

2012

Organización Panamericana de la Salud

Cambio en la relación sanitaria:
modelo uruguayo de reducción
de riesgo y daño del aborto inseguro

mejores prácticas
en género, etnia y salud



Cambio en la relación sanitaria: modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño del aborto inseguro

Montevideo, Uruguay



Se publica también en inglés (2012) con el título:
Changing relationships in the health care context : the Uruguayan model for reducing the risk and harm of unsafe abortions.

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Servicio Editorial, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (pubrights@paho.org). El Área de Género, Diversidad y Derechos Humanos podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2012. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Dra. Mirta Roses Periago
Ex Directora

Dra. Socorro Gross Galeano
Ex Subdirectora

Dra. Gina Tambini
Gerente, Área de Salud Familiar y Comunitaria

Dra. Isabel Noguera
Coordinadora, Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos

Esmeralda Luz Burbano Jaramillo
Especialista en Género y Diversidad Cultural, Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos

Asociación Civil Iniciativas Sanitarias

Dr. Leonel Briozzo
Ex Director General

OP. Ana Labandera
Directora Ejecutiva

Dra. Mónica Gorgoroso
Área implementación de servicios

Psic. Cecilia Stapff
Área difusión y política

Dra. Verónica Fiol
Área monitoreo y evaluación

Psic. Ivana Leus
Área desvínculo-adopción

Índice

-	Presentación	9
-	Resumen	11
I.	¿Por qué lo hicimos?	12
II.	¿Qué buscábamos?	13
III.	¿Cómo lo hicimos?	15
IV.	¿Con quién lo hicimos?.....	17
V.	¿Qué logramos?	18
VI.	¿Cómo lo sostenemos?	23
VII.	¿Qué aprendimos?	26
-	Siglas	27
-	Bibliografía	29

Presentación

En el marco de la celebración del Día Internacional de la Mujer, la Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos y la Iniciativa de Maternidad Segura de la Organización Panamericana de la Salud organizaron el V Concurso de Buenas Prácticas que incorpora la perspectiva de igualdad de género en salud. Este concurso tiene como objetivo identificar las experiencias que mejor aborden las necesidades y oportunidades diferenciales de hombres y mujeres para goce de una óptima salud. En esta ocasión se contó con la participación de 93 experiencias de 19 países de América Latina y el Caribe.

La experiencia “Cambio en la relación sanitaria, el modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño del aborto inseguro” presentada por la Asociación Civil Iniciativas Sanitarias de Uruguay fue seleccionada como ganadora por haber conseguido elaborar un modelo para reducir los riesgos y daños asociados al aborto ilegal; la experiencia ha sido aplicada de forma experimental en ocho centros de salud que asisten al 62% de las mujeres uruguayas. Este modelo ha sido cuidadosamente evaluado y aceptado para ser usado en los países donde el aborto es ilegal. Para la Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos es un orgullo presentar esta publicación que permitirá extraer lecciones que puedan ser replicadas y adaptadas a otros contextos.

Dra. Isabel Noguera

Coordinadora

Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos

Resumen

Desde el 2001, Iniciativas Sanitarias ha implementado y monitoreado una estrategia para reducir los riesgos y los daños causados por el aborto inseguro. Esta estrategia se basa en intervenir articuladamente sobre los tres componentes de la relación sanitaria: profesionales y equipos de salud, comunidades de usuarios/as e instituciones prestadoras de servicios; para la instalación de servicios de salud sexual y reproductiva sostenibles. La experiencia busca que se incluyan servicios amplios e integrales de salud sexual y reproductiva para aquellas mujeres que enfrentan a un embarazo no deseado y no aceptado y que además involucre a los hombres.

Las características sociales, sanitarias e institucionales del Uruguay lo hacen un escenario favorable para funcionar como “laboratorio social”, el cual fue posible evaluar y monitorear la estrategia desde los puntos de vista epidemiológico y social. Esta evaluación sistemática dio como resultado en lo que hoy llamamos “Modelo uruguayo de reducción de riesgos y daños del aborto inseguro”. El modelo ha probado ser efectivo para disminuir la mortalidad materna, colocando al Uruguay en el camino de mejorar la salud materna y cumplir con el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM 5), generando cambios sociales, legales y políticos que garantizan su sostenibilidad.

Planteamos que este modelo es replicable y adaptable a otros países con legislación restrictiva con respecto al aborto, y que es adecuado para dar una solución inmediata a las mujeres que viven la difícil situación del embarazo no deseado y no aceptado. Para lograrlo se requiere un marco ético-legal que garantice la confidencialidad en la relación médico - paciente además el compromiso de las instituciones profesionales referentes.

¿Por qué lo hicimos?

En Uruguay, el aborto es ilegal y está penalizado por ley desde el año 1938. Dicha ley incluye eximentes, es decir situaciones en las que el juez puede no imponer una pena a la mujer que se practica un aborto o al médico/a que realiza el procedimiento. Estos eximentes son: riesgo para la salud y la vida de la mujer, embarazo como consecuencia de una violación, angustia económica y causal de honor. Sin embargo, raramente una usuaria cuyo embarazo pudiera incluirse entre estos eximentes, accedía a la interrupción institucional del embarazo.

En este contexto, aún siendo el Estado Uruguayo signatario de múltiples convenciones internacionales sobre derechos humanos y derechos de las mujeres, aquellas que enfrentaban un embarazo no deseado y no aceptado, eran excluidas, marginadas y agredidas por la sociedad y el sistema de salud. A principios de la década del 2000 esta situación se vio aun más marcada dada la crisis socioeconómica y no existía un espacio seguro para informarse, reflexionar y resolver dudas que permitieran tomar una decisión responsable. Por el contrario persistía la ignorancia con respecto a las opciones y a las consecuencias para la salud de una variedad de métodos inseguros para interrumpir el embarazo, desde la ingesta de tóxicos hasta la introducción de tallos vegetales en el cuello uterino.

A nivel de la relación sanitaria, los/as profesionales de la salud que se veían involucrados en esta situación, adoptaban una posición de acción individual, paternalistas, disciplinaria y de censura hacia las mujeres, enfatizando las inequidades de género en la sociedad uruguaya. La denuncia de abortos en ámbitos que no correspondían violaba el secreto profesional, lo que ponía en evidencia la falta de información sobre los derechos y las obligaciones de los profesionales. Las usuarias de los servicios de salud vivían en constante temor a ser rechazadas por el sistema, el desprecio por parte del personal de la salud y a la sanción legal. Esta circunstancia las llevaba a ocultar su decisión de abortar, a evitar cualquier contacto con el sistema de salud o hacerlo en forma tardía. Dicha circunstancia violaba el derecho al acceso a la salud de las mujeres. En el quinquenio 1995-1999, la primera causa de mortalidad materna (MM) fue el aborto provocado en condiciones de riesgo con un 28%¹.

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

2. Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), centro nacional de referencia en la atención de la salud de la mujer en el Uruguay, donde nacen 1 de cada 5 uruguayos y se forman el 90% de los/as profesionales en obstetricia y ginecología. Hasta 2008 CHPR dependía del Ministerio de Salud Pública- CHPR-MSP. Con el cambio del Sistema Nacional Integrado de Salud en 2008 CHPR

En el quinquenio 1996-2001, ésta fue la misma causa de muerte materna con el 47% en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)² -el centro de referencia nacional en salud de la mujer- con un riesgo de mortalidad materna 2,4 veces mayor en este hospital con respecto del resto de los hospitales del país. 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 métodos de alto riesgo como los antes mencionados. En ese escenario planteábamos que el aborto provocado en condiciones de riesgo y la mortalidad materna eran temas de salud pública, de derechos humanos y de justicia social.

A nivel internacional, las organizaciones especializadas en salud, habían abordado este tema desde hacía muchos años. Clásicamente se planteaba la dicotomía del aborto inseguro en el contexto de la ilegalidad y como contrapartida el aborto seguro y legal. Esta situación de hecho dejaba de lado todo el esfuerzo de transformación en el sector político y dejaba a los equipos de salud y al sistema asistencial al margen de los esfuerzos por los cambios. Así, la estrategia para interrumpir el embarazo se centraba en argumentar las indicaciones médicas que habilitaban el aborto, tales como la agresión sexual o cuando la vida de la mujer corre peligro, etc. En la práctica, estas causas eran poco significativas para generar un impacto efectivo y no respondían a la gran mayoría de situaciones de riesgo que llevaban a las muertes maternas.

El marco teórico de nuestra propuesta se basa en una de las recomendaciones de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo 1994 con respecto a que “Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo”³

depende de la Administración de Servicios de Salud del Estado CHPR-ASSE.

3. Conferencia Internacional Población y Desarrollo. capítulo VII – Inciso C- Numeral 8.25

El modelo se basa en cinco pilares conceptuales:

1. Las políticas de disminución de riesgos y daños, que han sido aplicadas exitosamente en otros problemas sociales tan complejos como la interrupción del embarazo no deseado - no aceptado.
2. La necesidad de la defensa y promoción de los derechos humanos.
3. La acción de los profesionales de la salud basada en los valores del denominado "profesionalismo médico".
4. La acción profesional basada en la bioética.
5. El soporte jurídico de la propuesta.

Desde esta perspectiva se crea una nueva categoría que denominamos "**aborto de menor riesgo**" como objetivo viable en el marco de la ilegalidad del aborto. El modelo de intervención se basa en el cambio de la relación médico - paciente mediante la acción; es decir, antes del potencial aborto se presta una consulta de asesoramiento y una vez que este es realizado, se procede a brindar atención integral postaborto.

Un "**Aborto de menor riesgo**" es aquel en que:

- La usuaria tiene una consulta de asesoramiento antes de las 12 semanas de edad gestacional y ella decide interrumpir el embarazo, de acuerdo con la información que se le ha brindado.
- La usuaria tiene acceso al misoprostol y lo usa de la manera indicada y de acuerdo con los estándares científicos internacionalmente reconocidos. La usuaria tiene un aborto completo o incompleto sin complicaciones.
- No presenta complicaciones inmediatas (dentro del primer mes) desde el punto de vista biopsicosocial.
- Recurre a un método anticonceptivo seguro y de calidad, adecuado para su realidad y elegido por ella misma.

Es así como en el 2001, se organiza un grupo inicial de profesionales de la salud, que posteriormente en el 2006 pasaría a constituir lo que hoy conocemos como la Asociación Civil Iniciativas Sanitarias y que desarrolló e implementó una estrategia para incluir la atención de la mujer que experimenta un embarazo no deseado y no aceptado en el sistema de servicios de salud, aún desde un marco legal restrictivo del aborto.

¿Qué buscábamos?

El propósito de la intervención es proteger la vida y la salud de la mujer que enfrenta un embarazo no deseado y no aceptado, disminuir los riesgos y daños por aborto inseguro, prevenir el aborto inseguro y reducir la mortalidad materna por medio de la incorporación de una perspectiva de género y de derechos humanos en salud.

El objetivo general de la experiencia es promover la inclusión de la mujer que cursa un embarazo no deseado y no aceptado dentro del sistema de salud. Así mismo, busca crear una relación sanitaria que garantice el empoderamiento de las mujeres y de las comunidades en el cuidado de su salud.

Los objetivos específicos son:

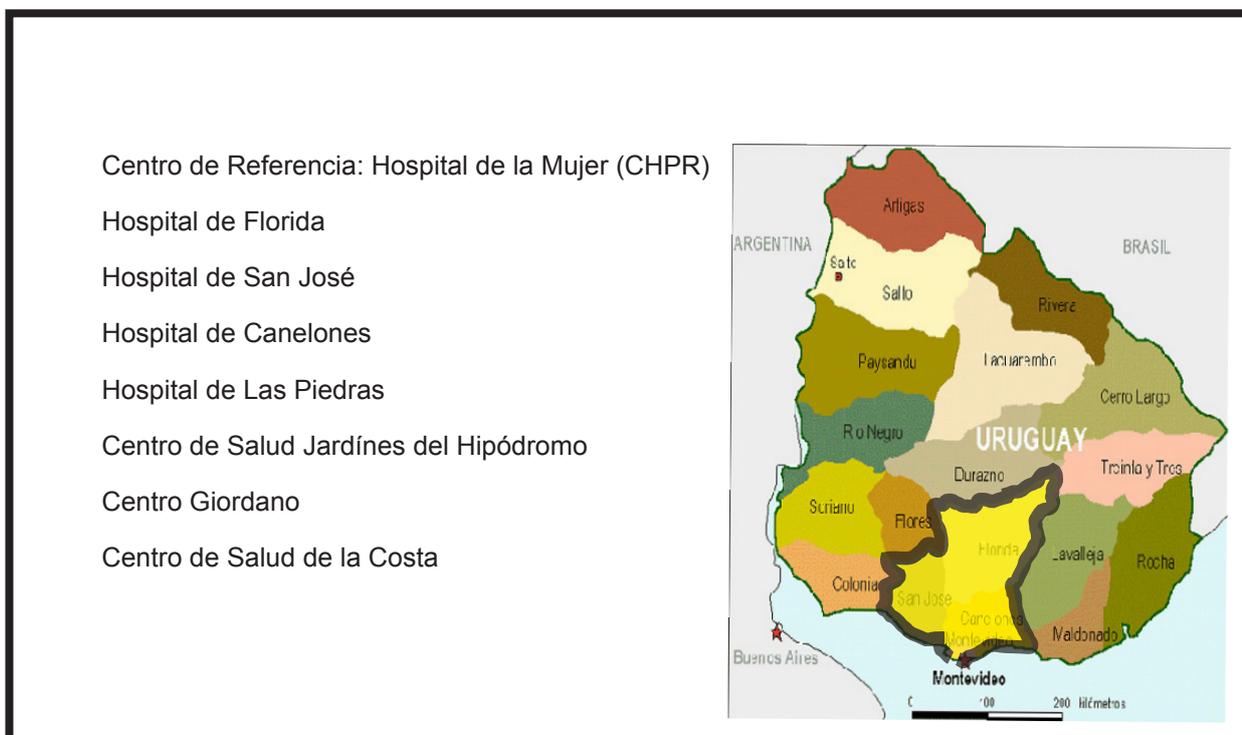
- Disminuir la morbilidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo.
- Disminuir los abortos provocados en condiciones de riesgo.
- Disminuir los embarazos no deseados.
- Disminuir la necesidad de las mujeres de recurrir al aborto voluntario.

La intervención que presentamos se realizó en el periodo 2006-2010, en el marco del proyecto denominado "Iniciativas Sanitarias. Proteger la vida y la salud de las mujeres uruguayas, disminuyendo el aborto provocado en condiciones de riesgo". El proyecto fue auspiciado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en el contexto de la iniciativa mundial de FIGO "Salvar madres y recién nacidos". El proyecto proponía evaluar el impacto de la implementación del MODELO en ocho centros de salud, situados en cuatro departamentos donde viven el 62% de las mujeres uruguayas.

La selección de estos centros se realizó con base en: la prevalencia del problema en lugares específicos, las condiciones locales que habilitan el desarrollo de los servicios de asesoramiento, la presencia de coordinadores/as locales sensibilizados y con

capacidad de gestión y decisión local, integrantes de Iniciativas Sanitarias, y la posibilidad de realizar el monitoreo social y epidemiológico en un área geográfica concreta. (figura 1)

Figura 1. Servicios de salud sexual y reproductiva, proyecto FIGO/ Iniciativas Sanitarias Contra Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo



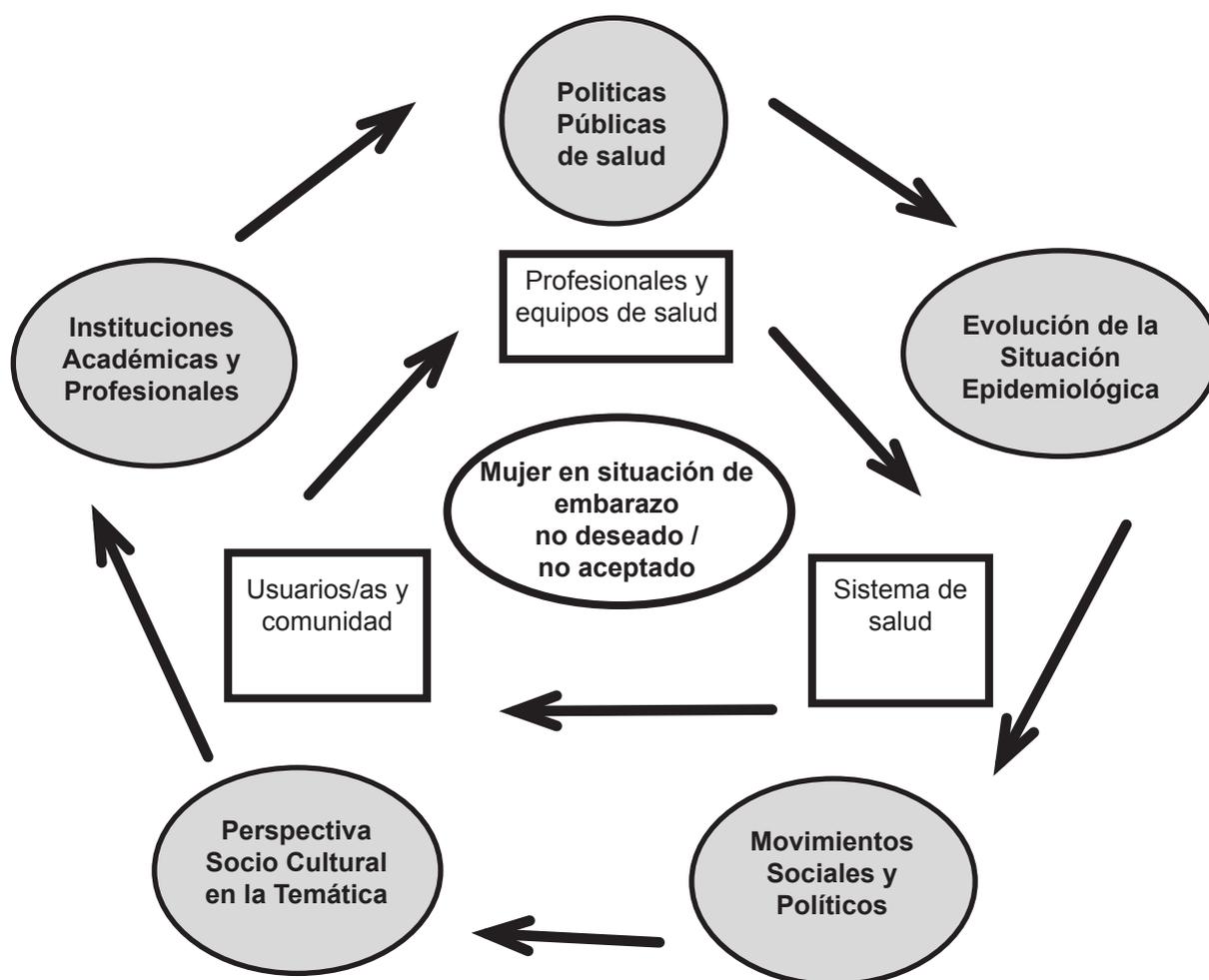
¿Cómo lo hicimos?

Proceso de implementación y diseño del MODELO

Para explicar integralmente el proceso de construcción del MODELO utilizamos un esquema conceptual de círculos concéntricos cuyos componentes interactúan de forma dinámica y permanente. (Figura 2) . En el centro de la figura dos, en el primer círculo se ubica a la mujer en situación de embarazo no deseado y no aceptado.

El segundo círculo representa la relación sanitaria la cual se inscribe dentro de un sistema socio-sanitario cuyos actores claves en relación con el aborto se representan en el tercer círculo.

Figura 2. Cambio en la Relación Sanitaria Diseño: Componentes y acciones



La intervención planteada se enfocó en priorizar la relación sanitaria (segundo círculo), para impactar positivamente en las situaciones concretas de las mujeres que viven un embarazo no deseado y no aceptado (primer círculo) y contribuir a generar cambios en el tercer círculo y todos sus componentes (Figura 2).

1. Inclusión de la mujer en situación de embarazo no deseado y no aceptado en el sistema de salud

En la práctica clínica, el MODELO pauta la atención de las mujeres en situación de embarazo no deseado y no aceptado, en dos momentos: asesoramiento profesional previo a la decisión final de practicarse el aborto y atención integral postaborto. En todo momento se ofrece información calificada y ética para que cada mujer tome su decisión sobre la continuidad o interrupción del embarazo de forma libre, responsable y segura.

Esta forma de operar permite avanzar desde el punto de vista del derecho a recibir atención en salud como un derecho humano que debe ser garantizado más allá de la ilegalidad del aborto. Así mismo este procedimiento promueve la equidad de género al facilitar el acceso de las mujeres al sistema de salud, promoviendo la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones informadas. Por otra parte este procedimiento es inclusivo con los hombres que acompañan a las usuarias en el proceso de atención, permitiendo espacios de diálogo y apoyo para ambos.

2. Profesionales y equipos de salud

Se aplica una estrategia de capacitación que genera el compromiso de los/as profesionales de los centros seleccionados para cambiar la relación sanitaria, por medio de talleres dirigidos a los funcionarios/as de estos centros que asisten directamente a las mujeres en situación de embarazo no deseado - no aceptado. El modelo está basado en la teoría constructivista del aprendizaje como generador del "conflicto cognitivo". Es decir que cuando por cualquier motivo 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. Esto conlleva a que el individuo se encamine en un nuevo proceso de aprendizaje, ya que sin conflicto cognitivo, no hay aprendizaje significativo posible.

Este cambio en el posicionamiento de los profesionales, especialmente entre los profesionales de la medicina, permitió que éstos cuestionaran el modelo de salud hegemónico (paternalista y masculino) que naturalizaba las desigualdades.

3. Mujeres y comunidades empoderadas

La estrategia de comunicación incorpora acciones informativas y educativas para lograr influenciar

directamente en los/as usuarias/os directas/os y que a la vez sea de provecho para la comunidad en general. Es decir, la estrategia busca generar un impacto en la comunidad, en la sociedad civil, y sobre los actores profesionales, políticos e institucionales. Este conjunto de relaciones lleva de pasar de la comunicación a la acción y a ser parte de los procesos de cambios.

Las acciones educativas implementadas implicaron generar y difundir evidencias de la estrategia sanitaria en diversos ámbitos:

- **Comunidad:** se busca fortalecer el conocimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva y el ejercicio de esos derechos. Cada equipo de salud definió y elaboró los medios de difusión que utilizarían en su comunidad, la modalidad y el lenguaje que fuera más adecuado. Se implementó la estrategia de Resonancia Comunitaria para lograr la interacción entre los/las profesionales y las comunidades, lo que implicó trabajar cara a cara con la población en terreno.
- **Difusión nacional:** se utilizaron múltiples redes sociales: página web, guías de recursos, foros de debate, medios masivos, conferencias de prensa, boletines institucionales, etc.
- **Ámbito académico:** se difundió la estrategia y sus resultados, generando la reflexión colectiva y el compromiso institucional.
- **Ámbito político:** se identifican audiencias amigables, parlamentarios/as sensibilizados, se presentan datos y resultados y se les invitó a conocer los servicios de salud sexual y reproductiva, buscando intereses comunes y logrando acuerdos.

4. Implementación de los servicios de salud sexual y reproductiva

Se aplicó la "estrategia de supervisión capacitante" con el propósito de fortalecer a los coordinadores locales y de dar seguimiento en la implementación práctica de servicios sexuales y reproductivos. Asimismo se diseñó y aplicó una "herramienta de monitoreo de calidad" para evaluar la percepción de las usuarias, las prácticas de los equipos de salud y los aspectos logísticos de estos servicios. A partir de dicha evaluación se planean acciones para continuar mejorando la calidad de atención.

5. Monitoreo y evaluación

El monitoreo y la evaluación estuvo a cargo de instituciones independientes que realizaron un seguimiento epidemiológico y socio-antropológico.

5.1 Monitoreo epidemiológico

- Estuvo a cargo de la Unidad de Investigación Clínica y Epidemiológica Montevideo (UNICEM) un grupo de epidemiólogos clínicos. El monitoreo buscaba medir varios indicadores de impacto, como la morbi mortalidad materna (antes, durante y después de la intervención), además

del análisis de los datos registrados en los formularios de consulta de asesoramiento y control post-aborto.

- Medición de indicadores de mortalidad materna en todo el país: tamizaje de TODAS las muertes de las mujeres en edad reproductiva buscando identificar la causa por medio de una auditoría el historial clínico de la paciente.
- Medición de indicadores de morbilidad severa: tamizaje de los ingresos a unidades de cuidados intensivos de TODAS las instituciones sanitarias de los departamentos participantes y sus centros dependientes, identificación de casos de morbilidad por aborto inseguro y auditoría de historia clínica. Tamizaje de histerectomías y legrados en dichas instituciones.
- Registro y análisis de TODAS las consultas por embarazo no deseado y no aceptado y control post-aborto.

5.2 Monitoreo socio-antropológico.

Estuvo a cargo del Instituto de Altos Estudios (IAE), coordinado por un sociólogo y una antropóloga.

Análisis cualitativo de conceptos, actitudes y prácticas en relación con la salud sexual y reproductiva y al aborto en tres grupos: usuarias, personal profesional y personal administrativo. Metodología cuali-cuantitativa por medio de auto-cuestionarios, entrevistas grupales e individuales a fondo.

Aplicación de instrumentos en el 2007 y en el 2009, estudio pre y post intervención (línea de base-línea final) comparando seis centros de tratamiento y tres centros de control.

Temas centrales para el análisis: justificación del aborto, uso del misoprostol y las respuestas del sistema sanitario ante situaciones de embarazo no deseado.

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

Los datos se colectan y analizan en conjunto con los equipos de gestión y de salud de los centros seleccionados y los equipos multidisciplinarios de investigadores de UNICEM e IAE. Los resultados se comparten con autoridades sanitarias y académicas, organizaciones sociales y colectivos profesionales.

¿Con quién lo hicimos?

En nuestra intervención, reconocemos una dupla interdependiente en el proceso de aprendizaje

hacia los cambios, que lleva ya 10 años: se trata de los profesionales de la salud y de las mujeres en situación de embarazo no deseado y no aceptado. La iniciativa y el motor de este trabajo surge de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud de la Facultad de Medicina que desarrolla su función en el CHPR y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y en alianza con este centro, comprometidos con la realidad y con la visión de que los cambios sociales son posibles a través de la gestión en salud. Sin duda las mujeres y en particular aquellas más vulnerables y provenientes de medios carenciados, han sido parte fundamental de la motivación de este equipo para tomar la iniciativa de actuar por medio de una estrategia innovadora que permitiera dejar de ser parte del problema y pasar a ser parte de la solución.

En la construcción de este camino reconocemos valiosos e imprescindibles aportes provenientes de diferentes ámbitos:

- Equipo de funcionarios y profesionales de las instituciones sanitarias participantes, en instancias de capacitación, donde se implementaron servicios de salud sexual y reproductiva.
- Comunidades y referentes de las mismas con quienes interactuamos aprendiendo tanto de comunicación, como a identificar otras necesidades de la comunidad y nuestras propias carencias.
- Organizaciones no gubernamentales e instituciones nacionales (Mujer y Salud en Uruguay, Red Uruguaya de Autonomía y Cotidiano Mujer), que aportaron su experiencia en diferentes ámbitos para la difusión del MODELO en las comunidades, trabajando con la red de mujeres organizadas; “El Abrojo” que desarrolló las estrategias en terreno de resonancia comunitaria y monitoreo de niveles de estigma; DODECA, escuela de cine uruguaya que aportó al diseño de materiales audiovisuales; UNICEM e IAE que diseñaron y desarrollaron el monitoreo epidemiológico y socio antropológico respectivamente.
- El Ministerio de Salud Pública (MSP) en su rol rector de las políticas públicas, y ASSE han sido los escenarios de implementación del MODELO. Han cooperado con recursos humanos calificados para que trabajaran en los centros seleccionados, habilitando su desarrollo para finalmente adoptar la práctica como parte de una política pública sostenible, primero en el CHPR y luego desde el 2004 mediante una Ordenanza Ministerial (Ordenanza 369/04) en centros de primer nivel de atención de ASSE.
- Es preciso destacar el rol de las alianzas con: Asociación Obstétrica del Uruguay, la Sociedad Ginecotológica del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina al posicionarse en defensa del MODELO.

¿Qué logramos?

- Agencias y organizaciones internacionales: FIGO, como promotora del proyecto eje de la experiencia que presentamos. Además, ha contamos con el apoyo de UNFPA, en la difusión de las experiencias; Ipas colaboró en la difusión e implementación de servicios y trabajo comunitario al igual que Médicos del Mundo y la OMS; SAFE ABORTION ACTION FUND (SAAF) el cual colaboró en el fortalecimiento institucional; Consorcio Latinomaericano Contra el Aborto Inseguro y la International Planned Parenthood Federation (IPPF/RHO) para la expansión y replicabilidad regional del MODELO en países de tales como: Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, Mexico, Nicaragua, Peru, Suriname, Venezuela.
- En el 2008 Iniciativas Sanitarias recibió el Gran Premio Nacional de Medicina, reconocimiento otorgado por la Academia Nacional de Medicina por el MODELO y su impacto en la salud materna.

Para lograr visualizar los logros obtenidos con la implementación del MODELO presentamos el análisis de las variables cuantitativas de morbilidad y mortalidad del período 2001 al 2010. La intervención que abarca el período del 2006-2010 incluye un análisis prospectivo de variables cuantitativas y cualitativas mediante encuestas a usuarios/as, a la comunidad y al personal de las instituciones de salud. Siguiendo el esquema conceptual, analizaremos los tres círculos que se mencionan en la figura dos, de la cual ya hemos hecho referencia antes.

- **Tercer círculo (Figura 2) cambios epidemiológicos, sociales y legales.**

Resultados epidemiológicos: Descenso marcado y sostenido de la mortalidad materna en general y de la mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo en todo el país y en el CHPR (Gráfico 1 y 2).

Gráfico 1. Evolución de la Mortalidad Materna en el Uruguay y en el CHPR tomando en cuenta todas las causas en el decenio 2001-2010

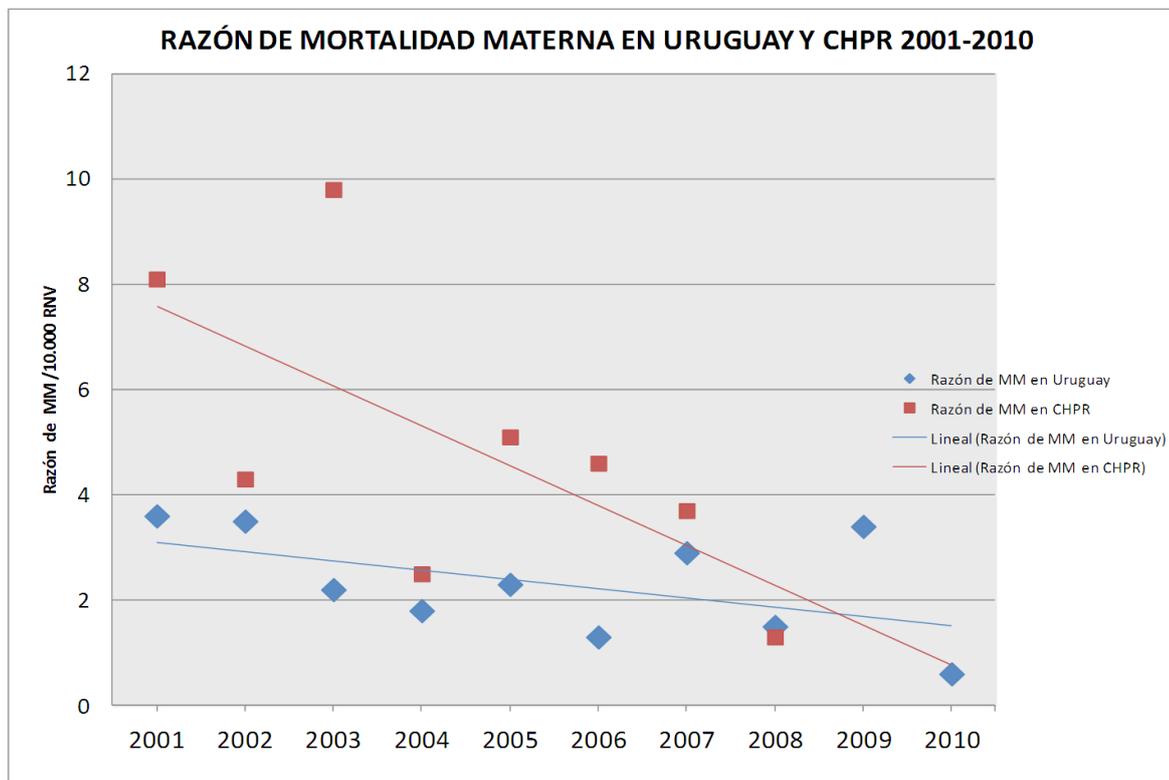
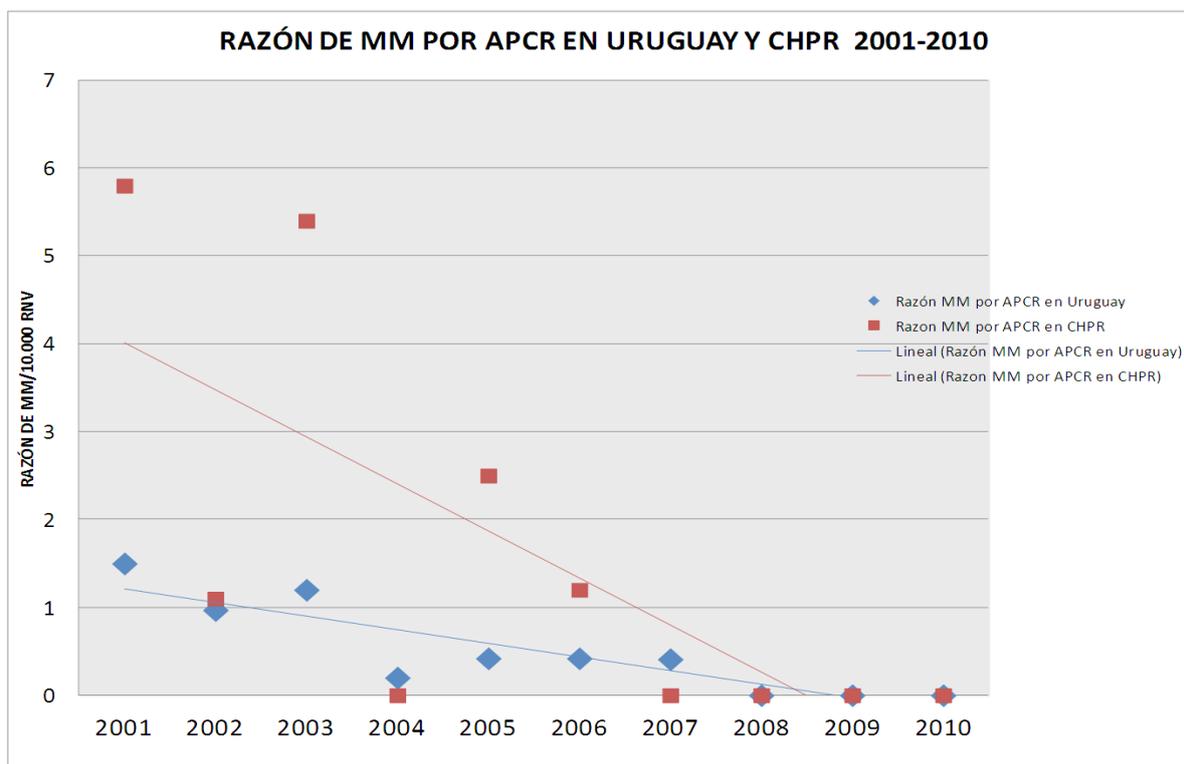


Gráfico 2. Evolución de la Mortalidad Materna por aborto provocado en condiciones de riesgo en el Uruguay y en el CHPR en el decenio 2001-2010



Fuente de datos:

2001-2006: Departamento de Información Poblacional de la D.I.GE.SA. – M.S.P

2007-2010: Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las Muertes de Mujeres por Causa del Embarazo, Parto, Cesárea, Puerperio y Aborto.

Se describe la razón de mortalidad materna por 10.000 dado que el número de nacimientos en el país es menor de 100.000, en el entorno de 45.000-50.000 por año.

En los últimos años hasta el 2010, no se han registrado muertes asociadas por aborto inseguro en todo el país, particularmente, en el CHPR no se registran muertes relacionadas por aborto inseguro desde el 2007. Se observa además un descenso de la morbilidad vinculada a aborto provocado en condiciones de riesgo: descenso del número de ingresos a unidades de cuidados intensivos e histerectomías por esta causa.

Impacto legal y social de las políticas públicas

Desde el 2008, el MODELO de Iniciativas Sanitarias está incluido en la Ley 18.426 de “Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”.

Si bien es cierto, la nueva ley mantiene la ilegalidad del aborto, ésta reconoce y garantiza el derecho de las mujeres en situación de embarazo no deseado y no aceptado a ser asistidas de forma digna, confidencial y ética dentro del sistema de salud, en tanto ciudadanas. Esta regulación legal implica la obligatoriedad de brindar servicios en el contexto de los servicios de salud sexual y reproductiva en todo el sistema de salud uruguayo. Desde el 2011, el

MSP reglamenta la ley, lo cual coincidió con el cambio de gobierno nacional el cual promueve la capacitación a nivel nacional de los referentes designados por las instituciones de salud para los servicios de salud sexual y reproductiva. Dicha capacitación la realiza el equipo de Iniciativas Sanitarias, y posteriormente se procede a implementar en serie dichos servicios.

La discusión pública del aborto inseguro ha impactado a la comunidad y ha sido asociado a los servicios de salud. Esto ha producido que el tema sea discutido de forma más natural vinculándolo a la atención en los servicios de salud. Esto ha permitido la apertura para hablar del tema, venciendo barreras socioculturales, como el temor y el estigma. Indudablemente, esto representa un avance en el camino a la equidad de género y del ejercicio efectivo de los derechos humanos, ya que la política pública incorpora las necesidades propias de la mujer defendiendo el acceso a la salud y el ejercicio de sus derechos. El discurso público evidencia un cambio notable y una apertura social y legislativa, favoreciendo el cambio en cuanto a la legislación restrictiva del aborto.

Segundo círculo (figura 2): cambios en la relación sanitaria

Profesionales

Iniciativas Sanitarias ha capacitado 1240 profesionales para la aplicación del MODELO. La inequidad de género, largamente sostenida por las asociaciones profesionales -que reproducen el modelo hegemónico masculino en sus prácticas

institucionales- es cuestionada al hacer visible la necesidad de un cambio en el posicionamiento de la relación sanitaria que permita afrontar un problema basado en la ética, los valores profesionales y a favor de los derechos de las mujeres.

Tabla 1. Monitoreo socio-antropológico. Profesionales médicos/as y no médicos/as

PERFIL: 33.3% enfermeros/as, 28.6% médico/a ginecólogos/as y 19.8 % parteras 60 % tiene entre 30 y 49 años , 22 % entre 50 y 60.			
Variables y cambios constatados		2007 n= 91	2009 n= 87
Justificabilidad del aborto según causal (Promedios, 1 = Nunca justificable y 10 = Siempre justificable)	Cuando el embarazo ha sido producto de una violación sexual	9,3	9,7
	Cuando la mujer tiene serios problemas económicos para mantener a su familia	5,9	7,5
	Cuando la mujer ha sido abandonada por su pareja	4,0	5,5
	Para evitar el nacimiento de niños con malformaciones	8,3	9,2
	Cuando el embarazo pone en grave riesgo la salud de la mujer	9,0	9,5
	Cuando la pareja tiene demasiados hijos	4,5	6,0
	Cuando la mujer es adolescente	3,9	5,5
	Cuando la mujer no desea ser madre en ese momento de su vida	5,0	7,2
Conocimiento sobre misoprostol y el MODELO (% de profesionales)	Conoce la normativa de asesoramiento	50	80
	Aplica el MODELO	46,3	78
Como se procede cuando una usuaria manifiesta la voluntad de realizarse un aborto (% de profesionales)	Se le recuerda el carácter ilegal del aborto en Uruguay	45,2	53,5
	Se la deriva con otro técnico profesional dentro del Centro de Salud	14,3	59,2
	Se la deriva fuera del Centro de Salud	50,0	5,6
	Se la intenta persuadir para que no aborte	28,6	5,6
	Se le brinda toda la información y asesoramiento necesario para que pueda cumplir con su decisión	61,9	71,8
	Se la denuncia a vigilancia	14,3	1,4

Como muestra la tabla uno, el monitoreo socio-antropológico evidencia cambios conceptuales y actitudinales:

- Aumento del personal médico y técnico que conoce y aplica el MODELO: un aumento del 50% en 2007, de 80% en 2009.
- Al comparar el 2007 con en el 2009, los profesionales se muestran más dispuestos a facilitar las condiciones para que las mujeres decidan de forma autónoma interrumpir o no el embarazo (respeto de la decisión, no denuncia, resolución de casos en los centros y derivación interna).

- Aumento de causales que justifican el aborto. Al desagregar los datos de acuerdo al género se observa un cambio comparativamente mayor en la percepción de las mujeres médicas y técnicas en comparación con el personal masculino entre ambos períodos.
- No se observan cambios en relación al acceso al misoprostol.

A nivel de la formación académica de los futuros profesionales de la salud, se han producido importantes cambios. Tal es el caso en la carrera de Doctor en Medicina, donde el ciclo tradicionalmente

denominado *Materno-Infantil* cambia en el 2007 a: *Ciclo de la salud de la mujer, la embarazada, la infancia y la adolescencia* siendo éste un cambio conceptual y programático. Las Facultades de Enfermería y Psicología así como la Escuela de Obstetras-Parteras profesionales incluyen en su currículo los temas de embarazo no deseado, el aborto y el modelo de reducción de riesgos y daños.

Usuaris

Durante la implementación del proyecto, el porcentaje de mujeres asesoradas por embarazo no deseado que vuelven a la consulta post-aborto se mantuvo en un 20%. Lo cual mostró la necesidad de darles seguimiento telefónico a las usuarias que no volvían a la consulta después de un mes de haber asistido a la consulta inicial de asesoramiento. Este estudio reveló que el 55,4 % de las usuarias habían decidido

interrumpir el embarazo. De ellas el 95% se había controlado luego de haberse practicado el aborto, ya sea en el servicio en el que realizaron la consulta inicial o en otros servicios (centros de primer nivel de atención, mutualista, etc.) y no presentaron complicaciones; el 5% restante de las mujeres que habían interrumpido su embarazo, no realizaron la consulta de control post-aborto y no se registraron complicaciones inmediatas. La evaluación de una muestra de 94 casos, cuyos resultados se resumen en la tabla dos, pone de manifiesto que el 21% de las usuarias habían decidido continuar con el embarazo, estaban conformes con su decisión y habían iniciado el control obstétrico.

En el 5,3% de los casos se había constatado que la usuaria no estaba embarazada.

Tabla 2. Resolución/decisión de las usuarias luego de la consulta de asesoramiento en el SSSR del CHPR

Resolución/decisión	Número de usuarias	Porcentaje (n=94)
Interrupción efectuada	50	53,2 %
Interrupción decidida y aún no efectuada	2	2,1 %
Continuación del embarazo	20	21,3 %
Aborto espontáneo	4	4,3 %
La usuaria no estaba embarazada	5	5,3 %
Resolución desconocida	13	13,8 %
Total	94	100%

El 13,8% de las usuarias, de las que se desconoce su resolución final corresponde a mujeres que no volvieron al servicio de salud sexual y reproductiva, a las cuales no fue posible contactar telefónicamente ya sea por falta de respuesta y/o porque la protección a la confidencialidad estaba en peligro.

En cuanto a la percepción de las usuarias:

- El 95% se sintió respetada durante la consulta,

ninguna se sintió juzgada; 5 % aportó otras respuestas (entendida, escuchada).

- El 85% de las usuarias manifestó haber recibido el apoyo y la atención que necesitaba mientras se atendía en el hospital/centro de salud. El 15% restante manifestó no haber recibido la atención que esperaba. La mayoría de los casos de atención insatisfecha corresponde a la administración del método para abortar (misoprostol).

Tabla 3. Monitoreo socio-antropológico, usuarias

PERFIL: 90.6 % de raza blanca y 10.4 % de raza negra Promedio de edad 32.2 años Nivel de instrucción: 54.9 % secundaria incompleta, 20.9 % secundaria completa 60,8 % no trabaja, 39.2 % trabaja. 46.4 % ama de casa. 20 % jefa de hogar.			
Variables y cambios constatados		2007 n= 153	2009 n= 144
Principales dificultades que encuentra una mujer que decide abortar	Temor a la denuncia	57,8%	40,4%
	Desinformación	49,0%	38,3%
	Falta de apoyo y contención de parte del personal médico y técnico	25,2%	22,7%
	Falta de apoyo familiar	60,5%	56,0%
	Discriminación de la sociedad	31,3%	23,4%
	Culpa y conflictos internos	57,1%	48,2%

Los datos de la tabla tres ponen de manifiesto que luego de la intervención, en las usuarias disminuye el temor a la denuncia, la desinformación y la sensación de falta de apoyo por parte del equipo de salud. Esto genera un beneficio para la mujer al fortalecer su autonomía y disminuir el estigma social. No se observan cambios significativos en cuanto a la justificación del aborto y en el uso del misoprostol en el grupo de usuarias.

TESTIMONIO DE USUARIAS

Centro de salud Giordano:

“En la consulta con la doctora...me sentí apoyada, sí porque creía que no tenía una solución...y estaba en duda si hacerlo o no, entendés? Porque viste, hay muchas que dicen “sí, pero te produce hemorragia” y si voy al Pereira...y terminás presa...y todo eso... pero con la doctora la verdad que me ayudó pila”

Florida: *“está muy bueno eso que están haciendo. A veces los métodos fallan y las mujeres muchas veces no tienen a quién recurrir”*

Sistema de Salud

Todos los centros seleccionados implementan los servicios de salud sexual y reproductiva aplicando el MODELO y desarrollan una atención integral. Se trata de servicios integrales incluidos en espacios asistenciales ya existentes y dentro de un ámbito más amplio de prestaciones en salud sexual y reproductiva, asociando consejería en anticoncepción, detección de Infecciones de Transmisión Sexual, educación para el parto, detección y orientación a mujeres en situación de violencia doméstica, etc.

Las usuarias están siendo atendidas por equipos multidisciplinarios, comprometidos con los derechos sexuales y reproductivos que conocen y aplican la normativa vigente. Las consultas con más de un

profesional y las reuniones de trabajo son esenciales para crear oportunidades de autoanálisis, desarrollar experiencia, confianza y vínculos profesionales que sean realmente interdisciplinarios.

La calidad de los servicios se resume con los resultados de la herramienta de monitoreo, donde se observa un impacto positivo en aspectos institucionales tales como: infraestructura, privacidad, confidencialidad, recursos humanos, aplicación de normas y protocolos y acceso a servicios.

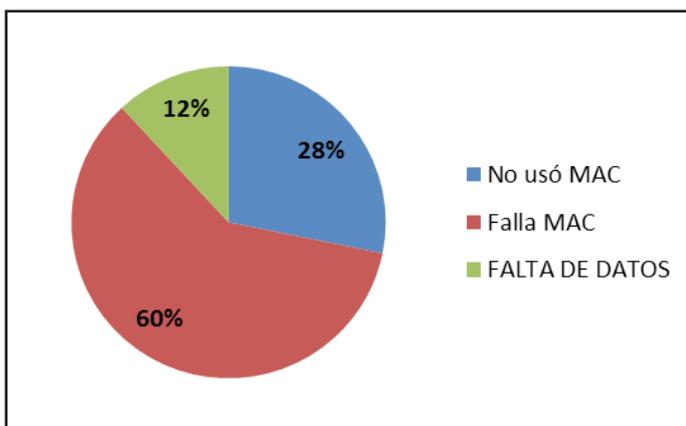
Al observar la interacción entre las usuarias y los profesionales encontramos que la atención en salud es ética y calificada en los aspectos conceptuales y actitudinales.

• **Primer círculo: la mujer en situación de embarazo no deseado y no aceptado**

En el período de mayo del 2007 a julio del 2009 se asistieron a 2717 usuarias que consultaron por embarazo no deseado y no aceptado, 60% usaban métodos anticonceptivos (MAC) que fallaron (gráfico tres). Entre las causas de estos fallos se identifican tres:

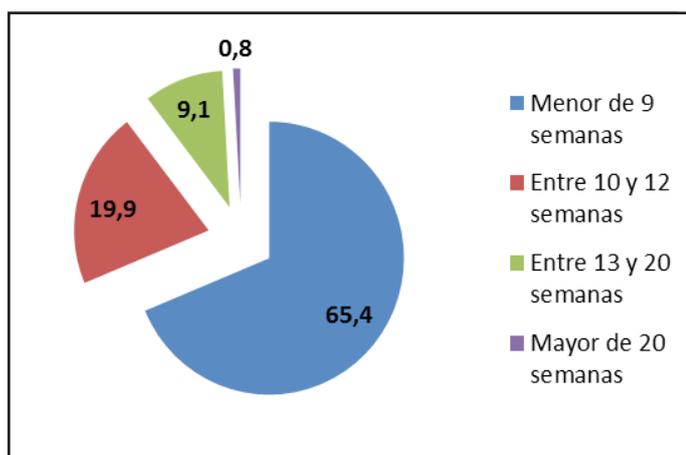
1. Dificultades por la negativa de los hombres en el uso sistemático del preservativo.
2. Dificultades de acceso sostenido a los métodos hormonales.
3. Consejería incompleta o inadecuada sobre efectividad de los métodos anticonceptivos, por ejemplo el uso de anticonceptivos orales durante la lactancia, disminución de efectividad ante cuadros de intolerancia digestiva o ingesta concomitante con otros fármacos.

Gráfico 3. Causa del embarazo no deseado-no aceptado



El 65,4% consultan de las usuarias antes de las 9 semanas y 19,9% entre 10 y 12 semanas de gestación (gráfico cuatro).

Gráfico 4. Edad gestacional al momento de la consulta de asesoramiento.



En el mismo período fueron asistidas 729 usuarias por control post-aborto, el 92,2% se autoadministraron el misoprostol, el 93,7% de ellas no presentó complicaciones.

Se realiza consejería por MAC en el 77,6% de los casos. (El porcentaje restante corresponde a usuarias que no completaron el proceso asistencial al momento del análisis). El 97,3% de estas usuarias adopta un MAC seguro.

¿Cómo lo sostenemos?

Sostenibilidad conceptual del MODELO

Para la sostenibilidad de este MODELO se requiere de cambios conceptuales que permitan a su vez cambiar las prácticas de atención sanitaria. Con respecto a los equipos de salud involucrados, estos han cambiado o están en proceso de cambio, en su forma de relacionarse con los usuarios al adquirir un compromiso ético con la salud sexual y reproductiva. Ahora, los profesionales de la salud evalúan sus viejas prácticas de modo crítico y son capaces de ver las inequidades que éstas producen y han desarrollando una actitud contra hegemónica dentro de sus instituciones de referencia (profesionales y académicas). En definitiva, los equipos de salud están siendo parte activa de los cambios sociales y sanitarios ocurridos.

La capacidad para gestionar estos cambios y el liderazgo de los equipos profesionales deviene de este compromiso, no ya del “poder médico” hegemónico y paternalista que se intenta deconstruir en la práctica. Desde esta perspectiva un/a profesional de la salud no tiene que “estar a favor” del aborto para asesorar a una mujer, más bien tiene que ser consciente de su rol y aceptar la responsabilidad de resolver el conflicto ético que genera la práctica cotidiana. Tal vez y justamente por eso, hemos visto un número escasísimo de profesionales que, una vez que conocen el MODELO, objetan aplicarlo por motivos de conciencia.

Concomitantemente, el trabajo en comunidades, aporta elementos de sostenibilidad en la medida que difunde y promueve la defensa y exigencia de derechos como usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Sostenibilidad del equipo

Múltiples circunstancias afectaron la evolución natural de las acciones colectivas de Iniciativas Sanitarias así como de la prestación de servicios de salud individuales. Con el objetivo de sobrellevar el desgaste de un tema tan controversial como el aborto inseguro, se deben llevar a cabo acciones y mecanismos de reflexión permanentes sobre la práctica, basados en los valores profesionales y con el compromiso con la salud de las mujeres. Junto a ello, una visión multidisciplinaria, que reúna la experiencia y la competencia de cada uno de los miembros del equipo de salud, contribuye a una cobertura integral.

La posibilidad de compartir las experiencias dentro del grupo y de identificar debilidades y buscar

soluciones en conjunto, son algunas de las tareas que contribuyen a fortalecer al equipo de salud.

El equipo sirve de apoyo a los profesionales, lo cual crea la sensación de pertenencia, dándole importancia a la práctica y a la reflexión sobre la misma. Esto es posible por medio de reuniones periódicas, para discutir casos y organizando presentaciones para compartir los resultados obtenidos.

Sostenibilidad social y pública

Componentes esenciales del discurso público por la defensa de la estrategia.

- Estar a favor de la vida
- Promover los derechos humanos como la base del trabajo: la autonomía de las mujeres y el ejercicio real de sus derechos
- Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de actuar
- El modelo de reducción de riesgos y daños del aborto inseguro es una intervención innovadora y probada en salud pública que puede salvar vidas
- Implementar el modelo apoya los procesos hacia el cambio social

Ahora el aborto se discute como un problema de salud pública en el Poder Ejecutivo, en el Legislativo, en la Universidad de la República, en los sindicatos, en una gran variedad de organizaciones profesionales y sociales del Uruguay. Esto ha cambiado la forma en que la sociedad uruguaya ve, discute y procesa el embarazo no deseado lo cual contribuye a la despenalización del aborto. El aborto aparece en las noticias relacionadas a la salud, a la política nacional, a la educación y ha dejado de estar restringido a los noticieros que informan sobre delitos.

Sostenibilidad política

La inclusión del MODELO en la legislación uruguaya desde el 2008 (ley 18.426) y la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva integrales, ha resultado en la exigibilidad por parte de los usuarios de las instituciones que son parte del SNIS.

Mientras más profesionales conocen y aplican el MODELO, mayor es la evidencia a favor de su efectividad. Por consiguiente las instituciones académicas y profesionales se suman a su apoyo, y la incorporan a su oferta asistencial resultando en un cambio donde la letra de la ley se transforma en una política pública.

Políticamente, hemos escogido el camino que ofrece menos resistencia y mayores posibilidades de acuerdo para implementar los cambios, evitando las polarizaciones que frecuentemente resultan en obstáculos. En otras palabras, el avance obtenido en el campo de las políticas públicas que hemos

descrito anteriormente, resulta de una estrategia de incidencia política, llevada a cabo con profesionales comprometidos que luchan por la defensa de los derechos con base en la evidencia científica consolidada.

Sostenibilidad económica

Durante estos años Iniciativas Sanitarias ha recibido contribuciones económicas para la implementación del MODELO. Desde el 2001, los recursos humanos eran financiados por diferentes dependencias del MSP y docentes de la Universidad de la República desarrollando su práctica como una más dentro de su rol. Cuando Iniciativas Sanitarias se consolida como Asociación Civil, el CHPR-MSP brindó el espacio físico para ser usado como sede institucional y como Centro de Capacitación. Se acondicionó un lugar exclusivo para el primer servicio de salud sexual y reproductiva que aplicó el MODELO, que hoy es el servicio de referencia nacional. Es el lugar donde los profesionales nacionales y extranjeros son capacitados en la práctica clínica.

En el 2005 se contó con apoyo financiero de UNFPA, el cual contribuyó con la publicación de los primeros resultados. Desde ese mismo año, Ipas dio apoyo para la aplicación del MODELO en dos centros de salud como experiencia piloto, para el trabajo con la red de mujeres organizadas y luego con el proyecto de Resonancia Comunitaria.

En 2006 comienza el despliegue del proyecto con FIGO que contó además con aportes locales de la SGU y del CHPR-ASSE que coopera con ginecólogos y parteras profesionales que trabajaban en los centros seleccionados.

Desde el año 2007 Iniciativas Sanitarias cuenta con el apoyo de SAAF/IPPF, Londres, para su fortalecimiento institucional, para el mejoramiento edilicio y para la implementación de servicios. Además, desde el 2007 IPPF/RHO ha proveído a Iniciativas Sanitarias con ayuda financiera y con la expansión y del MODELO en otros países de Latinoamérica, con el curso virtual de capacitación de profesionales, y para la preparación de audiovisuales para los cursos a distancia en conjunto con DODECA.

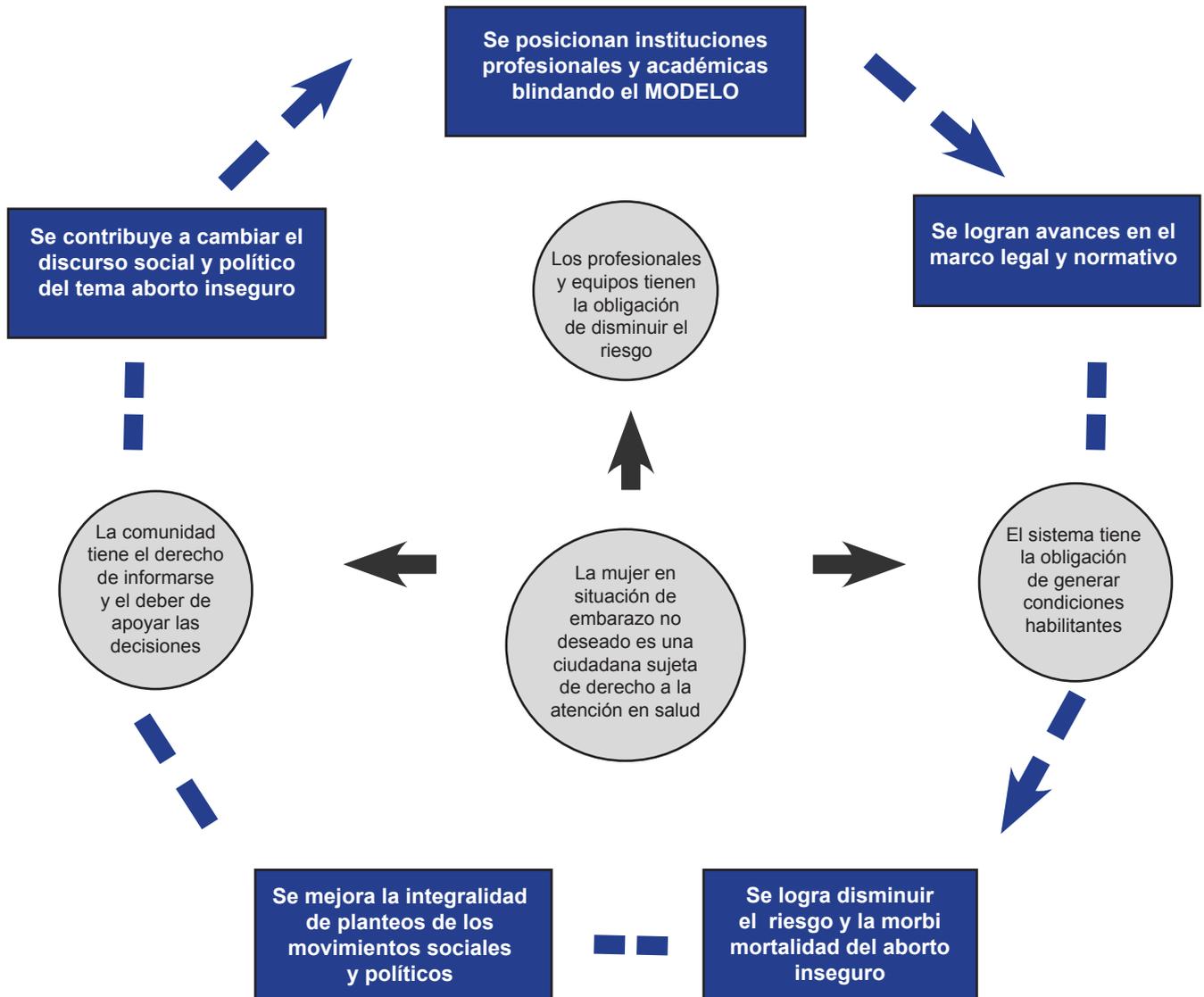
La OMS (desde el 2009) y Médicos del Mundo (desde 2011) apoyan la implementación de servicios en la zona fronteriza de Uruguay (Rivera, Cerro Largo, Paysandú y Artigas).

Las agencias financiadoras han apoyado de diversas formas a Iniciativas Sanitarias, sin incidir en el diseño, implementación, interpretación y en la publicación de informes; ya que Iniciativas Sanitarias, siempre ha contado con autonomía desde la elaboración del MODELO hasta la edición de sus publicaciones. Hasta la fecha, se han desarrollado auditorías externas, relizadas por FIGO con OPTION, para el proyecto en general, UNICEM, para la auditoría epidemiológica, e IAE para el monitoreo socio-

antropológico del proyecto.

La siguiente figura presenta el mapa conceptual de la intervención y los pilares para la sustentabilidad del MODELO.

Figura 3. Mapa conceptual de la intervención



¿Qué aprendimos?

Es posible cambiar la relación sanitaria

La hipótesis planteada es válida. Es posible transformar la relación sanitaria incluyendo a las mujeres en situación de embarazo no deseado y no aceptado en el sistema de salud. Este cambio resultó en el descenso de la mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo.

Las inequidades tradicionalmente presentes en dicha relación (de clase, de prácticas aprendidas, de roles de género, entre otras) pueden revertirse generando espacios de reflexión donde los profesionales dignifican su vocación y compromiso y las usuarias se apropien de sus derechos.

El Modelo ayuda a decidir

La constatación de que el 21% de las usuarias que consultaron por embarazo no deseado y no aceptado deciden continuar con sus embarazos, implica reconocer un proceso de empoderamiento por parte de las mujeres en la toma de decisiones; proceso que fue habilitado por el sistema de salud, el Modelo no promueve el aborto sino que ayuda a decidir de manera consciente.

El Modelo es adaptable y reproducible

En cuanto a su reproductibilidad, las características socio-sanitarias e institucionales del Uruguay lo hacen un escenario favorable para funcionar como “laboratorio social”, en el cual fue posible monitorear la estrategia con el potencial de replicarla en otros países. El Modelo desarrollado originalmente por Iniciativas Sanitarias en Uruguay es un modelo adaptable a los 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 y no aceptado, lo cual genera en su desarrollo y aplicación las condiciones necesarias para la transformación de las políticas públicas.

Para lograr esta transformación se requiere tener un marco ético-legal que garantice la confidencialidad en la relación médico-paciente y que cuente con el compromiso de las instituciones profesionales referentes. A través del acuerdo con IPPF/RHO para la expansión del Modelo, el mismo se ha replicado en: Argentina, Bolivia, Honduras, México, Nicaragua, Perú, Suriname, Uganda, Venezuela.

Existen barreras para su implementación

Los obstáculos o barreras primarias que surgieron en la implementación de este Modelo, fueron:

Componentes esenciales del discurso público por la defensa de la estrategia.

- En el sistema de salud: no contar con una legislación adecuada al comienzo. Luego, con la Normativa Ministerial, y la ley 18.426 se amplía el campo de acción.
- Con respecto a los profesionales y equipos de salud: su hegemonía y el modelo paternalista, el desconocimiento del compromiso profesional y la falta de garantías del secreto médico y de confidencialidad. Así como la estigmatización de las mujeres que vivían un embarazo no deseado.
- Con respecto a las usuarias: ellas manifestaban la desconfianza en el sistema de salud y el desconocimiento de sus derechos.
- Con respecto a la sociedad en general: las pautas socioculturales que implican inequidades de género y la estigmatización del aborto.

Los profesionales comprometidos podemos contribuir al cambio social

En cuanto al potencial transformador del Modelo, planteamos que el involucramiento de profesiones e instituciones tradicionalmente masculinas y legitimadas socialmente que se reposicionan a favor de los derechos sexuales y reproductivos y que acometen conscientemente al desafío de cambiar sus prácticas, es una de las claves del éxito de la estrategia.

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

Siglas

ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
CHPR	Centro Hospitalario Pereira Rossell
FIGO	Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología
IAE	Instituto de Altos Estudios
IPPF/RHO	Federación Internacional de Planificación Familiar Oficina Hemisferio Occidental
MAC	Método Anticonceptivo
MSP	Ministerio de Salud Pública
SAAF	Safe Abortion Action Fund
SGU	Sociedad de Ginecología del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
UNICEM	Unidad de Investigación Clínica y Epidemiológica Montevideo

Bibliografía

Briozzo L. Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis, estrategias para su reducción. Rev Med Uruguay. 2003;19(3):188-200.

Briozzo L, Rodriguez F, Leon I, Vidiella G, Ferreiro G, Pons JE. Unsafe abortion in Uruguay. Int J Gynaecol Obstet. 2004 Apr;85(1):70-3.

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).

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

Gorgoroso M, Briozzo L; 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.

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.

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.

Kyte R. Manual de liderazgo social; 2005.

Ley N° 18.426. Defensa del Derechos a la Salud Sexual y Reproductiva. Diario Oficial D./008- N° 27630. 2008.

Marlatt GA. Reducción del daño. Principios y estrategias básicas In: (C.P.D) CPdD, editor. Reducción del daño: Estrategias pragmáticas para manejar comportamientos de riesgo elevado. Cadiz; 1998. p. 2-5.

Sen GG, A, editor. Engendering health equity: A review of research and policy. Harvard: Harvard School of Public Health; 2002.

World Health Organization. Abortion: A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion. Geneva: WHO; 1990. Report No.: WHO/MCH/90.14.

World Health Organization RoaTWG. The prevention and management of unsafe abortion. . Geneva: WHO; 1992. Report No.: WHO/MSM/92.5.



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



110.º ANIVERSARIO



**Iniciativas
Sanitarias**