



**FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**GRUPO DE TRABAJO PARA LA PREVENCIÓN DEL
ABORTO INSEGURO**



**FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**

DIRECCIÓN EJECUTIVA

**XXVIII CONGRESO ARGENTINO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

TALLER: PREVENCIÓN DEL ABORTO INSEGURO

Relato Final

**Responsable del Relato: Dr. Luis Távara Orozco
Director Ejecutivo de FLASOG
Miembro del Grupo de Trabajo FIGO para la Prevención del
Aborto Inseguro**

Córdoba, Argentina, 30 octubre 2013

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el cuidado de la salud se debe hacer con un enfoque de derechos humanos (DH) que se fundamenta en el respeto por la dignidad de las personas, dado que el ser humano es el centro de acción del Estado. Esto implica igualdad de trato y no discriminación en la atención de la salud. Los derechos sexuales y reproductivos (DSyR) de las personas, y en particular de las mujeres, son parte inalienable, integral e indivisible de los DH que son universales, interdependientes e interrelacionados.

Los DS son un componente de los DH, son un conjunto de derechos en evolución relacionados con la sexualidad, que contribuyen a la libertad, igualdad y dignidad de todas las personas y que no pueden ser ignorados.

De otro lado, los derechos reproductivos (DR) deben garantizar la salud reproductiva (SR), que es un estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

Entonces, los DSyR son elementos integrales de los derechos de todas las personas a disfrutar del más alto estándar alcanzable de salud física, mental y social.

A pesar que se han hecho progresos, todavía existen grandes preocupaciones y deficiencias en materia de salud sexual y reproductiva. No solo escasean los recursos, sino que un área de gran preocupación es la reiterada violación de los DH de las mujeres, incluyendo los DSyR. El gran reto que enfrentamos hoy en día y que debe continuar pesando fuertemente en nuestra conciencia colectiva es el poco interés que aún existe frente a la mortalidad materna por el aborto inseguro entre muchos de quienes toman las decisiones. Además, con frecuencia la SR resulta comprometida, no por falta de conocimientos médicos, sino debido a las violaciones de los DH de las mujeres, dado que su falta de poder constituye un gran riesgo para su salud.

En el año 2002, durante el Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología llevado a cabo en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) creó oficialmente el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos (Comité de DSyR). En ese mismo Congreso, la Asamblea de FLASOG aprobó la Declaración de Santa Cruz, dentro de la cual asumió la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, entre los cuales se encuentra el derecho de las mujeres a interrumpir el embarazo, dentro del marco legal de cada país.

Tomando como marco la relación de derechos cuya defensa ha sido asumida por FLASOG y, como consecuencia, por todas las Sociedades Científicas de Obstetricia y Ginecología afiliadas, durante el XXVIII Congreso Argentino de Ginecología y Obstetricia se ha querido reunir a prestigiosos profesionales médicos, a fin de que se discuta el tema del Aborto Inseguro desde su frecuencia, su causalidad, las consecuencias sobre la salud y la vida de las mujeres y la forma de reducir su frecuencia para evitar daños y sufrimientos entre las mujeres.

OBJETIVOS

- Definir el aborto inseguro.
- Discutir la frecuencia y origen del aborto inseguro.
- Discutir las consecuencias que el aborto inseguro tiene sobre la salud y la vida de las mujeres.
- Posicionar a los médicos de la República Argentina en las diferentes intervenciones que se deben llevar a cabo para reducir la frecuencia y los daños del aborto inseguro.

PARTICIPANTES:

Asistieron 164 personas entre las cuales destacaron:

- Dr. Sabaratnam Arulkumaran, Presidente de FIGO
- Dr. Giancarlo Di Renzo, Secretario General de FIGO
- Dr. Luis Cabero, FIGO
- Dr. André Lalonde, FIGO
- Dr. Luis Távara, Coordinador Regional para los países de América del Sur, Iniciativa FIGO “Prevención del Aborto Inseguro”
- Dr. José De Gracia, Presidente de FLASOG
- Dr. Iván Ortiz, Presidente Electo de FLASOG
- Dr. Paulino Vigil De Gracia, FLASOG
- Dr. Néstor Garelo, Presidente de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO)
- Dr. Raúl Winograd, Vicepresidente de FASGO
- Dr. Roberto Sanguinetti, Punto Focal de Argentina ante la Iniciativa FIGO “Prevención del Aborto Inseguro”
- Dr. Guillermo González Prieto, Sub Secretario de Salud del Ministerio de Salud de la Nación
- Dra. Adriana Alvarez, Coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Representante del Ministerio de Salud de la Nación ante la Iniciativa FIGO
- Funcionarios del Nivel Nacional del Ministerio de Salud, representantes de los Ministerios de Salud de las Provincias, Directores de Hospitales Provinciales, Jefes de Departamento de Ginecología y Obstetricia, médicos de Buenos Aires y de las Provincias, miembros de FASGO.

COORDINACIÓN:

- Dr. Luis Távara. Director Ejecutivo de FLASOG, Miembro del Grupo de Trabajo FIGO para la Prevención del Aborto Inseguro

INSTITUCIONES PATROCINADORAS:

- FASGO,
- FIGO,
- Ministerio de Salud de la República Argentina.

CEREMONIA INAUGURAL

El Taller se desarrolló siguiendo el programa preparado (Anexo 1) y con la asistencia de 164 participantes.



El facilitador del Taller abrió la sesión, saludó a los/as participantes, presentó a los integrantes de la mesa de honor y expresó su satisfacción por encontrarse nuevamente en Argentina para participar en este Congreso.



El Dr. Guillermo González Prieto, Sub Secretario de Salud del Ministerio de Salud de la República Argentina, dio la bienvenida a todos los participantes y expresó su expectativa por los resultados de este Taller.



El Dr. Sabaratman Arulkumaran, Presidente de FIGO saludó a los participantes, dijo que FIGO tiene mucho interés en la discusión de los temas de salud sexual y reproductiva y en particular del aborto, por ser un problema que aún es muy frecuente en los países en desarrollo como causal de muerte materna. Deseó éxitos en esta actividad.



El Dr. Néstor Garello, Presidente de FASGO agradeció la presencia de los participantes; igualmente agradeció a FIGO y FLASOG por el apoyo prestado a esta actividad. Dijo que el aborto inseguro es la principal causa de muerte materna en Argentina y como tal debe ser enfrentado con realismo y basado en las evidencias que se tienen disponibles. Dio por inaugurado el taller.

DESARROLLO DEL TALLER

Presentación del Taller

El Coordinador el taller presentó los objetivos de la actividad y dijo que se iban a desarrollar en primer lugar cuatro sesiones plenarias, luego una sesión de grupos de trabajo y finalmente una sesión plenaria para una discusión general de la cual se obtendrían las conclusiones y recomendaciones.

Primera Sesión Plenaria

El Dr. Paulino Vigil De Gracia presentó el tema *El Aborto Inseguro en América Latina*. Empezó definiendo lo que se entiende por aborto inseguro. Dijo que el aborto inseguro ha aumentado en su frecuencia en los países en desarrollo y es una de las principales causas de muerte materna. De los más de 4 millones de abortos en América Latina y El Caribe, el 95% son inseguros, que exponen a las mujeres a graves riesgos y las muertes maternas por esta causa representan el 13% del total (1200 mujeres).



Casi un millón de mujeres en América Latina y El Caribe son hospitalizadas anualmente como consecuencia de las complicaciones de los abortos inseguros. Los abortos inseguros se originan en los embarazos no deseados, no obstante que hoy en día existen suficientes evidencias de salud pública y de derechos humanos que sustentan la necesidad de contar con servicios de aborto seguro. En los últimos años la razón de muerte materna por aborto se mantiene igual en América Latina y El Caribe (10 por 100.000 nacidos vivos).

La criminalización del aborto no disminuye su incidencia y solo aumenta la mortalidad. América Latina y El Caribe es la región que mayor tasa de abortos inseguros tiene en el mundo, y de todas las muertes maternas, el 13% son causadas por el aborto.

Entre los países de América Latina y El Caribe, en México DF, Puerto Rico, Cuba y recientemente Uruguay el aborto está despenalizado. En 5 países no se permite bajo ninguna circunstancia, Chile, El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana, mientras que en los demás países se dan excepciones por causas de salud, malformaciones congénitas o violación para permitir el aborto.

En las mujeres latinoamericanas se dan factores asociados al aborto inseguro: inicio de relaciones sexuales a temprana edad, demanda insatisfecha del uso de anticonceptivos, penalización del aborto.

En resumen podemos decir que: El número de abortos en Latino América no ha disminuido, la tasa anual de abortos se mantiene entre 31-32 por mil mujeres en edad fértil (15-44 años),

cerca del 13% de las muertes maternas en LA son producto de abortos y la penalización no evita el aborto.



La Dra. Eugenia Trumper expuso el tema *El Aborto Inseguro en Argentina*. Empezó definiendo el aborto, el mismo que se puede presentar en el primero o segundo trimestre, que puede realizarse con métodos médicos o quirúrgicos. El aborto es seguro cuando se realiza por profesionales competentes y en ambientes adecuados; tiene una tasa de mortalidad materna menor a 1 por 100.000 procedimientos. Define el aborto inseguro según OMS, como el procedimiento para terminar un embarazo no deseado, practicado por una persona no competente o

efectuado en un ambiente que no reúne los criterios mínimos de seguridad, o por ambos factores.

El aborto inseguro se puede presentar: como una falta de asistencia médica ante la ocurrencia de una hemorragia severa u otra emergencia, falta de cuidado post aborto, falta de consejería en anticoncepción para evitar la recurrencia del aborto, negación o resistencia de la mujer para buscar atención médica en caso de complicación, debido a restricciones legales del aborto y aspectos sociales y culturales vinculados al aborto inducido.

El aborto inseguro se ha practicado desde la antigüedad y se han utilizado una amplia variedad de métodos, desde el aborto auto-inducido por la mujer, por personal no médico y por personal médico en condiciones inadecuadas.

Entre los métodos para provocar abortos inseguros se encuentran: inserción de cuerpos extraños en el útero, legrado uterino por personal no capacitado, ingesta de sustancias o drogas (hierbas, infusiones, quinina), presión o golpes en el abdomen y uso de productos farmacéuticos como el misoprostol.

El uso del misoprostol permite un aborto menos riesgoso, menos traumático, se puede auto-gestionar y mantener la privacidad, pero las mujeres muchas veces no cuentan con información adecuada y eventualmente la accesibilidad se dificulta debido a los costos.

Hoy en día en el mundo ocurren 21,6 millones de abortos inseguros, 47.000 muertes maternas debidas a complicaciones que significan el 13% del total de defunciones maternas, hay 5 millones de hospitalizaciones, 3 millones de casos de infecciones del tracto reproductivo y 1,7 millones de casos de infertilidad.

El 60,5% de los embarazos que ocurren anualmente en Argentina son no deseados, y son significativamente más frecuentes en las mujeres adolescentes. La razón de mortalidad materna (RMM) en Argentina es 55 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, sin embargo existen grandes diferencias entre las provincias. Las causas indirectas son las más importantes, seguidas de las muertes por aborto.

Por ser una práctica clandestina, no se puede precisar la frecuencia del aborto en Argentina. Sin embargo se calcula que hay entre 370.000 y 460.000 abortos inducidos por año, que constituyen el 50% de los nacimientos. El año 2010 hubo 55.797 egresos hospitalarios por aborto y en el 2011 hubo 73 muertes maternas por aborto, lo que significa 24,2% del total de defunciones. Las adolescentes ocupan lugar importante dentro de las muertes maternas por aborto.

El artículo 86 del Código Penal de 1921 de la República Argentina establece el aborto no punible en 4 casos: si el embarazo amenaza la vida de la mujer, si el embarazo amenaza la

salud de la mujer, si el embarazo es producto de una violación o si el embarazo se origina del ataque al pudor sobre una mujer idiota o demente. En el año 2012 la Corte Suprema sentenció que el artículo 86 del CP de la Nación involucra al sistema de salud en todos sus niveles. La Corte sentenció que los abortos no punibles no deben ser judicializados, es decir que al poder judicial no le corresponde intervenir, y la responsabilidad solo recae en el médico tratante.

Sin embargo, a pesar de lo establecido en el CP de la Nación y del fallo de la Corte Suprema, el aborto no punible no siempre es practicado en las mujeres que lo requieren. El Ministerio de Salud de la Nación ha aprobado la Guía Técnica para la Atención Integral del Aborto No Punible y la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post aborto en las que se establece el respeto por los DSyR, la calidad de la atención a través de un trato humanizado, respeto por la confidencialidad, sin prejuicios y sin denuncias, con enfoque preventivo, responsabilidad profesional y ofreciendo a la mujer las diferentes opciones de tratamiento.

El embarazo no planeado o no deseado no es manejado convenientemente por falta de información a las mujeres acerca del uso de anticonceptivos, persistencia de barreras para la atención de la SSyR, actitud negativa de algunos profesionales de la salud frente a la consulta por anticoncepción, falta de consejería en anticoncepción post parto y post aborto, existencia de mitos y prejuicios y dificultad en la efectivización de la Ley Nacional de Educación Sexual Integral.

Termina diciendo que la SSyR no solo es una preocupación biomédica, sino que es un imperativo ético y político.

Terminadas estas presentaciones se sucedieron comentarios y preguntas que fueron respondidas por los expositores.

Segunda Sesión Plenaria



El Dr. Luis Távara expuso el tema *La posición de FIGO y OMS frente al aborto inseguro*. Empezó agradeciendo a FASGO, FLASOG y FIGO por la invitación para coordinar este taller y compartir el abordaje de un tema tan polémico y la a vez tan importante para la salud y la vida de las mujeres. Recordó a los participantes que en 2012 se publicó la segunda edición del libro de OMS “Aborto seguro”. Dijo que según los registros de OMS, hoy en día se calcula que hay 358.000 muertes maternas, una RMM de 290 en países en desarrollo, 14 en países desarrollados y 85 en LAC, 42 millones de abortos, y de ellos 21,6 millones son de riesgo (AI), 4 millones de abortos en América Latina y 47.000 muertes por complicaciones de aborto. Casi todas esas muertes y secuelas podrían haberse evitado por medio de educación en sexualidad, planificación familiar y servicios de aborto legal y seguro.

Según las recomendaciones de tratados y convenciones internacionales, los países deben asegurar que el aborto esté accesible en condiciones amplias y deben adoptar acciones para prevenir abortos inseguros, que incluyan la reforma de leyes restrictivas que amenazan la vida de mujeres y adolescentes.

El Comité de FIGO para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana ha establecido que se considera que el aborto está ampliamente justificado desde el punto de vista ético cuando se realiza por razones médicas para proteger la salud y la vida de la mujer y cuando los países han introducido legislaciones que permiten el aborto por razones no-médicas, la morbi-mortalidad materna asociada a estos procedimientos ha caído dramáticamente, sin cualquier aumento significativo en el número de abortos. En relación al aborto por razones no-médicas establece algunas recomendaciones: Siempre que se haya realizado el proceso de consentimiento informado, el derecho de la mujer a la autonomía, combinado con la necesidad de evitar un aborto inseguro, justifica que se provea aborto seguro. El respeto por su autonomía significa que no debe exigirse que un médico realice un aborto contra sus convicciones personales y que estos médicos, sin embargo, tienen la obligación de referir la paciente a un colega que no se oponga a realizar la interrupción del embarazo (Objeción de Conciencia). En resumen, el Comité recomienda que después de consejería apropiada, las mujeres tienen derecho a acceder a aborto médico, y que el equipo de salud tiene la obligación de dar ese servicio de la forma más segura posible.

La promoción del acceso a servicios de aborto seguro se fundamenta en que:

- ⊙ Los abortos inseguros causan sufrimiento y muerte.
- ⊙ La criminalización solo aumenta la mortalidad, no disminuye su incidencia.
- ⊙ Descriminalizar el aborto reduce dramáticamente la mortalidad.
- ⊙ Descriminalizar no aumenta los abortos.
- ⊙ La población no está a favor de penalizar a la mujer que aborta.
- ⊙ Los médicos temen el estigma, pero aceptan el aborto para sí mismos y personas próximas.

Cada uno de estos fundamentos encuentra sustento en las experiencias de los países y en las evidencias científicas recogidas de la literatura.

El Dr. Roberto Sanguinetti expuso el tema *Rol de la FASGO en la Prevención del Aborto Inseguro*. Empezó diciendo que en el mundo ocurren anualmente 42 millones de abortos, la mitad son inseguros y 95% ocurre en los países en desarrollo. Entre los abortos que se complican hay 47.000 muertes maternas, que constituyen el 13% del total de estas defunciones, además de 5 millones de hospitalizaciones.



Desde el comienzo la Iniciativa FIGO tuvo como objetivos:

- Reducir la mortalidad materna por aborto.
- Reducir los embarazos no deseados para reducir de este modo el número de abortos.
- Facilitar el acceso al aborto seguro de acuerdo a la legislación del país.
- Fortalecer la atención post aborto y hacer entrega de anticonceptivos.

Anualmente en Argentina ocurre 60% de embarazos no planificados, 300 defunciones maternas, de las cuales 1/3 son causadas por el aborto, que es la primera causa obstétrica de muerte materna.

En el año 2008, luego del Taller regional en Lima, Argentina presentó su Plan de Acción, el cual tenía como objetivo general reducir la muerte materna y como objetivos específicos: Fortalecer la educación sexual, fortalecer la atención post aborto, e incorporar a las sociedades científicas afiliadas a FASGO a las actividades de la Iniciativa FIGO.

En cuanto al objetivo 3, se han hecho talleres y cursos de SSyR para profesionales médicos de las provincias y se han realizado publicaciones de temas relacionados con el aborto. Asimismo se han realizado tres talleres de clarificación de valores.

En cuanto al segundo objetivo se ha fortalecido la atención post aborto mediante la capacitación de recursos humanos en aspiración manual endouterina y consejería y entrega de anticonceptivos post aborto.

Además se ha hecho alianza con tres ONGs para el desarrollo de actividades vinculadas a la iniciativa.

Luego de estas dos presentaciones se sucedieron preguntas y comentarios que fueron a la vez comentados por los ponentes.

Tercera Sesión Plenaria



El Dr. Daniel Lipchak expuso el tema *La Iniciativa FIGO en Argentina*. Agradeció la invitación a participar en este taller. Expresó que desde el inicio de las actividades de la Iniciativa FIGO, el Ministerio de Salud de la Nación estuvo presente con su representación. Se participó activamente con FASGO en la elaboración del Análisis Situacional y luego de ello se elaboró un primer Plan de Acción que fue ambicioso, el mismo que se ha venido cumpliendo en los últimos años. Se ha podido hacer una intensa capacitación de recursos humanos del Ministerio de Salud en Buenos Aires y en las Provincias.

Se ha desarrollado la atención del aborto incompleto mediante la AMEU y estamos próximos a incorporar el uso del misoprostol para el mismo fin. Se ha puesto énfasis en la consejería y entrega de anticonceptivos post aborto. Los pormenores de las actividades serán expuestos por la Dra. Álvarez.

La Dra. Adriana Alvarez presentó el tema *Rol del Ministerio de Salud en la Prevención del Aborto Inseguro*. Expresó que el objetivo general del Ministerio de Salud de la Nación es reducir las muertes maternas y las complicaciones ocasionadas por el aborto y los objetivos específicos son:



- Mejorar el acceso a los servicios de SSR.
- Facilitar el acceso a la ILE (Art 86 CP - FAL 13/3/2012).
- Promover el acceso al uso del AMEU y discutir la importancia de introducir el acceso a la atención del aborto con el uso de misoprostol.
- Mejorar la información sobre tasas y complicaciones asociadas al aborto inseguro.

El Ministerio de Salud ha tenido avances y logros que vamos a resumir:

- En octubre de 2002 fue sancionada la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- En marzo de 2003 fue creado el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Decreto 1282/03) en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación.

- En agosto de 2006, con la sanción de la Ley 26.130, se agregan las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía, como métodos de anticoncepción.
- En marzo de 2009 se sanciona la Ley 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar, y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales.

También ha habido cambios organizacionales en función de los objetivos:

- Etapa Inicial (2003- 2006).
- Etapa de institucionalización (2006-2009).
- Etapa de Consolidación (a partir de 2010).
- Etapa de Integralidad (a partir de 2013). Modelo de Atención, Gestión y Organización de los servicios.

En relación con el objetivo específico de mejorar la salud sexual y reproductiva de la población, desde una perspectiva de derechos y de género que contemple la multidimensionalidad y complejidad de la temática de la salud sexual, mediante una metodología de gestión social integral, se ha avanzado en fortalecer la articulación con áreas y programas para mejorar el impacto en los problemas de salud de la población y en el marco del cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley N° 25.673 reglamentada por el Decreto N° 1282/03) y se ha realizado el diseño de las áreas del programa en función de las múltiples dimensiones de la problemática de la Salud Sexual y Reproductiva en consonancia con la perspectiva de gestión integral.

Según las estadísticas vitales, en el año 2011 han ocurrido en Argentina 758.042 nacidos vivos, 302 defunciones maternas y una RMM de 40 por 100.000 NV. De acuerdo a las causas de muerte materna podemos verificar que el 27,8% de ellas fueron ocasionadas por las llamadas causas indirectas, el 24,2% fueron causadas por las complicaciones del aborto, 13,6% por trastornos hipertensivos, 10,3% por sepsis y otras complicaciones del puerperio, 5,6% por hemorragia post parto, 3,6% por hemorragia anteparto y 14,9% por otras causas directas.

Para lograr reducir las muertes maternas se ha realizado las siguientes intervenciones:

- Capacitaciones en servicio en las grandes maternidades.
- Capacitación en la Emergencia Obstétrica.
- Programa de atención integral post-aborto.
- Capacitación en Gestión de Servicios.
- Estrategia de Alta Conjunta.
- Vigilancia Activa y Comités de análisis de la MM.
- Elaboración de Guías de Práctica Clínica.
- Establecimiento de un Sistema de Aseguramiento de Anticonceptivos.
- Implementación de la Línea de Información 0800.
- Implementación de consultorios de Salud Sexual.

Pero aun con estas diferentes estrategias realizadas, no hemos logrado reducir sustancialmente las muertes maternas, y por tanto analizamos las diferentes dificultades:

- Insuficiente cobertura del Plan Operativo. Hasta el año 2013 se ha logrado implementar en 11 de las 24 provincias.
- Dificultades para mantener constante en el tiempo el compromiso de los Ministerios de Salud y Secretarías provinciales.
- Presencia de obstáculos de carácter estructural que limitan la implementación de políticas específicas y efectivas de salud.

- Falta de mecanismos para la rendición de cuentas sobre los procesos y resultados y un acabado monitoreo y registro de todas las jurisdicciones.
- Falta Incorporar al sector privado.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación existe la decisión de mejorar la SSyR de las/os adolescentes porque en el año 2011 la tasa de fecundidad fue 72 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad y actualmente el nivel de la fecundidad adolescente en la Argentina es 64 por mil, y es más alta en algunas provincias. Es urgente trabajar en el grupo etario de 11 a 14 años y en el segundo embarazo adolescente, con medidas acordes con la significancia de estos momentos de la vida en las adolescentes.

Igualmente se tiene la decisión de: Disminuir a 46,7% la tasa de embarazo no planificado (actualmente es 62,1%) y la incidencia del aborto inseguro que en la actualidad se estiman entre 370.000 y 460.000 por año), disminuir en 40% los egresos hospitalarios por aborto, disminuir la incidencia de embarazos en adolescentes y disminuir las muertes por complicaciones del aborto.

A nivel nacional se ha podido capacitar en la técnica del AMEU 1206 médicos y 264 enfermeras y parteras profesionales. Como resultado de esta intervención se está practicando el AMEU en 80 establecimientos de salud.

El Programa de atención a los/as adolescentes garantiza: la ejecución del test rápido de embarazo y la entrega de anticonceptivos orales combinados, anticonceptivo oral para la lactancia, anticonceptivos inyectables mensual y trimestral, dispositivos intrauterinos, condones masculinos, anticoncepción de emergencia e implantes hormonales, estos últimos a adquirirse en diciembre de este año.

Se ha realizado además una amplia distribución de insumos anticonceptivos, capacitación de recursos humanos, empoderamiento de las mujeres, monitoreo social y evaluación.

En la capacitación de recursos humanos se abordaron: Derechos sexuales y reproductivos, determinantes sociales y de género en el acceso a la salud sexual y reproductiva, objetivos y encuadre de las consejerías en salud sexual y reproductiva, rol del consejero en salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, uso de materiales de apoyo, obstáculos en el desarrollo de las consejerías.

Se ha puesto en marcha la aplicación de la Guía Técnica para la Atención Integral del Aborto No Punible, la misma que establece:

- Las mujeres que se encuentren en cualquiera de los supuestos enunciados, gozan del derecho de acceder a una interrupción del embarazo, de acuerdo a nuestra legislación nacional.
- El Hospital y la/el médica/o tratante tienen la obligación legal de practicar la intervención, siempre que exista consentimiento informado de la mujer.
- No deben ni están obligados a requerir la intervención y/o la autorización judicial en caso de violación sexual.
- La práctica del aborto no punible se realizará previa constatación por parte de una/un sola/o médica/o de la existencia de alguna de las causales: *Cuando exista peligro para la vida o para la salud de la mujer* (Los estándares en materia de salud establecen que la salud debe ser entendida como un completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones), *cuando el embarazo sea producto de una violación y cuando el embarazo sea producto de un atentado al pudor de una mujer con discapacidad mental con o sin declaración judicial.*

Para cumplir con los objetivos se hace uso de las siguientes estrategias:

- Abogacía permanente en todos los niveles nacional, regional y local para que se priorice la SSR en el marco de los derechos a la SSR de la población.
- Fortalecer la capacidad resolutoria y la capacidad de respuesta de los establecimientos con RRHH capacitados y comprometidos con la SSR.
- Reuniones de sensibilización y capacitación permanente en todos los niveles de gestión.
- Incorporar estudios de investigación en los temas de SSR.

La Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto establece un marco de atención para las mujeres en situación de aborto basado en:

- Respeto de los derechos sexuales y reproductivos.
- Calidad de la atención: trato humanizado, respeto de la confidencialidad sin prejuicios ni denuncias.
- Enfoque preventivo.
- Responsabilidad profesional.
- Opciones de tratamiento (AMEU).

En los 80 establecimientos que practican AMEU la proporción de mujeres atendidas mediante este procedimiento es 32%. Se espera aumentar esta cifra a través de actividades de capacitación. Debemos afirmar, además, que se ha cumplido con entregar los kits de AMEU a todas las provincias.

El número de maternidades que proveen anticoncepción post aborto es de 268 según registros y para ello se adoptaron Guías existentes para la anticoncepción post aborto, se adoptó el currículum de capacitación existente para la anticoncepción post aborto, se rediseñó, imprimió y está en proceso de impresión para ser distribuida en el próximo año acompañada de nueva capacitación de los/as profesionales de salud de las maternidades, con revalorización del uso de AMEU y el uso del misoprostol, en consonancia con el compromiso asumido en la Ley 26862, Art 6 *el PNSSYPR deberá “..Efectuar campañas de información a fin de **promover los cuidados** de la fertilidad en mujeres y varones...”*, disminuir la práctica del LUI también como una forma de hacer prevención de futuras complicaciones de infertilidad en concordancia con nuestra Ley. Igualmente se espera fortalecer la anticoncepción post aborto.

Luego de estas dos presentaciones hubo un espacio para comentarios y preguntas, las que fueron contestadas por los expositores.

Cuarta Sesión Plenaria



El Dr. Iván Ortiz expuso el tema Rol del misoprostol en la Prevención del Aborto Inseguro. Luego de agradecer la invitación para participar en este taller, inició su presentación diciendo que las prostaglandinas son ácidos grasos naturales, derivados del ácido araquidónico, que se encuentran en los diversos órganos de la economía del ser humano. El misoprostol es una prostaglandina sintética análoga de la PG E1.

Los mecanismos de acción del misoprostol sobre el útero humano se ejercen a través de vasodilatación, reacción inflamatoria a nivel local que determina el desencadenamiento de la contracción del útero,

activación de la colagenasa, ruptura del colágeno y apertura del cuello uterino.

El misoprostol, en comparación con otras prostaglandinas es termoestable, es eficaz si se usa por vía vaginal, oral, sublingual, bucal o rectal y no se requiere el uso intramuscular o intravenoso. Además es seguro y su costo es bastante menor.

En relación a otros medicamentos ocitócicos, el misoprostol actúa tempranamente en el embarazo, es eficaz aun con cuello uterino no maduro y no tiene contraindicación para su uso en mujeres con cuadros hipertensivos del embarazo.

Cuando se administra por vía vaginal su absorción es lenta y alcanza niveles no tan altos, tiene una biodisponibilidad tres veces mayor que cuando se administra por vía oral, su acción es más prolongada y su absorción se facilita cuando se humedece la tableta. Su concentración máxima es a los 60-120 minutos, tiene efectos hasta 6 horas después, aumenta el tono uterino a los 20 minutos y la acción contráctil del útero es máxima a los 45 minutos de ser administrado.

Si se administra por vía bucal, alcanza concentraciones menores que la vía sublingual pero su disponibilidad es más prolongada.

Cuando se administra por vía sublingual la absorción es rápida, su efecto sobre el útero empieza a los 10 minutos, alcanza altas concentraciones y por ello tienen más efectos colaterales sobre el tracto digestivo. Tiene una biodisponibilidad más corta y es una de las vías utilizadas para inducir el aborto.

Cuando se administra por vía oral, la absorción es eficaz y relativamente rápida. Su metabolismo se realiza a nivel hepático y se excreta por la orina, las heces y la leche materna. Esta vía se utiliza en algunos regímenes asociados con la mifepristona.

Si se administra por vía rectal el comportamiento farmacocinético es parecido cuando se administra por vía vaginal. Su disponibilidad es hasta 4 horas y se le ha usado con eficacia en el manejo de la hemorragia postparto.

La FIGO ha aprobado el uso del misoprostol para una variedad de indicaciones obstétricas y la Guía elaborada para ese fin fue puesta a disposición de los médicos en el año 2009 durante el Congreso Mundial de O y G en Cape Town. De otro lado, FLASOG ha elaborado y difundido el Manual sobre el Uso del Misoprostol en Ginecología y Obstetricia.

El misoprostol puede ser utilizado en Obstetricia para:

- Inducir el parto con feto vivo.
- Inducir el parto con feto muerto y retenido.
- Inducir el aborto.
- Tratamiento del aborto incompleto.
- Prevención de la hemorragia post parto (HPP).
- Tratamiento de la HPP.

Dentro de las intervenciones que se proponen para la reducción del aborto inseguro se tiene:

- Prevención primaria: Educación sexual y anticoncepción.
- Prevención secundaria: Acceso al aborto seguro dentro del marco legal de cada país.
- Prevención terciaria: Atención post aborto que incluye consejería y entrega de métodos anticonceptivos eficaces.

En cuanto al uso del misoprostol en la inducción del aborto puede hacerse en casos de aborto terapéutico en el primero o segundo trimestre, o también para preparar el cuello

uterino antes del aborto instrumental. Esta intervención se ve facilitada por cuanto el misoprostol se encuentra ampliamente disponible. El misoprostol tiene el potencial de reducir las complicaciones y las muertes maternas por aborto.

En cuanto a las dosis recomendadas en obstetricia va a depender de la cronología del embarazo. En el primer trimestre las dosis son más altas, 800 µg y en la inducción del parto al término se requiere menores dosis, 25 µg.

Según el Manual de FLASOG (2007) para inducir un aborto terapéutico o un aborto legal en las primeras 12 semanas se recomienda 800 µg de misoprostol por vía vaginal en intervalos de 6-12 horas, hasta 3 dosis, o misoprostol 800 µg vía sublingual en intervalos de 3-4 horas hasta 3 dosis. Alcanza una eficacia hasta del 87%. Puede haber síntomas secundarios: sangrado, dolor cólico, cefalea, fiebre y escalofríos, mareos, náuseas, vómitos, diarrea.

Eventualmente pueden ocurrir síntomas de alarma: sangrado excesivo o prolongado, dolor abdominal intenso, cefalea persistente, aceleración del pulso más de 90 por minuto, debilitamiento y desmayo, fiebre persistente.

El uso de misoprostol tiene contraindicaciones: alergia a alguna de las prostaglandinas, presencia de coagulopatía o uso de anticoagulantes, sospecha o evidencia de embarazo ectópico. Se debe tener precauciones en caso de asma bronquial, infección por HIV/Sida, en casos de ITS y lactancia materna.

Cuando se usa misoprostol debe haber una visita de seguimiento en 1 o 2 semanas para: verificar algún síntoma, confirmar uso adecuado del medicamento, si hubo expulsión de contenido, hacer examen clínico y si queda alguna duda hacer ultrasonido.

Se dice que el medicamento falló (hasta en 20% de los casos) si se aplicaron las tres dosis y no hubo sangrado, ni expulsión de contenido uterino después de 1 a 2 semanas. En estos casos, confirmar el diagnóstico con ultrasonido y si la mujer así lo desea se debe proceder con AMEU.

Finalmente es importante que la mujer sepa que ocurrido el aborto, la ovulación se presenta en las siguientes dos semanas, y por tanto debe utilizar un anticonceptivo eficaz, porque, de lo contrario, puede salir embarazada nuevamente.



La Dra. Silvia Oizerovich expuso el tema *Estrategia de Reducción de Riesgos y Daños*. Empezó su presentación manifestando que la mortalidad materna ha sido una tragedia descuidada, y se ha descuidado porque las que sufren son personas ignoradas, con menos fuerza e influencia sobre cómo se emplean los recursos nacionales, son pobres, y por encima de todo son mujeres (Dr. Halfdan Thomas Mahler). La mortalidad materna nos debe preocupar no simplemente porque estas son mujeres en la plenitud de sus vidas... No simplemente porque morir por causas maternas es una de las formas más terribles de morir... Pero por encima de todo, porque cada muerte materna es

un evento que podría haberse evitado y que nunca debiera haberse permitido que ocurriera (Dr. Mamhoud Fatalha).

El Modelo de atención en Reducción de Riesgos y Daños (RRyD) implica la oferta de información sobre los métodos de interrupción del embarazo más seguros en el marco de la consejería integral frente a un embarazo no deseado. Es una estrategia de alto impacto en la reducción del aborto inseguro en el marco de la eliminación de la morbimortalidad, especialmente en adolescentes y jóvenes. En Argentina, el aborto inseguro constituye la primera causa de mortalidad materna.

La estrategia se fundamenta en orientar a las mujeres que tienen un embarazo no deseado. No es aconsejar, no es indicar, no es utilizar la experiencia personal del orientador como ejemplo, no es juzgar, no es terapia aunque tenga efectos terapéuticos. Podemos ayudar a disminuir las muertes maternas en primer lugar con que cada muerte nos importa. Somos responsables, es nuestro problema, no nos quedamos como simples espectadores, nos comprometemos.

La mujer que cursa un embarazo “no deseado – no aceptado” es una ciudadana que, independientemente de lo que pensemos o queramos tiene opciones y las ejerce. Para ello las debemos asesorar en: Continuar con el embarazo y aceptar la maternidad, ceder el recién nacido/a en adopción o interrumpir el embarazo. Debemos saber que la atención integral de salud es un Derecho Humano, actualmente incluido en nuestra legislación, y por tanto el sistema de salud tiene que incluir las diferentes opciones por las que la usuaria puede transitar, el sistema de Salud no tiene que influenciar la decisión de la mujer, sino evaluar con ella cada alternativa para que la decisión sea autónoma.

La orientación en opciones busca que las decisiones que se tomen sean posibles para quien consulta. Decisiones que quepan en su historia de vida y que al ser recordadas en el futuro puedan entenderse como adecuadas en su vida. La orientación es la intervención que proporciona las condiciones necesarias para tomar decisiones, la capacidad de conectarse con lo propio de cada persona, requiere de habilidades del orientador que hay que revisar y fortalecer, se debe dejar en claro la confidencialidad de la consulta y se debe saber escuchar e informar. La orientación tendrá que propiciar las condiciones de poder elegir en medio de condiciones adversas, aun en condiciones de aborto legal, vivir un embarazo no deseado será una experiencia no deseada.

La RRYD es un marco conceptual que engloba a todas aquellas estrategias socio-sanitarias que tienen como objetivo disminuir de una manera jerárquica y variada los efectos negativos de cualquier comportamiento de riesgo. Es una filosofía de la acción educativa y sanitaria sin valoración moral previa sobre una conducta determinada. El equipo de salud debe mantener su actitud de no juzgar y ofrecer una escucha objetiva priorizando siempre la RRYD para evitar que la mujer recurra a métodos inseguros.

La estrategia de RRYD se fundamenta en que es un problema de salud, un problema de justicia y equidad y un problema de género y de derechos. Tiene su base en los principios de la bioética: respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Dadas las características del grupo etario de las adolescentes es necesario: Información y educación para lograr decisiones libres sobre la propia fecundidad con el objeto de prevenir el embarazo no deseado y reducir el número de abortos con riesgo e información y educación sobre la conducta adecuada para la búsqueda de atención médica en los casos en que se realice un aborto medicamentoso.

Una encrucijada es dejar ir a una mujer que se ha contactado con el sistema de salud, conociendo que ingresará a un grupo de riesgo de alta morbimortalidad, teniendo herramientas para ofrecerle. Una mujer con un embarazo no deseado tiene derechos, entre ellos a la salud y a la atención médica. Nuestro compromiso es brindar una escucha atenta a sus problemáticas en un ambiente amigable, con criterios coherentes sobre las acciones de cuidado a seguir con estas pacientes, dentro del marco de la ley y dando cumplimiento a las Convenciones y Tratados internacionales suscriptos, en pro del interés superior de niños, niñas y adolescentes.

De 1991 al año 2001, en Uruguay el aborto inseguro significó el 48% de la mortalidad materna. El riesgo de las complicaciones del embarazo y del parto estaba 2,64% veces incrementado y el riesgo de muerte por aborto estaba 3,34% veces incrementado. Luego de aplicar las estrategias sanitarias de RRYD la mortalidad materna se redujo significativamente

y la mortalidad materna por aborto fue a cero, a nivel del hospital Pereyra Rosell y a nivel nacional.

La consejería pre y post aborto es importante para explicar el *derecho* a la salud y el deber de informar de los médicos. El objetivo de la consulta no es influir en la decisión de la paciente sino que se haga con información pública (OMS, FLASOG, etc.) y científica. El respeto por la autonomía de la paciente + servicio de consejería es un deber fundado en la ley. Información pública y veraz.

Dado el temor que las mujeres tienen a ser denunciadas cuando se provocan un aborto y el desconocimiento de las obligaciones que tiene el sistema de salud se hace imperiosa la necesidad de difundir esta práctica.

La Guía del Ministerio de Salud de la Nación para el Mejoramiento de la Atención post aborto establece un marco de atención para las mujeres en situación de aborto basado en el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, calidad de la atención, que se traduce por trato humanizado, respeto de la confidencialidad sin prejuicios ni denuncias, un enfoque preventivo, con responsabilidad profesional y opciones de tratamiento (AMEU).

La Guía del Ministerio de Salud de la Nación para la Atención Integral de los Abortos No Punibles contiene:

Objetivo General

- Establecer los procedimientos para la provisión de los abortos permitidos por el artículo 86 del Código Penal argentino.

Objetivos Específicos

- Presentar el marco jurídico para la provisión del aborto no punible.
- Estandarizar los procedimientos clínicos y quirúrgicos para la provisión del aborto no punible dentro del sistema de salud.

Población objeto:

- Todas las mujeres que soliciten la realización de un aborto no punible en los servicios de salud y los profesionales de la salud responsables de la provisión de esta práctica.

El Dr. Luis Távara presentó el tema *Anticoncepción post aborto*. Empezó agradeciendo a FASGO, FLASOG y FIGO por la confianza de entregarle la coordinación de este taller. Expresó que el aborto continúa siendo una causa muy importante de muerte materna en el mundo y en América Latina, causando la muerte del 13% de las mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Según OMS 2010, al año 2008 ocurrieron 358.000 MM en el mundo (RMM 260), en LAC fueron 9.200 MM (RMM 85), en el mundo ocurrieron 47.000 MM por aborto y en LAC 1200 y lo terrible es que cada hora ocurren 8 MM por aborto en el mundo, por ello se afirma que el aborto inducido en condiciones ilegales representa usualmente uno de los problemas de salud pública más ignorados.

La MM por aborto inseguro depende de: La tasa de aborto provocado, la proporción de abortos ilegales e inseguros, la gravedad del riesgo y la calidad de atención post aborto. Según los expertos, las intervenciones que mejor funcionan para reducir las muertes maternas son: la atención intraparto en establecimientos de salud por personal calificado, la atención obstétrica de emergencia, la atención prenatal, la atención postparto, la planificación familiar y la atención del aborto en condiciones seguras.

La prevención del embarazo mediante la anticoncepción es una forma efectiva de prevención primaria. De acuerdo con los datos de la literatura, 1/4 o 2/5 de las MM podrían eliminarse si se evitan los embarazos no deseados (END) o no planeados y las tasas más altas de necesidades insatisfechas de anticoncepción están asociadas a tasas más altas de mortalidad materna. Las tasas de aborto caen cuando se eleva el uso de métodos anticonceptivos eficaces. Las tasas de aborto son más bajas en Europa Occidental, en donde el aborto en general es legal y está ampliamente disponible, el uso de anticonceptivos es muy alto y la mayoría de las mujeres usan métodos eficaces y hace mucho tiempo las familias pequeñas constituyen el patrón. En cambio las tasas de aborto son elevadas en los países en donde el uso de anticonceptivos eficaces es aún deficiente, como ocurre en África y en América Latina.

En América Latina las complicaciones del aborto se resuelven aún con predominio del legrado instrumental, aunque se aprecia un incremento gradual en el uso de AMEU; el misoprostol en hospitales está aprobado para otros usos obstétricos, pero no en forma específica para el manejo del aborto; hay normas y programas de atención post aborto (APA), pero el cumplimiento y entrenamiento son insuficientes; existe poca consejería anticonceptiva post evento.

Para enfrentar las deficiencias descritas es necesario: Ampliar los servicios de planificación familiar, disponer de una gama mayor de métodos anticonceptivos, incluyendo AE, asegurar una buena logística, respetar la elección de la mujer y reducir las necesidades insatisfechas en anticoncepción. Los métodos anticonceptivos pueden usarse en la mujer con actividad sexual antes de embarazarse, en el intervalo intergenésico, en el post parto y post cesárea y en el post aborto.

Entre las intervenciones para enfrentar el aborto inseguro, de acuerdo con la FIGO se debe operar la pprevención cuaternaria, esto significa que luego de resolver las complicaciones del aborto se debe realizar consejería y entrega de AC eficaces.

En cuanto a la anticoncepción post aborto la OMS reconoce que el acceso a servicios de AC es un derecho humano básico para la SSyR, las leyes nacionales respaldan este derecho, se debe brindar consejería y MAC como parte de la APA para mejorar la aceptación de AC.

La AC post aborto ayuda a romper el ciclo de END y de abortos inseguros. La anticoncepción post aborto es una estrategia priorizada para reducir la morbi-mortalidad materna, permite reducir embarazos de riesgo, embarazos no planificados, abortos en condiciones de riesgo y todas las implicancias derivadas de estos eventos y además respeta el derecho de las mujeres a decidir el número de hijos y el momento de tenerlos.

Toda mujer atendida por un aborto debe recibir consejería en AC, debe tener acceso a una variedad de MAC, recordar que la ovulación se restituye poco después del aborto; entre 10 y 14 días y por esta razón se debe administrar la anticoncepción inmediata a las mujeres que desean evitar otro embarazo.

Durante la consejería se debe asegurar que la mujer deba saber que puede quedar embarazada 10 días después del aborto, que existen MAC seguros para evitar o postergar un nuevo embarazo, donde puede obtener servicios de AC y que la mayoría de MAC pueden utilizarse después de la APA.

En general todos los MAC modernos pueden ser utilizados siempre que no existan complicaciones graves que requieren tratamiento adicional, que la mujer ha recibido la consejería adecuada y el profesional verifique todas las posibles contraindicaciones para los MAC (criterios de elegibilidad de OMS).

La AC post aborto impacta en la salud de las mujeres porque aumenta la aceptación de AC, reduce los END, mejora la sustentabilidad de servicios de PF y para ello se recomienda proporcionar los servicios de AC en el mismo lugar de la APA.

Entre los métodos anticonceptivos utilizados en el mundo, aquellos que son más efectivos y de mayor adhesión por parte de las mujeres son los de larga duración (LARC), constituidos por los dispositivos intrauterinos de cobre y medicados con progestágenos y los implantes subdérmicos. Los LARC son opciones altamente efectivas, que requieren acción menor de una vez/mes o ciclo, la eficacia no depende de la adherencia o del uso perfecto por parte de la usuaria, son bien tolerados sin riesgos o efectos adversos relacionados con los estrógenos, generalmente son más costo-efectivos que los anticonceptivos orales combinados, la asesoría permite a las mujeres hacer elecciones informadas y las irregularidades en el sangrado pueden manejarse fácilmente.

Se ha podido evidenciar la efectividad de los LARC en un estudio prospectivo de cohortes en el que se comparó la tasa de falla de los LARC (DIU e implantes) con otros MAC comúnmente prescritos (ACO, parches, anillos vaginales, inyectables). En 7486 participantes se identificó 334 END, la tasa de falla de los MAC de corta duración fue 4,55 por 100 mujeres/año y la tasa de falla de los LARC fue 0,27 por 100 mujeres/año.

El impacto de los LARC se ha podido verificar por su alta eficacia para la protección AC, dan seguridad a la usuaria, reducen los costos a pesar del costo inicial, protegen a la mujer por largos períodos, reducen la necesidad de consultas de control, la mujer se siente más satisfecha, reducen las necesidades insatisfechas de anticoncepción y los END, reducen los abortos y las muertes materna y la mayoría de usuarias están en criterios de elegibilidad de OMS 1 y 2, inclusive las adolescentes y las añosas.

Luego de estas tres presentaciones, los participantes hicieron comentarios y preguntas que fueron respondidas por los expositores.

Trabajo de Grupos

Los participantes fueron asignados equitativamente a cuatro grupos de trabajo para discutir las Intervenciones a realizar en Argentina para la Reducción del Aborto Inseguro.

Quinta Sesión Plenaria

Terminada la discusión a nivel de los grupos de trabajo, cada grupo hizo su presentación, al término de las cuales se ingresó a una discusión por todos los participantes, y se pudieron formular las conclusiones y recomendaciones.

CONCLUSIONES

- Existe una falta de apego a las normas existentes acerca del Aborto Impune.
- Hay una deficiente gestión de los servicios en todos los niveles.
- Los recursos humanos no son suficientes.
- Se mantiene una asimetría remunerativa de los profesionales.
- Hace falta contar con un Registro de Objetores de Conciencia para la entrega de servicios de Aborto Impune.
- Hace falta mayor apoyo legal para la entrega de servicios de aborto impune.
- Se requiere de mayor apoyo político desde el Ministerio de Salud de la Nación, mediante regulaciones administrativas.
- Es necesario mayor apoyo de las Sociedades Científicas Nacionales e Internacionales.
- Aún no se han Incorporado en los currículos de estudio de los Residentados los contenidos de Salud Sexual y Reproductiva.
- La muerte materna causada por aborto no es justipreciada en su real dimensión.

RECOMENDACIONES

- Plantear que el Estado se haga cargo de una ley sobre aborto y que los médicos no sean responsables de esta gestión.
- Discutir más el tema de Aborto Inseguro para poder hablar de la necesidad de la interrupción voluntaria del embarazo.
- Protocolizar las intervenciones en todas las provincias.
- Recomendar al Ministerio de Salud asumir la rectoría sobre otros sectores en el tema del aborto.
- Enfrentar con estrategias adecuadas el tema de la estigmatización.
- Asegurar articulación intersectorial para implementar la Educación Sexual Integral en todas las escuelas.
- Asegurar una canasta de insumos en el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsables.
- Sensibilizar y capacitar permanentemente a todos los miembros del equipo de salud en el tema de Prevención del Aborto Inseguro, en especial al personal de las provincias del interior.
- Enfatizar la información y educación en poblaciones vulnerables.
- Promover por parte del Estado, una política pública para acceder al aborto seguro a través del uso adecuado del misoprostol.
- Regular a través del Estado la Objeción de Conciencia mediante un Registro de objetores.
- Promover la estrategia de reducción de riesgos y daños.
- Promover el uso del misoprostol como parte de la atención de las víctimas de violación sexual y recuperación de material genético para identificar al violador.
- Proporcionar a los profesionales mayor información acerca del aborto no punible, de acuerdo a ley, para facilitar que un número mayor de mujeres tengan acceso a la interrupción legal y voluntaria del embarazo.
- Promover por parte de los profesionales médicos la APA adecuada mediante el uso de AMEU.

CLAUSURA

Habiendo formulado las conclusiones y recomendaciones se procedió a la sesión de clausura, durante la cual el Dr. Luis Távara, facilitador del taller, comentó que los objetivos se habían cumplido. Agradeció a todos/as los/as expositores/as y participantes, así como al personal de apoyo, a las instituciones patrocinadoras y organizadoras.

El Dr. Iván Ortiz, Presidente electo de FLASOG mostró su satisfacción por las conclusiones y recomendaciones y reiteró que su institución está abierta a apoyar desde el punto de vista técnico los esfuerzos que se vienen realizando en Argentina para reducir los abortos inseguros y la mortalidad materna.

Finalmente el Dr. Guillermo González Prieto, Sub Secretario de Salud del Ministerio de Salud de la República Argentina expresó su agradecimiento a las organizaciones participantes e hizo saber su confianza de que el cambio de la actual situación del aborto inseguro en la Argentina se va a dar, para de ese modo mejorar la salud de las mujeres y evitar daños y muertes. Dio por clausurado el taller.

ANEXO 1. CRONOGRAMA

HORA	TEMA	RESPONSABLE
08.00-08.30	Registro y entrega de material	Secretaría
08.30-08.45	Inauguración	Coordinador del FIGO WG Vice Ministro de Salud Presidente de FIGO Presidente del Congreso
08.45-09.00	Dinámica del Taller. Presentación de participantes	Coordinador del Taller Dr. Luis Távara
09.00-09.20	El Aborto Inseguro en América Latina	Dr. Paulino Vigil de Gracia
09.20-09.40	El Aborto Inseguro en Argentina	Dra. Eugenia Trumper
09.40-09.50	Discusión	
09.50-10.10	La posición de FIGO y OMS frente al aborto inseguro	Dr. Luis Távara
10.10-10.30	Rol de la FASGO en la Prevención del Aborto Inseguro	Dr. Roberto Sanguinetti
10.30-10.40	Discusión	
10.40-10.55	Break	
10.55-11.15	La Iniciativa FIGO en Argentina	Dr. Daniel Lipchak
11.15-11.35	Rol del Ministerio de Salud en la Prevención del Aborto Inseguro	Dra. Adriana Alvarez
11.35-11.45	Discusión	
11.45-12.05	Rol del misoprostol en la Prevención del Aborto Inseguro	Dr. Iván Ortiz
12.05-12.25	Estrategia de Reducción de Riesgos y Daños	Dra. Silvia Oizerovich
12.25-12.45	Anticoncepción post aborto	Dr. Luis Távara
12.45-13.00	Discusión	
13.00-14.30	Almuerzo	
14.30-17.00	Taller: Intervenciones a realizar en Argentina para la Reducción del Aborto Inseguro	
14.30-16.00	Trabajo de grupos	
16.00-16.30	Elaboración y presentación de relatos	
16.30-17.00	Discusión	
17.00	Conclusiones. Clausura	