de edad.

Históricamente, la mayoría de las sociedades han regulado la fecundidad a través de una combinación de métodos anticonceptivos y prácticas de aborto (han existido casos en los que se han impuesto restricciones al matrimonio o a la edad de iniciación sexual). La literatura, a través de diferentes tipos de modelos teóricos, ha intentado demostrar cómo los cambios en las políticas que regulan el aborto afectan el comportamiento reproductivo de las mujeres, específicamente, a través de su impacto en los embarazos, abortos y nacimientos. Los cambios de política en materia de aborto pueden tener impactos ambiguos en el número de nacimientos, ya que dependerá de cómo sea la respuesta de la mujer referente al embarazo y el aborto; asimismo, dicho impacto tiene que ver con la gradualidad de las medidas. La mayoría de los estudios, centrados en Estados Unidos, encuentran un impacto negativo en la fecundidad de la introducción de políticas de aborto restrictivas a liberales.

El contexto social, político y sanitario de Uruguay en 2012 era muy distinto al de los años setenta en Estados Unidos. Por una parte, si bien el aborto en Uruguay hasta dicho año era ilegal, las acciones que el grupo Iniciativas Sanitarias implementó desde el año 2002, referidas al otorgamiento de información por parte del personal de la salud sobre prácticas seguras, realización de paraclínicas, acompañamiento sanitario, psicológico y social de una mujer que considera como alternativa el aborto, probablemente tuvieron un impacto en la sociedad uruguaya y, por tanto, en las decisiones de la mujer relativas a su reproducción [21,22]. En segundo lugar, se han producido importantes cambios tecnológicos relevantes en este área sanitaria, lo que ha llevado a que la mayoría de los abortos en la actualidad sean farmacológicos y no quirúrgicos. Se estima que, al menos hasta 2002, el 80% de los abortos voluntarios se realizaba con procedimientos quirúrgicos [23]. Algunos estudios muestran que el crecimiento del mercado ilegal de misoprostol desde el 2002

desplazó las tradicionales clínicas clandestinas dedicadas a abortos quirúrgicos. Las mujeres mostraron rápidamente su preferencia por el aborto farmacológico, más seguro y barato [24]. Todo lo anterior hace pensar que las condiciones de acceso a la práctica (ilegal) del aborto eran mayores en los años dos mil que en los noventa. Por último, en Uruguay existe una difusión amplia de métodos anticonceptivos (incluido el acceso libre a la pastilla del día después), elemento que también debe ser considerado para evaluar el impacto de la ley en las decisiones reproductivas.

Por tanto, no es sorprendente que el cambio normativo que introdujo la ley de IVE no implicara un gran cambio en el comportamiento reproductivo de las adolescentes montevideanas. Los primeros años de aplicación de la ley muestran que el número de abortos realizado es muy inferior a las estimaciones previas. Entre diciembre de 2012 a diciembre de 2014 se realizaron 15 176 IVE, de los cuales el 18% fueron de mujeres menores de 20 años, el 40% se realizó en instituciones públicas y el 62%, en Montevideo [25]. En 2014, Uruguay registró una tasa de aborto del 12 por cada 1000 mujeres entre 15 a 44 años, una cifra similar a la de Portugal (9/1000), Italia (10/1000) o España (12/1000), y bastante inferior a la que exhiben otros países de la región como Cuba (29/1000) [26].

Una de las principales consecuencias que cabe extraer de este estudio para los responsables nacionales de las políticas públicas, consiste en que la ausencia de impacto en la caída de la fecundidad adolescente en el corto plazo sugiere que no hubo un cambio en el comportamiento reproductivo (incremento del número de abortos), sino un cambio en el marco en que se realizan (ilegal vs legal). En este sentido, es esperable una mejora en las condiciones de seguridad médica de las mujeres que llevaron a cabo abortos, así como un ahorro para las mismas, al incluirse este servicio médico dentro del conjunto de prestaciones garantizadas por el sistema de salud.

Este trabajo no está exento de limitaciones. En primer lugar, el no disponer de datos de cobertura universal para el total del país nos obligó a limitar el análisis para la capital, lo que no nos permite asegurar que los resultados fuesen los mismos para el resto del país. En segundo lugar, esta evaluación se limita al impacto inmediato de la reforma legal; su efecto a largo plazo solo podrá evaluarse más adelante. Por último, otros cambios contemporáneos a la ley de IVE, como la reforma del sistema sanitario uruguayo iniciada en 2007, pueden confundirse con los resultados encontrados. Dicha reforma, que amplió la cobertura y la libertad de elección del prestador, afectó especialmente a las adolescentes, entre las cuales aumentó de forma sustancial la cobertura sanitaria privada.

No creemos, sin embargo, que ninguno de estos factores invalide la principal conclusión de este estudio, es decir, que el cambio legislativo que despenalizó el aborto no tuvo efecto sobre la fecundidad de las adolescentes en el primer año y medio posterior a ese cambio.

Finalmente, en futuros trabajos deben incluirse otros grupos de edades y utilizarse métodos que permitan realizar una evaluación de impacto del cambio normativo, identificando la dirección de la

causalidad. Esto podría ser reforzado utilizando un grupo control externo, por ejemplo, a partir del SIP de Argentina.

Agradecimientos

Agradecemos los datos brindados por el Área del Sistema Informático Perinatal de la División Epidemiología–UINS y por la División de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Uruguay. Las opiniones expresadas en este documento representan únicamente a los autores.

Conflictos de interés

Los tres autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

- [1] Varela C. Programas y políticas nacionales que afectan la fecundidad: el caso de Uruguay. El reemplazo de la población en el Uruguay, un fenómeno ausente en la agenda estatal. In: *La Fecundidad en América Latina y el Caribe: Transición o revolución?* Santiago de Chile: United Nations; 2004.
- [2] Paredes M, Varela C. Aproximación sociodemográfica al comportamiento reproductivo y familiar en Uruguay. Documento de Trabajo Unidad Multidisciplinaria del Programa Población FCS, Udelar; 2007; N°67.
- [3] Varela C, Fostik A. Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez? *Revista Latinoamericana de Población* 2011;5(8):115-140.
- [4] Levine PB, Staiger D, Kane TJ, Zimmerman D. Roe v Wade and American fertility. *Am J Public Health* 1999; 89(2):199–203.
- [5] Cook P, Parnell AM, Moore M, Pagnini D. The effects of short-term variation in abortion funding on pregnancy outcomes. *J Health Econ* 1999;18(2):241–57.
- [6] Ananat E, Oltmans E, Gruber J, Levine P. Abortion legalization and life-cycle fertility. *Journal of Human Resources* 2007;42(2):375–97.
- [7] Angrist JD, Evans WN. Schooling and labor market consequences of the 1970 state abortion reforms. *Research in Labor Economics* 2000; 18:75–113.
- [8] Guldi M. Fertility effects of abortion and birth control pills access for minors. *Demography* 2008; 46(4):817–27.
- [9] Pop-Eleches C. The Impact of an Abortion Ban on Socioeconomic Outcomes of Children: Evidence from Romania. *Journal of Political Economy* 2006; 114(4):744–73.
- [10] Pop-Eleches C. The Supply of Birth Control Methods, Education, and Fertility, evidence from Romania. *Journal of Human Resources* 2010; 45(4):971–97.
- [11] Mitrut A, Wolff F. The impact of legalized abortion on child health outcomes and abandonment. Evidence from Romania. *J Health Econ* 2011; 30(6):1219–31.
- [12] Levine PB, Staiger D. Abortion Policy and Fertility Outcomes: The Eastern European Experience. *Journal of Law and Economics* 2004; 47(1):223–43.
- [13] Gruber J, Levine P, Staiger D. Abortion legalization and child living circumstances: who is the marginal child. *Quarterly Journal of Economics* 1999;114(1):263–91.
- [14] Donohue III JJ, Levitt SD. The impact of legalized abortion on crime. *Quarterly Journal of Economics* 2001;116(2):379–420.
- [15] Joyce T. A simple test of abortion and crime. *Review of Economics and Statistics* 2009; 91(1):112–123.
- [16] Charles KK, Stephens M. Abortion legalization and adolescence substance abuse. *Journal of Law and Economics* 2006; 49(2):481–505.
- [17] Ananat E, Oltmans E, Gruber J, Staiger D, Levine P. Abortion and selection. *Review of Economics and Statistics* 2009; 91(1):124–36.
- [18] Valente C. Access to abortion, investments in neonatal health, and sex-selection: Evidence from Nepal. *Journal of Development Economics* 2014; 107:225–63.
- [19] Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP-OPS/OMS). <http://www.clap.ops-oms.org/sistemas/>. Accessed February 24, 2016.
- [20] Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. *Am J Public Health* 1994; 84(9):1414–20.
- [21] Briozzo L. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo: Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos. First edition. <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/298>. Published: 2002. Accessed February 24, 2016.
- [22] Briozzo L, Labandera A, Gorgoroso M, Pons JE. Iniciativas Sanitarias: una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo. In: *Iniciativas Sanitarias Contra El Aborto Provocado En Condiciones De Riesgo*. Montevideo: Ed. Arena; 2007:21–45.
- [23] Sanseviero R. Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay. Montevideo: Ediciones del Centro Internacional de Investigación e Información para la Paz; 2003.
- [24] López Gómez A, Arribeltz G, Alemán A, Carril E, Rey G. La realidad social y sanitaria del aborto voluntario en la clandestinidad y la respuesta institucional del sector salud en Uruguay. In: Johnson N, López Gomez A, Sapriza G, Castro A and Arribeltz G, (Des) penalización del aborto en Uruguay: Prácticas, actores y discursos, Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja. Montevideo: Udelar; 2011:65–110.
- [25] Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Balance del 1er año de implementación de la Ley 18.987 – interrupción voluntaria del embarazo, decreto 375/012 reglamentación de la ley de IVE. http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/conferencia%20prensa%20IVE%20FEBRERO%202014.pdf. Accessed February 24, 2016.
- [26] United Nations. 2013. World abortion policies. New York, <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml>. Accessed February 24, 2016.



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

Interrupción legal del embarazo como una oportunidad para ampliar la anticoncepción post-aborto: Experiencia en el Hospital Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay



Fernanda Nozar*, Diego Greif, Francisco Coppola, Verónica Fiol, Leonel Briozzo

Clínica Ginecotológica A. Hospital Pereira Rossell, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras llaves:

Aborto legal
Anticoncepción post aborto
Calidad de los datos
Métodos anticonceptivos de larga duración
Uruguay

RESUMEN

Objetivos: Verificar hasta que punto se está consiguiendo que las mujeres usen métodos anticonceptivos de alta eficacia después de un aborto legal. **Método:** Se revisaron los datos disponibles en un período anterior y otro posterior a la liberalización de la ley sobre aborto. Se observó que la recolección de datos fue incompleta y confiable solo en algunos períodos que fueron utilizados. **Resultados:** Hubo un aumento en la proporción de mujeres que retornan para anticoncepción y en la proporción que usan cualquier método y métodos de larga duración, pero no se administró anticoncepción inmediatamente después del aborto y solo 16% de todas las mujeres atendidos comenzaron a usar un método de larga duración en el período posterior a la ley. **Conclusiones:** Se verificó que no se estaba consiguiendo el objetivo propuesto, que no se seguían los lineamientos aconsejados y que la recolección de datos era muy defectuosa. A pesar de la deficiencia de los datos sentimos la necesidad de mostrar que las buenas intenciones no bastan y de que siempre es necesario evaluar la eficiencia de la ejecución de las acciones programadas. Los resultados obligan a reformas inmediatas en los servicios de anticoncepción post aborto.

© 2016 Publicado por Elsevier Ireland Ltd en nombre de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Artículo de acceso abierto bajo licencia CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introducción

Uruguay desarrolló hace más de una década el modelo de Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo, cuyo objetivo fundamental fue incluir a la mujer que cursaba un embarazo no deseado–no aceptado en el sistema de salud, aplicando la política de reducción de riesgos y daños. El desarrollo teórico de este modelo, así como su implementación inicial, fue en el ámbito de los servicios universitarios que funcionan en el Hospital Pereira Rossell. Este último es el mayor centro asistencial de la mujer de tercer nivel en el Uruguay y el principal centro formador de recursos humanos sanitarios vinculados con la salud sexual y reproductiva.

Esto favoreció la rápida extensión del modelo a todo el país provocando uno de los principales avances de este siglo en las políticas públicas en salud sexual y reproductiva que resultó en la rápida disminución de la mortalidad materna por aborto en el Uruguay [1].

La diseminación del modelo con su rápido efecto positivo sobre la salud de la mujer, facilitó la discusión que llevó a la aprobación de una importante reforma legal que liberalizó el aborto voluntario en

el Uruguay, concretizada en la Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), promulgada en octubre del 2012 [2].

Naturalmente que la aprobación de esta ley no estuvo libre de amplia y larga discusión, con fuerte oposición de grupos que argumentan que dejando de penalizar el aborto, las mujeres van a descuidar el uso de métodos anticonceptivos y van adoptar conductas sexuales de riesgo, ya que en caso de embarazarse tendrán facilidad para interrumpir esa gestación. Ese argumento supone que a las mujeres no les importa abortar y lo hacen sin problemas, lo que está lejos de lo observado en la práctica [3].

Por eso, es muy importante destacar que las evidencias actuales permiten asegurar que las tasas de aborto son más bajas en los países con leyes liberales que en países con leyes restrictivas y que al observar lo que ocurrió con las tasas de aborto en los países que liberalizaron estas leyes, se verifica que esas tasas caen en lugar de elevarse [4,5]. Lo que resulta evidente es que la tasa de abortos depende fundamentalmente de que la población tenga acceso a información y a métodos modernos y eficaces para evitar un embarazo no planeado [6].

Una posible explicación para esa reducción en la tasa de abortos después de la legalización es que al salir de la clandestinidad y pasar a ser parte de los servicios oficiales de salud, estos servicios se preocupan de evitar la repetición del aborto, por medio de información completa y accesible sobre cómo prevenir un nuevo embarazo y entregando de inmediato el método anticonceptivo

* Autor para correspondencia: PO Box 11600, Montevideo, Uruguay.
Tel.: +598 27099122.

Dirección de email: Fernandanozar@gmail.com (F. Nozar).

elegido por la mujer. Al reducirse el número de abortos repetidos, se consigue reducir el total de abortos.

En el manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, se definen las acciones a desarrollar en un total de cuatro consultas por las que puede transcurrir una mujer en proceso de IVE. La cuarta consulta es donde se realiza el control post IVE [7].

Esta última consulta es muy importante, no sólo con el objetivo de asegurar la eficacia y seguridad del procedimiento, sino también, por implementar medidas para evitar un nuevo embarazo no deseado. Las acciones que se recomiendan incluyen orientar y asesorar sobre futuros embarazos, anticoncepción y acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. Se insiste en particular en desarrollar las medidas tendientes a evitar un nuevo embarazo no deseado.

La evidencia ha demostrado que la anticoncepción post aborto debe cumplir con dos atributos para garantizar la máxima eficacia en la prevención de la reiteración de un embarazo no deseado y, posiblemente, en la repetición de un aborto [8]. En primer lugar, debe proporcionarse antes de que la paciente se retire del sitio donde se realizó la atención del aborto. La experiencia ha demostrado que si en lugar de proporcionar el método anticonceptivo antes del alta, la mujer es referida a otro servicio para obtener su método más tarde, los riesgos de un nuevo embarazo no planeado y nuevo aborto son significativamente más altos [9,10].

La segunda condición es que se debe dar preferencia a los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), cuya eficacia en prevenir nuevos embarazos no planeados y nuevos abortos ha sido claramente demostrada [11,12].

Esta política de prevención del aborto repetido a través de la anticoncepción post aborto fue aplicado en el Servicio de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Pereira Rossell y el objetivo del presente estudio es evaluar si la aplicación de esta estrategia ha tenido el éxito esperado con el fin de verificar si es necesario introducir cambios en la forma de aplicarla.

2. Materiales y métodos

Se trata de un estudio observacional descriptivo de datos asistenciales vinculados con la anticoncepción del Servicio de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Pereira Rossell en el período previo (mayo 2007–julio 2009) y posterior (agosto 2014–agosto 2015) a la despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

En el primer período las mujeres eran asistidas de acuerdo a la normativa vigente de reducción de riesgo y daño accediendo a la asistencia antes y después del aborto. En el segundo período las mujeres fueron asistidas bajo la normativa de aborto despenalizado.

Los datos fueron recolectados utilizando formularios prediseñados para el registro de los datos de la usuaria en proceso de IVE. La información global se obtuvo de las bases de datos generadas con la información registrada en los formularios IVE. Infelizmente la calidad de registros en el período de transición de la estrategia de riesgos y daños a aborto legal fue mala, por lo que hubo que optar por evaluar dos períodos más alejados de la transición con las limitaciones que eso significa.

La población consiste en todas las usuarias asistidas antes, durante y después del proceso de IVE en el Hospital Pereira Rossell durante los períodos definidos. En el primer período se brindó asesoramiento a 2511 mujeres; de estas, 648 tuvieron la consulta antes y después del aborto en ese hospital. En el segundo período un total de 1137 mujeres asistidas en el Hospital Pereira Rossell realizaron una IVE; de estas, 375 realizaron la consulta post aborto. Así, la población estudiada está constituida por 648 mujeres en el período anterior al cambio legal y 375 mujeres evaluadas en el período con legislación liberal. Una complicación adicional es

que no se registró la información sobre el método utilizado antes del embarazo en 3,2% (21 casos) en el primer período y en 13,6% (51 casos) en el segundo período. De la misma forma, faltó esa información para el método adoptado después del aborto en 2,9% (19 casos) en el primer período y en 12,5% (47 casos) en el segundo.

Se analizaron la edad de las mujeres y la edad gestacional al momento de la IVE, el uso de métodos anticoncepcionales por la mujer antes del aborto y la aceptación de métodos en la consulta después del aborto, en cada período. La significación estadística de las medias de edad de la mujer y edad gestacional no se pudo evaluar, porque la información disponible no incluye el desvío standard de las medias, la base de datos está en el Ministerio de Salud y no hemos tenido acceso a ella para poder hacer ese análisis. Las diferencias en la proporción de mujeres que retornaron a consulta post aborto y en el uso de métodos anticonceptivos entre el período anterior y posterior al cambio legal, fue evaluado usando el test Chi cuadrado de Yates o el test exacto de Fisher, según se aplicara a cada caso.

Como se trata de un análisis secundario de datos en que la identidad de las mujeres no se conoce, no se aplicó un consentimiento informado.

3. Resultados

El porcentaje de mujeres que volvieron a consulta después del aborto fue significativamente mayor en el período posterior a liberalización de la ley que en el período anterior con $P < 0,001$ (375/1137 o 33% vs 648/2511 o 25%)

La edad promedio de las mujeres en el período posterior a la legalización del aborto fue 5 años mayor que en el período previo. La edad gestacional fue más de una semana mayor en el período post legalización, a pesar que en el primer período el límite superior de edad gestacional llegaba a 23 semanas contra solo 14 semanas después de la liberalización de la ley (Tabla 1).

Las dos poblaciones de mujeres, antes y después de la legalización, fue muy diferente cuanto a uso de métodos anticonceptivos antes del aborto. En el segundo período una cuarta parte de las mujeres no usaban ningún método contra solo 3,5% en el período anterior. Por lo mismo, el porcentaje usando métodos de corta duración fue significativamente mayor en el primer período ($P < 0,001$), pero el uso de DIU fue significativamente mayor en el segundo período, cuando más de 12% de las mujeres se embarazaron habiendo usado DIU ($P < 0,001$) (Tabla 2).

Todas las mujeres que volvieron a la consulta post aborto en el segundo período recibieron un método anticoncepcional, contra menos de 95% en el primer período ($P < 0,001$) (Tabla 3). Además ese método fue en su mayoría de larga duración, cerca de 60%, en comparación con 40% en el primer período ($P < 0,001$).

Durante el primer período los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) utilizados fueron en todos los casos los dispositivos intrauterinos (DIU).

Durante el segundo período dentro de los LARC se incorporan los implantes subdérmicos. Los mismos no fueron utilizados como anticoncepción previo a la interrupción voluntaria, pero representaron el 82% de los LARC utilizados después del aborto.

Tabla 1

Edad de las mujeres y edad gestacional al momento de la interrupción del embarazo durante el período anterior y posterior al cambio legal.^a

	May 2007 – Jul 2009 (antes) (n = 648)	Ago 2014 – Ago 2015 (después) (n = 375)
Edad (años)	26,5 (11–46)	31,3 (12–45)
Edad gestacional (semanas)	8,2 (5–23)	9,5 (5–14)

^a Los valores se dan como media (intervalo).

Tabla 2
Uso de anticonceptivos antes del aborto durante los períodos anterior y posterior al cambio legal.^a

	May 2007 – Jul 2009 (antes) (n = 627) ^b	Ago 2014 – Ago 2015 (después) (n = 324) ^c	Valor de P
No utiliza	22 (3,5)	83 (25,6)	< 0,001
Métodos corta duración	590 (94,1)	201 (62,0)	< 0,001
Dispositivo intrauterino	15 (2,4)	40 (12,3)	< 0,001
Implantes	0	0	
Ligadura tubaria	0	0	
Metodos larga duración	15 (2,4)	40 (12,3)	< 0,001
Algún método	605 (96,5)	241 (74,3)	< 0,001

^a Los valores se dan como números (porcentaje).

^b Falta información 21 casos (3,2%).

^c Falta información 51 casos (13,6%).

4. Discusión

A pesar de las limitaciones cuanto a la calidad de los datos y la falta de informaciones básicas para verificar diferencias estadísticamente significativas en la edad de las mujeres y edad gestacional, los datos sugieren que se trata de dos poblaciones con características diferentes. En el primer período parecen ser más jóvenes y muy probablemente con una mayor proporción de embarazos con edad gestacional por debajo de 10 semanas. Infelizmente no se disponía de datos sobre paridad.

En el segundo período hay una proporción muy alta de embarazos en mujeres que no usaban ningún método, lo que es excepcional en el primer período. Sorprende un poco que haya más de 12% que había usado DIU en el segundo período, lo que podría explicarse por una más alta proporción de multíparas en ese período y de nulíparas en el período anterior, sabiendo de la reticencia de muchos médicos en colocar DIU a mujeres sin partos previos. Infelizmente la falta de datos sobre paridad no nos permite verificar si esa hipótesis es válida.

Aunque hubo un aumento significativo en la tasa de retorno a la consulta post aborto en el segundo período, de 25 a 33 por ciento, todavía la tasa de consulta post aborto es decepcionante, ya que apenas 1 de cada 3 mujeres volvieron a buscar un método anticoncepcional. Por eso, el buen porcentaje de mujeres que adoptaron un método de larga duración después de la consulta, de 57,3%, es engañoso. Si consideramos todas las mujeres que consultaron por aborto, podemos estar seguros de que 188 de 1137, o 16,5% usaron métodos de larga duración, y es muy dudoso de que una proporción que no volvió o de las que no tenemos datos, lo hicieran.

La principal causa de esa baja tasa de uso es que no se cumplió con el principio de que la anticoncepción post aborto es realmente eficaz cuando la mujer sale del servicio en que practicó el IVE utilizando un método moderna e idealmente de larga duración.

Un factor importante que causa este problema es que la mayor parte de los IVE son realizados con medicamentos, lo que impide la inserción inmediata de un DIU. Se sabe, sin embargo, que los métodos hormonales ya pueden ser utilizados desde el mismo momento que se indica la toma del misoprostol. [13,14]. Los datos muestran que eso no se hizo y después de este estudio será necesario hacer los cambios necesarios para se comience a practicar ese procedimiento, más todavía al verificar que los implantes, disponibles desde 2014, han sido muy bien aceptados por esta población. Más aún, quien prefiera un DIU, puede salir del servicio de IVE con una inyección anticoncepcional mensual o trimestral, por ejemplo, y con una consulta marcada para colocar un DIU 15 días o más después del IVE.

Las limitaciones metodológicas de este estudio son más que evidentes, las hemos destacado en Materiales y métodos y a lo largo de esta discusión. En otra situación nos habrían obligado a ni siquiera tentar la publicación de los datos. A pesar de todas esas limitaciones,

Tabla 3
Uso de anticonceptivos después del aborto durante los períodos anterior y posterior al cambio legal.^a

	May 2007 – Jul 2009 (antes) (n = 629) ^b	Ago 2014 – Ago 2015 ^c (después) (n = 328) ^c	Valor de P
No utiliza	34 (5,4)	0	
Métodos corta duración	340 (54,1)	140 (42,7)	< 0,001
Dispositivo intrauterino	255 (40,5)	30 (9,1)	
Implantes	0	154 (47,0)	
Ligadura tubaria	0	4 (1,2)	
Metodos larga duración	255 (40,5)	188 (57,3)	< 0,001
Algún método	595 (94,6)	328 (100)	< 0,001

^a Los valores se dan como números (porcentaje).

^b Falta información 19 casos (2,9%).

^c Falta información 47 casos (12,5%).

sin embargo, los datos evaluados han permitido verificar que este componente de la atención al IVE ha sido descuidado y está lejos de alcanzar el éxito esperado. Por eso creemos que con todos sus defectos, es fundamental mostrar nuestra falla, que ilustra la necesidad de evaluar todo lo que se planea, para poder corregir oportunamente aquellos aspectos en que no hemos conseguido el objetivo que nos proponíamos, en este caso, proteger a la mayor parte de estas mujeres de un nuevo embarazo no planeado y posible aborto repetido.

Frente a estos resultados será necesario revisar cada uno de los pasos del proceso de IVE para corregir cada uno de los problemas que limitan el acceso a la anticoncepción post aborto.

Esperamos que en plazo relativamente corto, podamos mostrar que fuimos capaces de corregir los problemas, tanto en la prestación de los servicios como en la recolección de los datos, y que ahora sí, la mayor parte de estas mujeres hayan sido efectivamente protegidas contra un embarazo no planeado, contribuyendo así a preservar su salud sexual y reproductiva, que es nuestro principal objetivo.

Agradecimiento

Los autores agradecen al Ministerio de Salud Pública que proporcionó los datos presentados en este artículo.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

- [1] Briozzo L, Vidiella G, Rodríguez F, Gorgoroso M, Faúndes A, Pons JE. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2006;95(2):221–6.
- [2] Poder Legislativo: Interrupción voluntaria del embarazo. Ley N° 18.987 (Oct. 30, 2012). <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor>. Accessed on January 14, 2013.
- [3] Faúndes A, Rao K, Briozzo L. Right to protection from unsafe abortion and postabortion care. *Int J Gynecol Obstet* 2009;106(2):164–7.
- [4] Benagiano G, Pera A. Decreasing the need for abortion: challenges and constraints. *Int J Gynecol Obstet* 2000;70(1):35–48.
- [5] Faúndes A, Shah IH. Evidence supporting broader access to safe legal abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2015;131(Suppl 1):S56–9.
- [6] Marston C, Cleland J. Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence. *Int Fam Plann Perspectives* 2003;29(1):6–13.
- [7] Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (Oct. 17, 2012).
- [8] Gemzell-Danielsson K, Kopp Kallner H, Faúndes A. Contraception following abortion and the treatment of incomplete abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2014;126(Suppl 1):S52–5.
- [9] Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception* 2008;78(2):149–54.
- [10] Langston AM, Joslin-Rohrer SL, Westhoff CL. Immediate postabortion access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within 1 year in a New York City practice. *Contraception* 2014;89(2):103–8.

- [11] Trussell J, Wynn LL. Reducing unintended pregnancy in the United States. *Contraception* 2008;77(1):1–5.
- [12] Cameron ST, Glasier A, Chen ZE, Johnstone A, Dunlop C, Heller R. Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG* 2012;119(9):1074–80.
- [13] Gaffield ME, Kapp N, Ravi A. Use of combined oral contraceptives post abortion. *Contraception* 2009;80(4):355–62.
- [14] World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/en/



www.figo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

Una replicación del modelo uruguayo en la provincia de Buenos Aires, Argentina, como una política pública para reducir la mortalidad materna



Marisa G. Matía ^{a,*}, Eugenia C. Trumper ^b, Nery Orlando Fures ^c, Jimena Orchuela ^a

^a Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, Argentina

^b Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO), Buenos Aires, Argentina

^c Facultad de Ciencias Médicas, UNLP Provincia de Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras llaves:

Aborto con medicamentos
Aborto legal
Aborto inseguro
Aspiración manual endo-uterina
Primer nivel de atención
Reducción de riesgos

RESUMEN

Objetivo: Describir la aplicación del modelo de reducción de riesgos y daños para disminuir la mortalidad por aborto inseguro en el nivel de atención primaria de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, y evaluar los resultados. **Método:** Se describen los servicios ofrecidos en unidades de salud primaria a mujeres en situación de aborto, primero solo de reducción de riesgos y luego también de interrupción legal del embarazo, y se evalúa su evolución entre 2010 y 2015, así como los cambios en mortalidad materna asociada al aborto. Diferencias en el porcentaje de muertes por aborto sobre el total de muertes maternas, se evaluaron utilizando Chi cuadrado. **Resultados:** Hubo un aumento progresivo de los servicios a nivel primario tanto de reducción de riesgo como de interrupción legal del embarazo, que se practicó con éxito, incluyendo aspiración manual endouterina, por médicos generales y obstétricas. La proporción de muertes maternas por aborto sobre el total de muertes maternas se redujo en dos tercios entre 2010 y 2014 ($P < 0,001$). **Conclusión:** El modelo uruguayo de reducción de riesgos y daños se aplicó con éxito en el nivel primario de atención en la Provincia de Buenos Aires.

© 2016 Publicado por Elsevier Ireland Ltd en nombre de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Artículo de acceso abierto bajo licencia CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introducción

La provincia de Buenos Aires tiene una superficie de 307 571 km² y ocupa el 11,06% del territorio nacional [1]. Con 16 y medio millones de habitantes, es la mayor en población del país, con 39% de todos los habitantes de Argentina [2]. Por su tamaño y por ser vecina inmediata de la capital, es una unidad federal de relevancia en la Republica Argentina.

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva (PSSR) de la Provincia de Buenos Aires fue creado en el año 2003 mediante la Ley 13066 con el propósito de garantizar las políticas orientadas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, sin discriminación alguna [1].

A pesar de esa iniciativa y de la mejora de otros indicadores de salud, la mortalidad materna continuó incrementándose en la Provincia de Buenos Aires hasta el año 2010. El aborto fue la primera o la segunda causa de muerte materna en la Argentina durante esos años y las mujeres pobres fueron y son las que sufren las consecuencias de la falta de acceso al aborto seguro.

El Código Penal Argentino prescribe, desde el año 1921 que: “El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

- si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios,
- si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la salud de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios,
- si el embarazo proviene de violencia sexual,
- si el embarazo proviene de un atentado al pudor sobre mujer idiota o demente” [2].

En marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el Fallo FAL s/ medida autosatisfactiva, ratifica el alcance del permiso para el aborto en casos de violación y señala que basta la declaración jurada de la mujer presentada ante el profesional de la salud interviniente. A partir de este Fallo el Ministerio de Salud Provincial realizó la actualización del Protocolo de Atención Integral de los Abortos No Punibles (ANP), Modelo de Consentimiento informado y del Modelo de Declaración Jurada de la mujer para los casos de violación [3].

Ese mismo año la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) inició una asistencia técnica al Ministerio a través

* Autor para correspondencia: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Avenida 51 y 17 (1900) La Plata, Argentina. Tel.: +542214292700. Dirección de email: migmatia@gmail.com (M.G. Matía).

Tabla 1

Evolución del número de mujeres atendidas por servicios de aborto (reducción de riesgos y daños + IVE), 2010 a 2015.

	Municipio de Morón	José Ingenieros	Total
2010	35	21	56
2011	84	72	156
2012	125	108	233
2013	179	180	359
2014	348	241	589
2015	404	201	605

del Programa, con el objetivo de brindar apoyo a las estrategias para la reducción de la mortalidad materna por aborto.

En este artículo se describen las políticas sanitarias y estrategias adoptadas por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires a través del PSSR, principalmente el programa de atención a la mujer en situación de aborto que se inicia replicando el modelo uruguayo de reducción de riesgos y daños. Se describen las actividades y se evalúan sus resultados en términos de servicios prestados y de variaciones en la mortalidad materna total y asociada al aborto entre los años 2010 y 2014.

2. Materiales y método

El Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva desarrolló dos estrategias principales para reducir la mortalidad materna por aborto [4].

- (1) Estrategia de Reducción de riesgo y daño en el primer nivel de salud con médicos generales y enfermeras obstétricas, con el apoyo del segundo nivel (iniciado en 2007).
- (2) Prestación de servicios de Interrupción Legal del Embarazo (ILE), también en atención primaria de salud en los mismos centros de salud, desde 2012, con la asistencia de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) y FIGO.

La atención a mujeres en situación de aborto aplicando el modelo de reducción de riesgos y daños desarrollado por Iniciativas Sanitarias en el Uruguay, fue aplicado desde el año 2007, inicialmente en el centro de salud comunitaria del Hospital Subzonal Especializado "Dr. José Ingenieros," Partido de La Plata, y en dos Centros de Atención Primaria de la Salud del Municipio de Morón, agregándose más tarde dos centros adicionales a partir de 2013.

Este modelo toma como premisa el derecho a la información y a la salud de las mujeres y tiene el objetivo de disminuir la morbilidad y la mortalidad materna por aborto. Consiste en dar consejería/asesoría pre y pos aborto a las mujeres en situación de embarazo no planificado, basado en el derecho a la confidencialidad, la privacidad y la autonomía. Este programa es realizado por un equipo interdisciplinario conformado por médico/a generalista, psicólogo/a, obstétrica y trabajador/a social.

Las consejerías/asesorías han permitido además detectar situaciones en que la ley permite el aborto legal. Estas situaciones requieren de un nuevo posicionamiento del equipo de salud aceptando que es preciso acompañar las decisiones adoptadas por las mujeres [5]. Esta intervención genera a su vez la responsabilidad institucional de dar respuesta de forma adecuada. Para el primer nivel, la respuesta institucional adoptada ante estas situaciones fue la indicación del procedimiento farmacológico para ser llevado adelante de forma ambulatoria o la derivación oportuna al segundo nivel de atención.

A partir del mes de octubre de 2014 se comenzó a dar capacitación teórico práctica a médicos generales de los centros de salud primaria con el objetivo de que el personal de salud comprometido con la efectiva realización de los derechos sexuales y reproductivos de las

mujeres brindara un mejor servicio. El objetivo de las capacitaciones era aumentar el conocimiento respecto al marco normativo que regula el acceso a las ILEs y el alcance de las causales de permisión que habilita nuestro código penal, así como en la incorporación de la técnica de AMEU en el primer nivel de atención de la salud.

En la actualidad, en la provincia de Buenos Aires hay un número creciente de equipos del primer nivel de atención, en su mayoría liderados por médicos generales y obstétricas, los que demuestran mayor nivel de compromiso con la atención de las mujeres en situación de aborto.

Los datos sobre número de servicios de prevención del aborto inseguro prestados por las unidades de atención primaria descritos más arriba fueron recolectados sistemáticamente desde enero de 2010 hasta diciembre de 2015 y se muestran en tablas descriptivas. Los datos sobre muertes maternas totales y relacionadas a aborto son recogidos sistemáticamente por el Ministerio de Salud provincial a partir de los certificados de defunción.

La significación estadística de las diferencias en la proporción de muertes maternas por aborto en relación al total de muertes maternas, entre 2011 y los tres años siguientes, fue evaluada utilizando el test de Chi cuadrado con corrección de Yates.

Dado que los datos recolectados nunca identificaban las personas atendidas por los servicios, no se aplicó la utilización de un término de consentimiento informado.

3. Resultados

Tanto en el Municipio de Morón como en el centro de salud comunitaria del Hospital José Ingenieros de La Plata, el número de consultas se multiplicó 10 veces entre 2010 y 2015, particularmente en el Municipio de Morón donde el número de centros que ofrecen consejerías se duplicó yendo de dos a cuatro centros (Tabla 1).

Además la proporción de casos de ILE sobre el total de mujeres atendidas subió de 15,4% en 2014, a 43,7% en 2015 (datos no mostrados en tablas).

Así mismo, el número de mujeres que recibieron servicios de ILE en el primer nivel fue muy pequeño hasta 2012, pero fue aumentando en los años siguientes hasta llegar a casi 100% de los casos en 2015 (Tabla 2). No se practicaba AMEU en este nivel de atención hasta 2013, pero después del entrenamiento realizado en 2014 el número de casos tratados con AMEU en servicios de salud primario fue aumentando, hasta llegar a casi un tercio de los casos en 2015.

La experiencia con el uso de AMEU por médicos generales en el primer nivel de atención ha sido muy positiva, sin que se haya registrado complicación alguna y con una alta aceptación por parte de las mujeres que optaron por la práctica.

La indicación que justificaba la ILE también fue cambiando en los últimos años. Hasta el año 2011 no hubo ILE por la causal salud y todos eran por violación. Los primeros casos surgieron en 2012 y su número fue aumentando hasta constituirse en tres cuartos de todos los casos en 2015 (Tabla 3).

Tabla 2

Cambios en el nivel de atención de los casos de ILE. Provincia de Buenos Aires, 2010 a 2015.

Año	Nivel de atención		Total
	Atención primaria N (%)	2º nivel N (%)	
2010	- (0)	1 (100)	0
2011	1 (50)	1 (50)	1
2012	2 (67)	1 (33)	3
2013	13 (65)	7 (35)	20
2014 ^a	64 (77)	9 (23)	73
2015 ^b	173 (98,3)	3 (1,7)	176

^a En 2014, 9 de los 64 ILE (14%) fueron realizados con AMEU.

^b En 2015, 37 de los 118 ILE (31,3%) con esa información registrada fueron realizados con AMEU.

Tabla 3

Cambio en la proporción de las causales de ILE de 2010 a 2015. Centro de Salud Mercedes Sosa (Morón) y Servicio de Salud Comunitaria del Hospital José Ingenieros (La Plata), Provincia de Buenos Aires.

Causal de ILE			
Año	Violación N (%)	Salud N (%)	Total
2010	1 (100)	0 (0)	1
2011	2 (100)	0 (0)	2
2012	1 (33)	2 (67)	3
2013	15 (71)	6 (29)	21
2014	28 (38)	45 (62)	73
2015	43 (24,5)	133 (75,5)	176

Por otra parte, la razón de mortalidad materna en la Provincia de Buenos Aires que había alcanzado su nivel máximo en 2010, con 43 por 100 000 nacidos vivos, tuvo una reducción importante en los años siguientes, alcanzando 28 y 29 por 100 000 en los años 2013 y 2014 (Figura 1).

Al mismo tiempo hubo un descenso muy importante en el número de muertes maternas asociadas al aborto en la Provincia de Buenos Aires. Mientras que en el año 2011 dicha causa representó el 34,4% (n=32) en 2014 fue responsable de solo el 12,4% (n=11) de las muertes maternas en la Provincia. Las diferencias en la proporción de muertes maternas asociadas a aborto sobre el total, entre 2011 y los tres años siguientes fue estadísticamente significativa ($P < 0,02$; 0,05 y 0,001, respectivamente). Aparentemente, la reducción en la mortalidad por aborto fue responsable por la reducción de la mortalidad materna durante ese período, ya que el número de muertes por otras causas aumentó entre 2010 (n=61) y 2014 (n=78) (Tabla 4).

Por último se observa una disminución sostenida del número de egresos por embarazos terminados en abortos en los hospitales públicos de la provincia que alcanzó un máximo de 18 524 casos en 2011 y bajó paulatinamente año a año, hasta 14 999 en 2014 (datos no mostrados en tablas).

Es evidente entonces que desde el año 2011 se asiste a una disminución importante tanto de la mortalidad materna como de los egresos por aborto en la Provincia de Buenos Aires.

4. Discusión

Los datos que mostramos de la experiencia de la Provincia de Buenos Aires sugieren fuertemente que el modelo uruguayo de reducción de riesgos y daños aplicado al aborto, puede ser replicado con éxito en otros contextos, por lo menos de la región Latino Americana. Esta experiencia muestra además, que de la misma forma que ocurrió en Uruguay, algunos años de trabajo aplicando esa

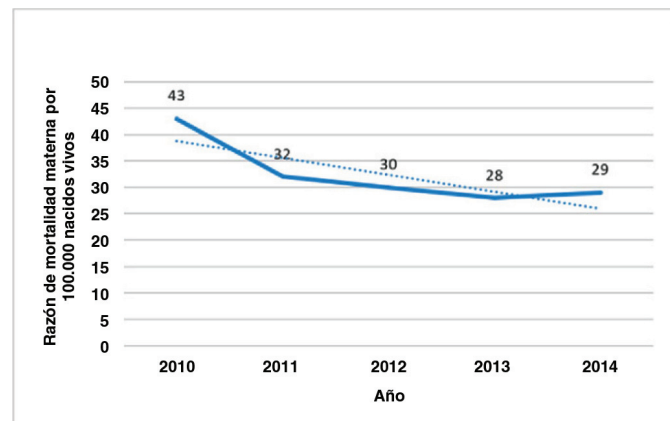


Fig. 1 Evolución de la razón de mortalidad materna en la Provincia de Buenos Aires, Argentina, 2010–2014.

Tabla 4

Muertes maternas por aborto y por otras causas en la Provincia de Buenos Aires, 2011–2014.

	Aborto	Otros	Total	% Aborto	Valor de p de diferencia de % de muertes por aborto entre 2011 y años siguientes ^a
2011	32	61	93	34,4	Referencia
2012	14	70	84	16,7	$p < 0,02$
2013	16	68	84	19,0	$p < 0,05$
2014	11	78	89	12,6	$p < 0,001$

^a Test de Chi cuadrado con corrección de Yates.

estrategia familiariza a los profesionales de salud con la vivencia del embarazo no planeado y de la mujer que decide abortar, facilitando su disposición de dar servicios de interrupción del embarazo en toda la extensión de la ley [6].

Esta experiencia muestra, también, que no es indispensable la participación de especialista en nivel secundario o superior, como se practicó en el Uruguay, y que médicos generales y obstétricas pueden cumplir esa tarea con igual eficiencia y ayudados por su mayor proximidad a la realidad vivida por las mujeres, sobre todo de los sectores más vulnerables de la población. Es verdad que en el Uruguay las obstétricas también jugaron un papel importante, pero siempre con el apoyo de los ginecólogos, lo que no fue frecuente en la Provincia de Buenos Aires.

Esta capacidad del primer nivel no se limitó a la estrategia de reducción de riesgos y daños, sino que se extendió a los servicios de ILE. Los datos de este artículo muestran que la mayoría de los casos de ILE pueden resolverse en el primer nivel, dada la baja complejidad de los procedimientos recomendados, tanto aborto con medicamentos como AMEU, reservando el acceso al nivel hospitalario para aquellas pacientes con complicaciones que necesitan de mayor nivel de complejidad [7].

La ventaja de dar atención a nivel primario se ilustra al notar que el total de ILEs resueltas en cinco unidades del primer nivel en el período 2012 a 2014 es muy semejante al número de ILE resueltas en 18 hospitales con este mismo programa en el segundo nivel de atención.

El Fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación de marzo de 2012, definiendo las condiciones para realizar una Interrupción del Embarazo dentro de la ley, fue un factor ampliamente facilitador de todo este programa del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

El marcado descenso de la mortalidad materna por aborto ha contribuido mucho a dar apoyo político a los programas implementados, aunque es imposible atribuir al trabajo de unas pocas unidades de salud primaria ese resultado. Lo que ocurre es que sin haber un programa formal que esté siendo evaluado, la estrategia de reducción de riesgos y daños se ha hecho muy conocida y adoptada en la práctica en la red de salud primaria de la provincia, sin que se pueda estimar ni cuantas unidades participan ni cuantas mujeres son atendidas.

De cualquier forma, los resultados son muy estimulantes, confirmando que la incorporación de médicos generalistas y obstétricas a la atención de estas situaciones mejora la calidad de atención de las mujeres en situación de aborto. La mayoría de los casos no requieren del nivel hospitalario y pueden resolverse en centros de atención primaria dada la baja complejidad de los procedimientos. A su vez, la incorporación de los médicos generales y enfermeras obstétricas permite una resolución más efectiva y segura, que minimiza los costos y maximiza la conveniencia y la puntualidad de la atención para la mujer [8].

Esperamos que la publicación de esta experiencia sirva para que los administradores de salud en nuestra provincia y en el resto del país, y aun de otros países, se estimulen a introducir programas

similares, que contribuyan a mejorar la salud de las mujeres y a reducir la mortalidad materna.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

- [1] Dirección de Información sistematizada - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2014.
- [2] Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica - Año 2014. Serie 5 - Número 58. Buenos Aires, República Argentina. Diciembre de 2015.
- [3] Ley 13066 Creación Del Programa Provincial De Salud Reproductiva Y Procreación Responsable – Secretaría de los Derechos Humanos – Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.
- [4] República Argentina. Código Penal de la Nación, 1921. (Ley N° 11179) Libro Primero Disposiciones Generales.
- [5] Protocolo De Atención Integral De Los Abortos No Punibles. Resolución N° 3146/12. Buenos Aires Salud/BA, 2012:1-9.
- [6] Briozzo L, Faundes A. The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. *Int J Gynecol Obstet* 2008;100(3):291–4.
- [7] World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: WHO; 2012. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/
- [8] World Health Organization. Health worker roles in providing safe abortion care and post abortion contraception. Geneva: WHO; 2015. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/en/

© 2016 Published by Elsevier Ireland Ltd. on behalf of International Federation of Gynecology and Obstetrics. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

This journal and the individual contributions contained in it are protected under copyright by International Federation of Gynecology and Obstetrics, and the following terms and conditions apply to their use:

Photocopying

Single photocopies of single articles may be made for personal use as allowed by national copyright laws. Permission of the Publisher and payment of a fee is required for all other photocopying, including multiple or systematic copying, copy-ing for advertising or promotional purposes, resale, and all forms of document delivery. Special rates are available for educational institutions that wish to make photocopies for non-profit educational classroom use.

For information on how to seek permission visit www.elsevier.com/permissions or call: (+44) 1865 843830 (UK)/(+1) 215 239 3804 (USA).

Derivative Works

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. Permission of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution. Permission of the Publisher is required for all other derivative works, including compilations and translations (please consult www.elsevier.com/permissions).

Electronic Storage or Usage

Permission of the Publisher is required to store or use electronically any material contained in this journal, including any article or part of an article (please consult www.elsevier.com/permissions). Except as outlined above, no part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior written permission of the Publisher.

Notice

No responsibility is assumed by the Publisher for any injury and/or damage to persons or property as a matter of products liability, negligence or otherwise, or from any use or operation of any methods, products, instructions or ideas contained in the material herein. Because of rapid advances in the medical sciences, in particular, independent verification of diagnoses and drug dosages should be made.

Although all advertising material is expected to conform to ethical (medical) standards, inclusion in this publication does not constitute a guarantee or endorsement of the quality or value of such product or of the claims made of it by its manufacturer.

Language (usage and editing services)

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform to correct scientific English may wish to use the English Language Editing service available from Elsevier's WebShop <http://webshop.elsevier.com/languageediting/> or visit our customer support site <http://support.elsevier.com> for more information.

Illustration services

Elsevier's WebShop (<http://webshop.elsevier.com/illustrationservices>) offers Illustration Services to authors preparing to submit a manuscript but concerned about the quality of the images accompanying their article. Elsevier's expert illustrators can produce scientific, technical and medical-style images, as well as a full range of charts, tables and graphs. Image 'polishing' is also available, where our illustrators take your image(s) and improve them to a professional standard. Please visit the website to find out more.

Printed by Henry Ling, Dorchester

⊗ The paper used in this publication meets the requirements of ANSI/NISO Z39.48-1992 (Permanence of Paper)

General Information

International Journal of Gynecology & Obstetrics publishes articles on basic and clinical research in the fields of obstetrics and gynecology and related subjects, with emphasis on matters of worldwide interest. The journal is sponsored by the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO).

For details on submission of manuscripts please refer to the detailed Instructions to Authors in the first issue of every volume. Manuscripts will be returned to authors without review if they do not adhere to the Instructions to Authors.

The *International Journal of Gynecology & Obstetrics* is cited in the following: Biological Abstracts; Chemical Abstracts; Current Contents; EMBASE/Excerpta Medica; Index Medicus; Pascal et Francis (INIST-CNRS).

Author inquiries

You can track your submitted article at <http://www.elsevier.com/track-submission>. You can track your accepted article at <http://www.elsevier.com/trackarticle>. You are also welcome to contact Customer Support via <http://support.elsevier.com>.

For a full and complete Guide for Authors, please refer to issue, 134 no. 1.
The instructions can also be found at: <http://www.elsevier.com/ijgo>

Publication Information

International Journal of Gynecology & Obstetrics (ISSN 0020-7292). For 2016, volumes 132-135 (12 issues) are scheduled for publication. Subscription prices are available upon request from the Publisher or from the Elsevier Customer Service Department nearest you or from this journal's website (<http://www.elsevier.com/locate/ijgo>). Further information is available on this journal and other Elsevier products through Elsevier's website (<http://www.elsevier.com>). Subscriptions are accepted on a prepaid basis only and are entered on a calendar year basis. Issues are sent by standard mail (surface within Europe, air delivery outside Europe). Priority rates are available upon request. Claims for missing issues should be made within six months of the date of dispatch.

Orders, claims, and journal inquiries: please contact the Elsevier Customer Service Department nearest you:
St. Louis: Elsevier Customer Service Department, 3251 Riverport Lane, Maryland Heights, MO 63043, USA; phone: (800) 6542452 [toll free within the USA]; (+1) (314) 4478871 [outside the USA]; fax: (+1) (314) 4478029; e-mail: JournalsCustomerService-usa@elsevier.com

Oxford: Elsevier Customer Service Department, The Boulevard, Langford Lane, Kidlington, Oxford OX5 1GB, UK; phone: (+44) (1865) 843434; fax: (+44) (1865) 843970; e-mail: JournalsCustomerServiceEMEA@elsevier.com

Tokyo: Elsevier Customer Service Department, 4F Higashi-Azabu, 1-Chome Bldg, 1-9-15 Higashi-Azabu, Minato-ku, Tokyo 106-0044, Japan; phone: (+81) (3) 5561 5037; fax: (+81) (3) 5561 5047; e-mail: JournalsCustomerServiceJapan@elsevier.com

The Philippines: Elsevier Customer Service Department, 2nd Floor, Building H, UP-Ayalaland Technohub, Commonwealth Avenue, Diliman, Quezon City, Philippines 1101; phone: (+65) 6349 0222; Fax: (+63) 2 352 1394; email: JournalsCustomerServiceAPAC@elsevier.com

© 2016, International Federation of Gynecology and Obstetrics. All rights reserved. 0020-7292/06/\$32.00. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or other-wise, without permission in writing from the copyright owner.

USA mailing notice: *International Journal of Gynecology & Obstetrics* (ISSN 0020-7292) is published monthly by Elsevier Ireland Ltd. (Elsevier Ireland Ltd., Elsevier House, Brookvale Plaza, East Park, Shannon, Co., Clare, Ireland). Periodicals postage paid at Jamaica, NY 11431 and additional mailing offices.

USA POSTMASTER: Send change of address to *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Elsevier Customer Service Department, 3251 Riverport Lane, Maryland Heights, MO 63043, USA.

AIRFREIGHT AND MAILING in USA by Air Business Ltd., c/o Worldnet Shipping Inc., 156-15, 146th Avenue, 2nd Floor, Jamaica, NY 11434, USA.

Advertising Information

Advertising orders and enquiries can be sent to: **USA, Canada and South America:** Elsevier Inc., 360 Park Avenue South, New York, NY 10010-1710, USA; phone: (+1) (212) 633 3974; **Europe and ROW:** Carol Clark, Advertising Sales Department, Elsevier Ltd., 125 London Wall, London, EC2Y 5AS; phone: (+44) 20 7424 4962; fax: (+44) 20 7424 4286; e-mail: ca.clark@elsevier.com
