

Comunicación N° 4

23 de agosto de 2016

Qué debe hacerse y qué no puede hacerse ante una mujer que consulta en situación de aborto

La consulta al sistema de salud de mujeres que se encuentran cursando un aborto –es decir, una interrupción espontánea o inducida del embarazo en cualquiera de sus variantes clínicas– es una situación frecuente y su atención forma parte de la práctica diaria de las/los integrantes de los equipos de salud.

En general, las mujeres que consultan se encuentran en una condición clínica estable, no crítica, pero algunas de ellas llegan a los servicios de salud en estado grave y necesitan atención inmediata. El tratamiento oportuno y adecuado puede evitar mayor morbilidad y en determinados casos, salvarles la vida.

¿Cuáles son las situaciones por las que puede concurrir una mujer en situación de aborto?

- Amenaza de aborto de un embarazo planificado o no
- Aborto espontáneo, ya sea que la mujer tenga o no

conocimiento de que estaba embarazada.

- Aborto inducido o provocado.
- Complicaciones debidas a una interrupción legal del embarazo por causa de peligro para su vida, peligro para su salud o en caso de violación (ya sea con tratamiento médico o quirúrgico, prestada anteriormente en el servicio al que consulta o en otro establecimiento de salud).
- Complicaciones producto de un aborto inseguro (autoinducido o inducido por una persona no calificada y/o en un ambiente inseguro).

Qué debe hacerse

Cada contacto de la mujer con los servicios de salud debe considerarse una oportunidad única, esto es, una oportunidad para realizar otras intervenciones del cuidado de la salud y de realizar la consejería en salud sexual y reproductiva, así como garantizar el acceso a métodos anticonceptivos.

La atención de las mujeres que cursan un aborto siempre debe enmarcarse en el respeto hacia las personas y sus derechos sexuales y reproductivos, como parte fundamental de los derechos humanos y como un deber de todo integrante de un equipo de salud.

- ✓ La consulta debe realizarse en un **ambiente que garantice la privacidad** y que busque crear un clima de contención y escucha activa, en el cual se brinde información comprensible sobre el grado de compromiso de su salud, los estudios que deben realizarle y las opciones terapéuticas.
- ✓ Todas las prácticas deben realizarse con el **consentimiento de la mujer** y siempre se ofrecerá la posibilidad de que un/a acompañante esté presente con ella durante la consulta si así lo desea.
- ✓ Brindar un **trato humanizado, de respeto** y apoyo por la situación personal de cada mujer.
- ✓ Mantener una **actitud libre de prejuicios, sin discriminación ni coerción en la prestación de servicios**, cualquiera haya sido la situación que llevó a la mujer a la consulta.
- ✓ Usar un **lenguaje claro y comprensible**, adaptado a cada persona.
- ✓ Crear un **ambiente de confianza entre el personal de salud y las usuarias y usuarios**.
- ✓ **Respetar la confidencialidad y el secreto médico, de acuerdo a lo establecido en las leyes nacionales 25.673 (Salud Sexual y Procreación Responsable), 26.529 (Derechos del Paciente), 26.061 (Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes), y 26.485 (Protección Integral contra todas las formas de violencia contra la mujer), y sus respectivos decretos reglamentarios, así como en el artículo 156 del Código Penal.** La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha decidido que el deber de confidencialidad de profesionales de la salud tiene preminencia sobre el eventual deber de denunciar (aún en el caso de una eventual comisión de un delito, como era en el caso el tráfico de drogas) ya que de lo contrario se violaría la garantía contra la autoincriminación de las personas (tal como se estableció en el Plenario Natividad Frías, en 1966). Así, en el Caso Baldivieso (2010) la Corte Suprema estableció que en la ponderación de intereses del Estado en juego tiene

- preminencia el derecho a la autonomía, la privacidad, la dignidad y la vida de las personas. Este criterio fue sostenido también por la Corte Suprema en el Caso FAL (2012) al resolver que no se debe exigir la denuncia de violación para garantizar el derecho al aborto legal en casos de violencia (respetando así el derecho a la privacidad de las mujeres), y en el caso A.G.Y. s/ recurso de casación (Cámara de Casación Penal, 2012) al sostener que “Aceptar que la detección de abortos consumados sea justa causa para relevar al profesional de la salud del deber de guardar secreto, implica valorar la persecución penal por encima de la salud y la vida no solamente de la mujer que asiste al hospital para paliar una infección potencialmente mortal, sino -en general- de la confianza de la población en que recibirán un trato digno y respetuoso por parte de los servicios médicos.”
- ✓ **Brindar información sobre su condición de salud**, el retorno de la fertilidad y el autocuidado.
 - ✓ Respetar su **derecho a tomar decisiones** sobre su salud y fertilidad.
 - ✓ Mantener una **escucha atenta** sobre las necesidades, puntos de vista, dudas y preguntas.
 - ✓ Realizar una **adecuada evaluación clínica** atenta a la valoración de signos clínicos de condiciones previas al shock. Si el riesgo es descartado se puede proceder a realizar una evaluación clínica completa, que incluye la anamnesis y el examen físico.
 - ✓ Si se confirma la evolución del aborto, **realizar evacuación uterina con las tecnologías adecuadas**: aspiración manual endouterina o misoprostol de acuerdo a las guías disponibles y basadas en las evidencias.
 - ✓ Las **posturas personales no deben modificar la conducta de las/los profesionales de la salud**, quienes deberán valorar los procedimientos terapéuticos teniendo en cuenta la condición clínica de la mujer, el examen físico y los estudios diagnósticos que se realicen. En todos los casos, la principal obligación de los servicios de salud es garantizar

la atención integral de las mujeres.

La atención de las mujeres que están cursando un aborto está atravesada por un contexto particular, más complejo que el de otras consultas asistidas por el equipo de salud. Cursar un aborto representa una vivencia única y singular, que por lo general genera angustia y miedo por la salud, la fertilidad futura u otras consecuencias que pudiera traer el evento. Pueden presentarse sentimientos como tristeza o culpa. En los casos de interrupción voluntaria, se agrega la preocupación porque se niegue la atención, a sufrir maltrato o a recibir una denuncia.

A su vez, en las/los profesionales de la salud, muchas veces aparecen en la atención sentimientos negativos ligados a la posibilidad de que la interrupción haya sido voluntaria o que se no se les relate toda la situación, y el temor de que haya alguna complicación a raíz de prácticas inseguras previas y luego puedan ser considerados responsables. Se suma a esto que muchas/os profesionales tienen opiniones personales en contra de la interrupción voluntaria del embarazo y lo dejan entrever durante la consulta. Estas cuestiones pueden condicionar la interacción entre una persona que necesita atención y el/la profesional que debe brindársela, y hacer que se genere un vínculo poco propicio para favorecer la comunicación, la escucha activa, la confianza, y para garantizar el objetivo central de ese encuentro, que es realizar todas las acciones necesarias para preservar la salud y la vida de las mujeres.

La violencia obstétrica está contemplada en la Ley 26.485 (de

Protección contra todas las formas de violencia contra la mujer), y se define como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”. La violencia obstétrica incluye el “trato deshumanizado el trato cruel, deshonesto, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no” (Decreto 1011/2010)

No se debe hacer y puede constituir violencia obstétrica:

- ✓ **Interrogatorio minucioso e intimidatorio en pos de que la mujer reconozca supuestas maniobras abortivas como condición imprescindible para un tratamiento adecuado.**
- ✓ **No ofrecer o negar analgésicos frente al dolor**
- ✓ **Realizar evacuación uterina sin analgesia o anestesia.**
- ✓ **Realizar denuncia policial o judicial o amenazar con realizar tal denuncia.**

En muchas oportunidades las/los profesionales de la salud insisten en saber la causa del aborto; es decir, si fue provocado, si hubo

maniobras u otras circunstancias relacionadas. Se suele justificar su insistencia en la creencia errónea de que es necesario saber qué “se hizo” la mujer para establecer el adecuado tratamiento. Es posible que algunas/os profesionales de la salud se sientan molestos o frustrados al percibir que se les está “ocultando información”. Sin embargo, es importante tener presente que estas actitudes son las que, en muchas ocasiones, llevan a las mujeres a no querer contar, incluso a no consultar o a hacerlo tardíamente, poniendo así en riesgo su vida.

Cualquiera sea el caso, la conducta indagatoria resulta una práctica expulsiva del sistema de salud y no tiene justificación médica, ya que el tratamiento estará determinado por la condición clínica de la mujer al momento de la consulta.

Los equipos de salud que incumplen sus obligaciones profesionales y las instituciones, sus directivos y el personal médico y no médico son susceptibles de sanciones legales, administrativas, civiles o penales.

Marco normativo vigente para la atención de las mujeres que cursan un aborto

- ✓ **Tratados internacionales de derechos humanos que reconocen el derecho a la atención médica y la legislación nacional que establece los parámetros legales de la atención sanitaria.** Es importante destacar que nuestra legislación, de acuerdo con estándares internacionales, amplía el concepto de relación médico-paciente para involucrar a lo que se conoce frecuentemente como “equipo de salud”, es decir todo aquel/la que trabaja en un servicio, se trate de los/as profesionales médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os, etc., o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza.
- ✓ **La Ley N° 26.529/2009, de “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud”.** Establece el derecho a:
 - Ser asistida por el equipo de salud sin menoscabo o distinción por sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición.
 - Recibir un trato digno y con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y de su intimidad.

- Recibir la información vinculada a su salud y las opciones terapéuticas disponibles, que se deben transmitir de forma clara y acorde a sus capacidades. Esta debe ser dada por escrito si es su deseo obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento.
- Aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa.
- ✓ **Ley N° 26.061/2005, de “Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes”.**
Otorga a los niños, niñas y adolescentes similares derechos en lo referido a la toma de decisiones.
- ✓ **Ley N° 26.485/2009, de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”.**
Define “violencia obstétrica” como la que se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia las mujeres, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, atención pre y post parto. El personal de la salud puede ser agente responsable de este tipo de violencia, así como del resto de las clases de violencia posibles: contra la libertad reproductiva, física, psicológica o institucional.