



Normas de atención humanizada post aborto

CON EL APOYO DE:



La presente publicación es parte de las acciones conjuntas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y de la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República, en el marco del fortalecimiento de una atención humanizada y con enfoque de derechos.

Están autorizadas la reproducción y divulgación por cualquier medio del contenido de este material, siempre que se cite la fuente.

Este texto no tiene fines de lucro, por lo tanto no puede ser comercializado en el Paraguay ni en el extranjero.

Equipo Técnico

Por el Ministerio de Salud Pública

Dra. Margarita Bazzano, Directora de la Dirección General de Programas de Salud.

Lic. Rosa María Posa Guinea, Asesora del Viceministerio de Salud Pública.

Dra. Gladys Mora, Asesora de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección de Programas de Salud.

Por la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República

Arq. Teresita Silvero, Directora General de Gabinete.

Lic. Mónica Zayas, Directora de la Dirección de Igualdad de Oportunidades.

Lic. Catalina Cáceres, Sectorialista de Salud.

Por el CEPEP

Dra. Cynthia Prieto Conti, Directora Ejecutiva.

Por la OPS/OMS

Dra. Margarita Ferreira, Consultora de Salud Sexual y Reproductiva.

Por el UNFPA

Dra. Adriane Salinas Bomfim, Oficial de Salud Sexual y Reproductiva.

Cuidado de Edición: Carolina Ravera Castro, Asesora de Abogacía y Comunicación del UNFPA.

Corrección: Dora Carolina Oddone, Consultora de Comunicación del UNFPA.

Revisión jurídica: Abog. Mirta Moragas y Abog. Walter Insfrán.

Diseño: Karina Palleros/Diseño Gráfico.

Impresión: Artes Gráficas Zamphirópolis S.A.

Tirada: 2.500 ejemplares.

Asunción, abril de 2012.

Es propiedad:

© Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

ISBN: 978-99967-684-0-8

Autoridades

Dra. Esperanza Martínez

Ministra

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Dra. Gloria Rubin

Ministra

Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República

Dra. Raquel Escobar Argaña

Viceministra

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social



Índice

Presentación	7
Introducción	9
Mujeres en situación de post aborto	11
Justificación	14
Marco conceptual	17
Aspectos jurídicos	19
Marco jurídico internacional	19
Marco jurídico nacional	26
Derecho a la salud con equidad	26
En relación a niñas y adolescentes	27
Omisión de auxilio	28
Derecho a la confidencialidad y a la privacidad	29
De la objeción de conciencia	31
De la bioética	32
La Atención Humanizada	35
Responsabilidades del personal de salud	36
Acoger, contener y orientar	37
Cambio positivo de conducta del personal de salud	40
Tratamiento médico adecuado	41
Orientaciones generales pos tratamiento	41
Planificación familiar post aborto	42
Resolución N°146, “Por la cual se establece la obligatoriedad de brindar acceso a los servicios de salud a los servicios de salud de calidad y atención sin discriminaciones, con efectivo cumplimiento del deber de confidencialidad y garantía de plena vigencia del secreto profesional en la atención”	43
Bibliografía	48



PRESENTACIÓN

La muerte de las mujeres por causas evitables es una de las más dolorosas e injustas manifestaciones de una sociedad con inequidades sociales y de género.

Las causas de la mortalidad materna en su gran mayoría son evitables. Las hemorragias e infecciones relacionadas con abortos provocados figuran entre los principales desencadenantes de la muerte de mujeres.

En Paraguay, el aborto se mantiene como una de las primeras causas de muerte materna, siendo responsable de un cuarto a un tercio de estas: 25 a 33 de cada 100 muertes maternas son secundarias a abortos¹.

En las estadísticas del Ministerio de Salud Pública se puede observar que en el año 2008, una de cada 4 mujeres que consultó a causa de aborto era menor de 19 años y al analizar el porcentaje de defunciones maternas por abortos según grupos de edad del año 2009, el 70% corresponde a mujeres ente 25 y 39 años y el 30% son adolescentes y jóvenes entre 15 a 24 años, lo que demuestra el fuerte impacto de esta problemática.²

Las hemorragias o infecciones con consecuencias fatales se relacionan en la mayor parte de los casos con demoras de las mujeres para llegar hasta los servicios de salud. Los motivos más frecuentes de estos retrasos se deben a problemas de acceso geográfico, a la falta de la información necesaria que permita a las mujeres identificar los signos de alarma, y al temor que sienten hacia el maltrato o discriminación por parte de las personas que trabajan en los servicios.

1 Sub-Sistema de Información de las Estadísticas vitales (SSIEV). Dirección de Bioestadística MSP y BS. Período 2005-2009.

2 Sub-Sistema de Información de las Estadísticas vitales (SSIEV). Dirección de Bioestadística MSP y BS. Datos de Morbilidad por consultorio externo 2008 y Datos de Mortalidad materna 2009.

Por otra parte, el personal de salud necesita normas claras y precisas para aplicar los cuidados de salud necesarios ante situaciones que ponen en riesgo la vida de las mujeres.

Las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad plantean metas de indiferencia cero para situaciones inadmisibles tales como los sufrimientos innecesarios y las muertes evitables para las mujeres. Asimismo, el III Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres aboga por una salud integral y por la reducción de la mortalidad materna.

Estas Normas de Atención Humanizada Post Aborto han sido puestas en vigencia para los servicios de la Red Integrada de Servicios de Salud Ñandutí Tesairâ a través de la Resolución SG 146 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del 8 de marzo de 2012.

La presente normativa busca asegurar el acceso de las mujeres a una atención de calidad en situación de pos-aborto, al mismo tiempo que brinda respaldo al accionar del personal de salud a través de la vigencia del secreto profesional.

Con esta medida concreta el Estado Paraguayo promueve la equidad social y garantiza los derechos humanos de las mujeres, estableciendo políticas públicas que son la base para garantizar una atención con calidad, oportuna y confidencial. Está dando un paso hacia la igualdad.

Gloria Rubin
Ministra
Secretaría de la Mujer

Dra. Esperanza Martínez
Ministra
Ministerio de Salud Pública
y Bienestar Social

INTRODUCCIÓN

Las mujeres en situación de post aborto, independientemente de su causa, espontánea o provocada, se encuentran en un momento muy frágil de sus vidas en lo que respecta a su salud física, psicológica y emocional.

Toda mujer en esta situación tiene el derecho a recibir una atención humanizada, oportuna, integral y de alto nivel técnico. De hecho, es obligación de todo/a prestador/a de salud brindarla sin ningún tipo de prejuicio ni discriminación, y preservando el secreto profesional.

El aborto representa un grave problema de salud pública en países en desarrollo como el nuestro, al ser la causa directa e indirecta de muertes maternas evitables. De hecho, en Paraguay ha sido una de las primeras causas de mortalidad materna durante los últimos cinco años.

Estas muertes serían prevenibles si el Sistema de Salud diera una respuesta adecuada a las necesidades especiales y a las complicaciones que se presentan.

Se estima que una de cada diez gestaciones termina en aborto espontáneo y va acompañado de sentimientos de pérdida, de dolor y de culpa, por la imposibilidad de llevar a término esa gestación. Además se suma el riesgo de sufrir complicaciones para el sistema reproducti-



La prevención del embarazo no planificado, del aborto y de sus consecuencias son de alta prioridad para los y las prestadores/as de salud.

Las mujeres deben tener garantizados el acceso a la información, la orientación, la atención humanizada y solidaria de las complicaciones post aborto, así como a la anticoncepción post evento, de manera informada y voluntaria.

vo, así como la presión social y la cultural a la que están expuestas las mujeres por no llevar a término el embarazo.

Para un gran número de mujeres, adolescentes, rurales, indígenas y en especial de niveles socioeconómicos menos favorecidos, el aborto inducido es el resultado de necesidades básicas insatisfechas, como la falta de acceso a servicios de planificación familiar, la escasa información sobre métodos anticonceptivos, el uso incorrecto de los mismos y la ausencia o insuficiente acompañamiento de los servicios de salud. Otro escenario nos presenta a mujeres y a adolescentes que llegan a un aborto a consecuencia de la violencia basada en género, ya sea causada por golpes recibidos, por interrumpir un embarazo resultante de una violación o abuso sexual, o por la dificultad de negociar con su pareja el uso de métodos anticonceptivos o por la falta de acceso oportuno a la anticoncepción de emergencia.

La atención en los servicios de salud debe centrarse en la mujer como sujeto de derecho. Para esto, los y las profesionales deben prestar servicios de calidad, en el marco de los derechos humanos, garantizando la confidencialidad y la privacidad a toda persona, dando respuesta a las necesidades específicas de cada una y respetando su cultura. Un punto importante es mejorar el acceso a la información y a los servicios de planificación familiar, a fin de prevenir el aborto inducido y, de esta manera, avanzar en la reducción la mortalidad materna.

La atención humanizada, de calidad e integral a las mujeres en situación de post aborto, incluyendo la consejería y el servicio de planificación familiar post evento obstétrico, es una estrategia valiosa para el logro de una maternidad segura.

Mujeres en situación de post aborto

La falta de datos precisos sobre la real magnitud del aborto en nuestro país se debe al subregistro de esta realidad. Esto es consecuente con la inhibición de declararlos en primer lugar porque se encuentra penalizado, así como por el estigma y la discriminación relacionados a aspectos culturales, religiosos y legales. Independientemente a estos impedimentos, el aborto inseguro es ampliamente practicado, tomando en cuenta los casos que llegan a los servicios a consecuencia de complicaciones.

La tasa de aborto a nivel mundial se estancó entre 2003 y 2008, llegando a 28 abortos por 1.000 mujeres, luego de un marcado descenso ocurrido entre 1995 y 2003. Durante el mismo periodo la proporción de abortos inseguros ha aumentado de 44% a 49%.¹

La región de América Latina tiene una tasa de aborto superior a la mundial, convirtiéndola en una de las regiones con las tasas más

En los países en desarrollo, 56 de cada 100 abortos son inseguros, en comparación con los países desarrollados, donde solo 6 de cada 100 abortos son inseguros.

Al analizar el lugar de ocurrencia de los abortos inseguros, 98 de cada 100 ocurren en países en desarrollo.

1 Induced abortion worldwide in 2008: levels and trends, Sedgh G et al., Lancet, 2012, (forthcoming).



altas de incidencia del mundo: 32 abortos por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad².

Las tasas de aborto subregionales varían desde 29 en América Central (subregión que incluye México), a 32 en América del Sur y 39 en el Caribe.

El aborto inseguro es una de las tres principales causas de mortalidad materna, junto con la hemorragia y la sepsis, todas estas prevenibles. La proporción de mujeres que fallecen por esta causa se ha mantenido estancada en alrededor del 13% de las muertes maternas, a pesar de que estas en gran medida se pueden prevenir.³

Aún así, cada año casi un millón de mujeres son hospitalizadas debido a complicaciones de abortos inseguros; las más comunes son aborto incompleto, hemorragia e infección⁴.

De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente una de cada ocho muertes maternas ocurre a consecuencia de un aborto inseguro, y que mueren siete mujeres por hora en los países en desarrollo debido a las complicaciones derivadas del aborto inseguro.⁵

En Paraguay, el aborto se mantiene entre las primeras causas de muerte materna, siendo responsable de un cuarto a un tercio de estas: 25 a 33 de cada 100 muertes maternas son secundarias a abortos⁶. En las estadísticas del Ministerio de Salud Pública se puede observar que en el año 2008, 1 de cada 4 mujeres que consultó a causa de aborto era menor de 19 años, lo que demuestra el fuerte impacto de esta problemática.

Pese a estas cifras alarmantes, la indiferencia social hacia esta problemática no logra movilizar la atención de la sociedad hacia la mor-

2 Hechos sobre el aborto inducido en el mundo, Guttmacher Institute y WHO, 2012.

3 Facts on Induced Abortion Worldwide 2012, Guttmacher Institute y WHO.

4 OMS, 2007.

5 Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual, 2009. Guttmacher Institute.

6 Datos de la Dirección General de Bioestadística y de la Dirección General de Programas de Salud. Período 2007 a 2010.

alidad materna post aborto, convirtiéndolo en un hecho común, casi natural.

Las mujeres de niveles socioeconómicos menos favorecidos son quienes sufren las consecuencias más adversas del aborto inseguro. Se ven obligadas a recurrir a procedimientos más riesgosos y en condiciones precarias, como la inserción de objetos puntiagudos o de productos químicos dentro de la vagina o el útero; la ingestión de sustancias ácidas, productos cáusticos o de hierbas naturales abortivas (té de *yuyos*) o la práctica de trauma físico externo (golpearse, maltratarse físicamente).

Dos acciones eficaces para reducir el aborto inseguro, y sus consecuencias, son: mejorar el acceso voluntario e informar sobre los métodos anticonceptivos modernos, en especial a los grupos más vulnerados como adolescentes, guaraní parlantes y de niveles socioeconómicos menos favorecidos; y mejorar la calidad y cobertura de los servicios de tratamiento post aborto.

Ante las complicaciones graves se requiere atención médica oportuna, urgente y compleja, la cual a menudo no está accesible o es muy costosa. La mayoría de las mujeres posterga la búsqueda de atención médica, ya sea por temor a repercusiones legales, a la falta de confidencialidad o debido al estigma social en torno al aborto. Se calcula que de 1 a 2 de cada 10 mujeres que tienen abortos necesitan, pero no reciben atención médica que requieren teniendo en cuenta las complicaciones graves a las que se exponen⁷.

La repercusión en la vida personal, familiar y laboral de las mujeres y sus familias, es otro punto clave que necesita ser analizado y considerado, ya que el aborto ocurre en mujeres jóvenes, en plena edad reproductiva y productiva, muchas de ellas adolescentes, llevándolas a la muerte o dejando secuelas en su salud física, mental y reproductiva. Por ejemplo, las complicaciones del aborto inseguro causan problemas de salud física y psicológica, muertes maternas, pueden reducir la productividad de las mujeres, aumentando la carga económica en las familias y dejando sin recursos a aquellas donde las mujeres son jefas del hogar.

7 OMS, 2006.

Justificación

Durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), se llegó a un consenso que exhorta y compromete a los países a que todas las mujeres dispongan de tratamiento adecuado y oportuno cuando padecen de complicaciones debidas al aborto y que, además, reciban asesoramiento sicosocial, educación y servicios de planificación familiar, sea cual fuere la condición jurídica del aborto en el país. La atención calificada, oportuna e integral posterior al aborto, es una estrategia eficiente que reduce la morbilidad materna y la reincidencia en el aborto. Actualmente, muchos países reconocen la contribución de esos servicios para salvar las vidas de mujeres⁸.

Asimismo, mejorar la salud materna fue uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio; entre ellos el acceso universal al tratamiento en materia de salud reproductiva y reducir la mortalidad materna al 75% (desde los niveles de 1990) para el 2015, es una de las metas del Objetivo 5 y que nuestro país se ha propuesto alcanzar. La misma no podrá lograrse en tanto no se aborde de manera exitosa la atención de mujeres en situación de post aborto.

En Paraguay, la práctica del aborto inseguro se traduce en una expresión inequívoca de desigualdades sociales, pues aunque las mujeres compartan los mismos riesgos relacionados a la ilegalidad y la clandestinidad de la intervención, enfrentan oportunidades muy distintas según su poder adquisitivo les permita o no cubrir el costoso pago de un aborto clandestino rápido y menos inseguro. La mayoría solo puede acceder a procedimientos con personas sin capacitación, y en condiciones precarias y peligrosas.

La dificultad de las mujeres en reconocer los signos y síntomas de posibles complicaciones, sumado al miedo a ser juzgadas, a la vergüenza social, y a la sanción jurídica, son factores que retrasan la búsqueda de ayuda profesional. Desde el Sistema de Salud, la discriminación

8 UNFPA, Estado Mundial de la Población 2004.

y la deshumanización de la atención de mujeres en situación de post aborto, sea cual fuera su causa, incrementan su vulnerabilidad y riesgo de morir. Como ejemplos tenemos la negación o la demora en brindar atención, ya sea por subestimar los síntomas, por considerarlos expresión de un sentimiento de culpa o, lo que es peor aún, por la anteposición de prejuicios del personal de salud.

Para brindar una atención humanizada calificada, es fundamental contar con recursos humanos capacitados, que actúen como garantes de los derechos humanos de las mujeres, con compromiso en la implementación de las normas y protocolos nacionales, manteniendo una postura ética, independientemente de sus creencias y convicciones personales.

Por lo expuesto, el aborto es un problema de salud pública en Paraguay. Como país signatario de la Organización de las Naciones Unidas, ratificó el Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los Objetivos de Desarrollo del Milenio con lo cual se ha comprometido a mejorar la salud y el bienestar de las mujeres, reducir considerablemente el número de muertes maternas y la morbilidad causadas por abortos realizados en malas condiciones, incorporando la prevención del aborto y la ampliación del acceso a servicios de salud de calidad.

Complementariamente, y en reiteradas oportunidades, el Comité para la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) ha instado a actuar sin demora y a aplicar medidas eficaces para hacer frente a la tasa de mortalidad materna. Ha recomendado a Paraguay que adopte una política de privacidad de las y los pacientes para salvaguardar la confidencialidad médico-paciente, en particular en el tratamiento de las mujeres por complicaciones del aborto y que fortalezca la capacidad de atención en salud y la ejecución de programas y políticas, en particular en materia de salud reproductiva y métodos anticonceptivos asequibles, con el objetivo de prevenir los abortos.

El Ministerio de Salud Pública, en respuesta a estos compromisos y en función de garantizar el cuidado integral de la salud, los derechos y obligaciones de las personas, elaboró esta Norma, que deberá ser apli-

cada por todo el personal de salud del país, tanto del sistema público, autárquico o privado.

Esta Norma tiene por objetivo dotar al personal de salud de las directrices a seguir en la atención a las mujeres en situación de post aborto, en el marco de un cuidado integral basado en el enfoque de derechos y en consonancia con una atención humanizada.

MARCO CONCEPTUAL

La inclusión de un modelo de atención humanizada a mujeres en situación de post aborto, es un deber de los servicios de salud. Los elementos esenciales que deben considerarse en este modelo se reseñan a continuación.

a) Atención con enfoque de derechos

La atención a las mujeres debe garantizar el enfoque de derechos, que implica que reciban atención oportuna y digna, de calidad, sensible a su cultura, no discriminatoria, respetando su privacidad y confidencialidad, preservando el secreto profesional, tanto de lo que ella o sus acompañantes refieran, así como de los hallazgos durante el examen físico e inclusive durante el tratamiento.

b) Acciones para la prevención del aborto

- Mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar, incluida la anticoncepción de emergencia, como estrategia para evitar embarazos no planificados.
- Orientar a las mujeres que han sufrido abortos espontáneos para una atención especializada.

- Promover la consulta antes del embarazo, así como la consulta prenatal precoz, a fin de reducir el riesgo de aborto espontáneo por causas prevenibles y tratables.
- Promocionar los servicios de salud que ofrezcan atención integral, educación y orientación en salud sexual y reproductiva, así como la atención adecuada a víctimas de violencia sexual.

c) Acciones para la reducción de la morbilidad materna relacionada al aborto

- Contener y orientar a las mujeres en situación de post aborto, a fin de apoyar sus necesidades de salud emocional y física, y brindarles la información y orientación necesarias.
- Ofrecer atención adecuada y oportuna post aborto, conforme a normas técnicas vigentes.

ASPECTOS JURÍDICOS

Toda mujer tiene derechos que deben ser respetados por las personas que trabajan en los establecimientos de salud, así como por toda la sociedad.

La atención humanizada de las mujeres en situación de post aborto merece un abordaje de derechos y el análisis reflexivo de los aspectos jurídicos y legales, teniendo como principios la igualdad, la libertad y la dignidad de la persona humana, no admitiéndose discriminación alguna ni restricción al acceso a la salud.

Esos principios incorporan el derecho a la asistencia post aborto, en el marco jurídico de los derechos sexuales y reproductivos, reconocidos a nivel nacional e internacional como parte de los derechos humanos.

Marco jurídico internacional

Un derecho inalienable de toda mujer en situación de post aborto es recibir atención médica calificada y oportuna, respetando la diversidad cultural. Numerosos instrumentos internacionales reconocen tales derechos, especialmente en el campo de la salud y de la autonomía de la mujer con relación a sus derechos sexuales y reproductivos.

El derecho a la salud está garantizado no solo constitucionalmente (artículo 68) y su contenido y obligaciones se desarrollan en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, ratificado por Ley 4/92).

El Estado paraguayo incorpora constitucionalmente los instrumentos de derechos humanos al orden jurídico interno, a través de su ratificación y, entre otras, asume la obligación de armonizar el derecho interno conforme a lo establecido por dichos instrumentos, que tienen un rango superior a las leyes dictadas por el Congreso (art. 137, Constitución Nacional).

Sobre el contenido del derecho a la salud en el marco del PIDESC, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), en su Observación General N° 14 (2000), establece las cuestiones sustantivas que se plantean con relación al artículo 12 del Pacto.

Derechos de usuarias de servicios de salud

Toda mujer que reciba atención tiene derecho a:

- *Ser informada sobre su estado de salud.*
- *Recibir un trato digno y respetuoso, adecuado a sus creencias y a su cultura.*
- *No sufrir discriminación ni violencia en el servicio, independientemente de su identidad cultural, raza, orientación sexual, identidad de género, creencia, religión, nacionalidad, condición socioeconómica y edad.*
- *Hablar de los temas que la preocupan en un ambiente de privacidad y confidencialidad, en el que se sienta protegida y respetada.*
- *Ser informada con antelación sobre el tipo de procedimiento que se le va a realizar y las posibles complicaciones de su situación de salud, así como los cuidados a seguir hasta su recuperación.*
- *Acceder a la máxima comodidad y al mejor tratamiento posible en los servicios de salud.*
- *Expresar sus opiniones acerca del servicio que se le presta.*
- *Participar en las decisiones sobre su salud.*

Así, plantea dos cuestiones importantes. Por un lado, los derechos contenidos en el derecho a la salud, entre los que se encuentran la salud sexual y la salud reproductiva. Y por otra parte, algunas obligaciones legales generales y específicas con relación al derecho a la salud.

En cuanto al contenido normativo del artículo 12, el Comité establece que el derecho a la salud no debe entenderse de manera restringida como el “derecho a estar sano” (Comité DESC, 2000: párrafo 8).

El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica [sic]⁹, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud (Comité DESC, 2000: párrafo 8).

Al mismo tiempo establece que el derecho a la salud debe entenderse como:

[...] un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud (Comité DESC, 2000: párrafo 9).

Por otra parte, interpreta el derecho a la salud con un criterio inclusivo, que:

[...] no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como [...] acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (Comité DESC, 2000: párrafo 11).

A su vez, al interpretar el apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 del PIDESC, establece:

Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Parte en el Pacto a

9 Nota: El texto original de la presente recomendación se encuentra en inglés y en este apartado establece: *The freedoms include the right to control one’s health and body, including sexual and reproductive freedom*, razón por la cual entenderemos los términos “genésica/o” y “reproductiva/o” como equivalentes.

fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: [...] La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños (Comité DESC, 2000: párrafo 2 lit. a);

En tanto, explicita que se deben adoptar medidas para mejorar:

[la] salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información (Comité DESC, 2000: párrafo 2).

Define, entonces, la salud reproductiva al afirmar:

[...] significa que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto (Comité DESC, 2000: nota 12, párrafo 14).

Por otra parte, el Estado paraguayo ha ratificado la Convención para la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), cuyo artículo 12 expresa,

“que los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. Los Estados Parte garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

Asimismo el Comité CEDAW en su recomendación general número 24 (1999), ha expresado que la falta de confidencialidad es un obstáculo real para que las mujeres accedan a los servicios de salud.

Los Estados Parte deberían informar sobre cómo interpretan la forma en que las políticas y las medidas sobre atención médica abordan los derechos de la mujer en materia de salud desde el punto de vista de las necesidades y los intereses pro-

pios de la mujer y en qué forma la atención médica tiene en cuenta características y factores privativos de la mujer en relación con el hombre, como [...] La falta de respeto del carácter confidencial de la información afecta tanto al hombre como a la mujer, pero puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física (Comité CEDAW, 1999: párrafo 12).

Con relación a la confidencialidad en los servicios de salud, el Comité CEDAW ha formulado recomendaciones a Paraguay¹⁰. Al respecto ha señalado:

El Comité también está inquieto por el hecho de que la inexistencia de un código o política de confidencialidad en los centros médicos viole el derecho de privacidad de los pacientes, en particular las mujeres que están ingresadas en hospitales por complicaciones del aborto (Comité CEDAW, 2011: párrafo 30).

Y ha recomendado al Estado que,

Adopte una política de mantenimiento de la privacidad de las pacientes para salvaguardar la confidencialidad de la relación entre el médico y la paciente, especialmente al tratar a mujeres por complicaciones del aborto (Comité CEDAW, 2011: párrafo 31).

En igual sentido, se ha pronunciado el Comité contra la Tortura¹¹,

El Comité también observa con preocupación las denuncias por parte de personal médico de casos de aborto conocidos bajo secreto profesional, en violación a normas éticas de la profesión (art. 2 y 16). [Comité contra la tortura, 2011: párrafo 22].

Y ha expresado que,

[El] Estado debería adoptar medidas para preservar la confidencialidad en la relación médico-paciente cuando la asistencia médica sea por causa de complicaciones debidas a un aborto. (Comité contra la Tortura, 2011: párrafo 23).

10 Observaciones finales del Comité para la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer. 8 de noviembre de 2011. Documento CEDAW/C/PRY/CO/6.

11 Observaciones finales del Comité contra la Tortura, 14 de diciembre de 2011. Documento CAT/C/PRY/CO/4-6.



Las mujeres guaraní parlantes, las de pueblos indígenas y las afrodescendientes deben necesariamente recibir una atención diferenciada que respete su herencia y su cultura.

Además de estos instrumentos, el Estado es signatario de otros como: la Convención sobre los Derechos del Niño (1990), el Programa de Acción del Cairo (1994), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, más conocida como Convención de Belem do Pará (1994), la Plataforma de Acción de Beijing, adoptada por la Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y el Protocolo de San Salvador (artículo 10).

El Convenio 169, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), expresa en su artículo 3 *“los pueblos indígenas y tribales deberán gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin obstáculos ni discriminación. Las disposiciones de este Convenio se aplicarán sin discriminación a los hombres y mujeres de esos pueblos.”*

Cabe destacar, que en el marco del respeto a la diversidad cultural, el artículo 25 del Convenio 169, de la OIT, afirma que *“los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental”* y que *“los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”*.

El Código Internacional de Ética Médica se expide sobre el deber de todo/a profesional para con las personas que atiende. Una de estas obligaciones es brindar completa lealtad al/la paciente y todos los recursos de la ciencia médica. Otro deber es garantizar la confidencialidad, guardando como secreto absoluto lo confiado por el/la paciente y todo lo que se conoce acerca de él o ella. El/la médico/a está obligado/a a proporcionar el tratamiento necesario en caso de urgencia, a menos que se asegure que será proporcionado por otros¹².

El Juramento Hipocrático, en su revisión moderna, expresa claramente que la salud de los/las pacientes debe ser el primer objetivo para el/la médico/a; debe respetar los secretos que se le confíen aun después de morir el/la paciente. En este mismo documento, se obliga al/la profesional a brindar atención libre de discriminación, *“no permitir jamás que entre el deber y el enfermo se interpongan consideraciones de religión, de nacionalidad, de raza, de partido o de clase.”*

Idéntico principio filosófico contiene la Declaración de Principios Éticos de Médicos del MERCOSUR (1995), que considera a *“la medicina como una disciplina al servicio de la salud del ser humano y de la colectividad, debiendo ser ejercida sin discriminación de cualquier naturaleza”*, ya que *“es derecho del paciente decidir libremente sobre la ejecución de prácticas diagnósticas o terapéuticas siéndole asegurados todos los recursos de la ciencia médica donde sea atendida, sin discriminación de ninguna naturaleza”*.

El inciso 1 del citado documento se refiere al interés superior de preservar la salud de una persona o de recuperarla mediante una atención calificada, expresando que *“el objetivo de toda la atención del médico es la salud del ser humano en beneficio de la cual actuará con el máximo celo y lo mejor de su capacidad profesional”*.

12 Código Internacional de Ética Médica. Adoptado por la World Medical Association en su Asamblea General, en Ginebra en 1948.

Derecho a la salud con equidad

La Constitución Nacional en su artículo 68, Del derecho a la salud, establece que *“el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades”*.

En su artículo 69, Del Sistema Nacional de Salud, remarca que *“se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas”*.

La Constitución Nacional, en el artículo 24, De la libertad religiosa y la ideológica, sostiene que *“ninguna confesión tendrá carácter oficial”*, de lo que se desprende que la Función Pública no debe responder a los contenidos o preceptos de ninguna religión o credo. Claramente esto explicita que no corresponde al personal de salud juzgar, ni anteponer sus creencias personales durante el ejercicio de su profesión.

En otro artículo, el 33, que aborda el Derecho a la intimidad remarca que *“la intimidad personal y familiar, así como el respeto a la vida privada, son inviolables...”*, y que *“se garantizaran el derecho a la protección de la intimidad, de la dignidad y de la imagen privada de las personas”*.

Además, en el Artículo 46 De la igualdad de las personas consagra que *“todos los habitantes de la República son iguales en dignidad y derechos. No se admiten discriminaciones. El Estado removerá los obstáculos e impedirá los factores que los mantengan o los propicien (...)”*, en tanto que en el 48, De la igualdad de derechos del hombre y de la mujer, insta que *“el hombre y la mujer tienen iguales derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales. El Estado promoverá las condiciones y creará los mecanismos adecuados para que la igualdad sea real y efectiva, allanando los obstáculos que impidan o dificulten su ejercicio (...)”*.

En relación a niñas y adolescentes

En el Código de la Niñez y la Adolescencia, en su artículo 13, que se refiere al derecho a la salud, se expresa que *“el niño o adolescente tiene derecho a la atención de su salud física y mental, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de condiciones a los servicios y acciones de promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud. Si fuese niño o adolescente perteneciente a un grupo étnico o a una comunidad indígena, serán respetados los usos y costumbres médico-sanitarios vigentes en su comunidad, toda vez que no constituyan peligro para la vida e integridad física y mental de éstos o de terceros. En las situaciones de urgencia, los médicos están obligados a brindarles la asistencia profesional necesaria, la que no puede ser negada o eludida por ninguna razón”*.

En el inciso c), el artículo 245 de dicho Código, habla del derecho de todo/a adolescente a *“recibir los servicios de salud, sociales y educativos adecuados a su edad y condiciones, y a que se proporcionen por personas con la formación profesional requerida”*.

Es necesario que el personal de salud incorpore el nuevo paradigma para garantizar el cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes, que a partir de 1989, y de la Convención sobre los Derechos del Niño, son reconocidos/as como sujetos de derecho, que deben ser escuchadas/os, no discriminadas/os y debe priorizarse en todo momento su interés superior.

Lo primero es salvar la vida de la niña, adolescente o mujer, brindándole toda la asistencia médica de emergencia pertinente, tal como se expresa en el artículo 13, sobre el derecho a la salud, del Código la Niñez y la Adolescencia que manifiesta que *“en las situaciones de urgencia, los médicos están obligados a brindarles la asistencia profesional necesaria, la que no puede ser negada o eludida por ninguna razón”*.

La obligación de preservar el secreto profesional y la confidencialidad se aplica también a adolescentes y niñas, como está estipulado en el artículo 14, del Código de la Niñez y la Adolescencia.

Sobre el mismo punto, este Código, en su artículo 17, estipula que *“... en caso de oposición del padre, la madre, los tutores o responsables por razones de índole cultural o religiosa, o en caso de ausencia de éstos, el profesional médico requerirá autorización judicial. Excepcionalmente, cuando un niño o adolescente deba ser intervenido quirúrgicamente de urgencia por hallarse en peligro de muerte, el profesional médico estará obligado a proceder como la ciencia lo indique, debiendo comunicar esta decisión al Juez de la Niñez y la Adolescencia de manera inmediata.”*

Si bien el artículo 24 del Código Sanitario dice que *“ninguna persona podrá recibir atención médica u odontológica sin su consentimiento y en caso de impedimento de la persona autorizada”*... se exceptúa de esta prohibición las atenciones de urgencia.

Por tanto, teniendo en cuenta estos mandatos asumidos por nuestro país, la asistencia de la salud de la menor de 18 años en situación de post aborto debe ofrecerse en el marco de los derechos humanos, brindando una atención integral y garantizando la privacidad y confidencialidad. La revelación de la información o la negación de atención, puede acarrear perjuicios, como la separación del/la profesional del servicio de salud.

Omisión de auxilio

Establecido como Ley N° 1.160/97, el Código Penal en su artículo 117 establece la punibilidad de una omisión para evitar la muerte o lesión de otra persona.

1° El que no salvara a otro de la muerte o de una lesión considerable, pudiendo hacerlo sin riesgo personal, será castigado con pena privativa de libertad de hasta un año o con multa, cuando:

1. el omitente estuviera presente en el suceso; o
2. cuando se le hubiera pedido su intervención en forma directa y personal.

2° Cuando el omitente, por una conducta antijurídica anterior, haya contribuido a que se produjera el riesgo, se aplicará una pena privativa de libertad de hasta dos años o multa.

La obligación de atención es fundamental en los servicios de emergencia de salud, la omisión de auxilio constituye un delito. Es decir, que la obligación del personal de salud es atender a todas las personas que acudan a los servicios de salud y respetar el secreto profesional médico.

Derecho a la confidencialidad y a la privacidad

El personal de salud, no solo está exento del deber de denunciar, sino que está obligado a garantizar la confidencialidad de toda información, conforme lo establece el artículo 147 del Código Penal, que penaliza la revelación de información obtenida durante el acto médico, estipulando hasta un año de privación de libertad, expresado en el párrafo siguiente:

1° El que revelara un secreto ajeno:

1. llegado a su conocimiento en su actuación como,
 - a. médico, dentista o farmacéutico; (...)
 - b. ayudante profesional de los mencionados anteriormente o persona formándose con ellos en la profesión; o
2. respecto del cual le incumbe por ley o en base a una ley una obligación de guardar silencio, será castigado con pena privativa de libertad de hasta un año o con multa.

2° La misma pena se aplicará a quien divulgue un secreto que haya logrado por herencia de una persona obligada conforme al inciso anterior.
(...)

Es importante destacar que la historia clínica, y todo lo conversado durante la consulta, son parte y están considerados dentro del secreto profesional, tal como se destaca en el inciso 5, del artículo 147, del Código Penal que dice:

“Como secreto se entenderá cualquier hecho, dato o conocimiento:

1. de acceso restringido cuya divulgación a terceros lesionaría, por sus consecuencias nocivas, intereses legítimos del interesado; o
2. respecto de los cuales por ley o en base a una ley, debe guardarse silencio.”

Adicionalmente, el Código Penal establece claramente en su artículo 148 que la revelación de secretos privados por funcionarios/as o personas con obligación especial (como es guardar el secreto profesional), será castigada con penas privativas de libertad hasta tres años o con multa.

Por todo lo expuesto, aunque el aborto está penalizado en Paraguay, la obligación de guardar el secreto profesional prevalece sobre la denuncia del aborto. El personal de salud debe respetar y guardar el secreto profesional, como está estipulado en el artículo 286 del Código Procesal Penal, que se refiere a la exención de la obligación de denunciar hechos punibles, estableciendo que: *“en todos estos casos, la denuncia dejará de ser obligatoria... cuando los hechos fueron conocidos bajo secreto profesional”*.

Es así que las personas que trabajan en el sector salud quedan obligadas a guardar el secreto profesional, sobre la información obtenida en el ejercicio de sus funciones, quedando exentas de realizar una denuncia en caso de post aborto.

La Ley N° 1.626/00 de la Función Pública, en su artículo 57, puntualiza como obligaciones del funcionario/a público en el inciso f): *“Guardar el secreto profesional en los asuntos que revistan carácter reservado en virtud de la ley, del reglamento, de su propia naturaleza o por instrucciones especiales”*, y en el artículo 68 inciso f) se considera como falta grave la *“violación del secreto profesional, sobre hechos o actos vinculados a su función que revistan el carácter reservado en virtud de la ley, el reglamento o por su naturaleza”*. Igualmente, en el artículo 69 se instituye que a las faltas graves les serán aplicadas las siguientes sanciones disciplinarias: *“a) suspensión del derecho a promoción por el período de un año; b) suspensión en el cargo sin goce de sueldo de hasta treinta días; o, c) destitución o despido, con inhabilitación para ocupar cargos públicos por dos a cinco años.”*

El Plan de Igualdad y No Discriminación de la Función Pública del Paraguay, aprobado por decreto 7.839, el 1 de diciembre de 2011, tiene como objetivo específico *“garantizar que el funcionariado público sirva a la población paraguaya sin discriminaciones”*, y uno de los puntos de este objetivo es la implementación de mecanismos que garanticen la confidencialidad en el ámbito de la salud.

Un ejemplo de lo mencionado anteriormente es la recientemente aprobada Resolución del Ministerio de Salud Pública por la cual se establece la obligatoriedad de brindar acceso a los servicios de salud de calidad y atención sin discriminaciones, con efectivo cumplimiento del deber de confidencialidad y garantía de plena vigencia del secreto profesional en la atención.

De la objeción de conciencia

En la atención de mujeres en situación de post aborto no cabe la objeción de conciencia, bajo ningún pretexto. Es un delito el negar la atención, en especial en las complicaciones derivadas del aborto inseguro, por tratarse de casos de urgencia, y considerando que *“el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad”* (artículo 68 de la Constitución Nacional).

Al ser un derecho irrenunciable, como lo expresa el artículo 14 del Código Sanitario, *“la salud del grupo familiar es derecho irrenunciable que se reconoce a todos los habitantes del país”*, es inherente la obligación de todo personal de salud atender a las personas, lo que incluye a las mujeres en situación de post aborto.

Es así, que el Código Sanitario establece en su artículo 307 que: *“Los profesionales, técnicos y auxiliares en ciencias de la salud serán pasibles de la suspensión por un plazo no mayor de 6 meses o la cancelación del registro por un término no ma-*



La atención a la salud de las mujeres en situación de post aborto siempre debe estar garantizada, proporcionando una actuación multidisciplinaria, integral, humanizada.

Esta atención debe estar libre de prejuicios, de estereotipos y de discriminación de cualquier naturaleza, y debe ser respetuosa de la libertad y la dignidad de las mujeres.

yor de 3 años, cuando los mismos rehúyan prestar sus servicios a un enfermo o lo abandone habiendo estado bajo su cuidado o por su negligencia, sean responsables de la muerte o incapacidad de su paciente, o de la propagación de una enfermedad transmisible que ponga en grave riesgo la salud pública, así como los que expidan certificados, análisis, dictámenes o informes falsos o violen voluntariamente el secreto profesional."

De la bioética

La premisa de toda persona que trabaja en salud debe ser la de no emitir juicio ni valor y atenerse a su obligación de brindar una atención calificada y humana. Frente a un caso de post aborto, todo personal de salud debe adoptar la conducta adecuada que conlleva *no hacer juicio de valor y no juzgar*, pues es deber de todos/as atender dignamente y realizar esfuerzos para garantizar la salud y la vida de las mujeres.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, en su artículo 8, expresa que las personas y grupos especialmente vulnerados deberían ser protegidos y respetados en su integridad individual. En su artículo 9 enfatiza el respeto a la privacidad y confidencialidad, señalando que la información obtenida no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su recolección o para los que se obtuvo el consentimiento, de conformidad con el derecho internacional, en particular el relativo a los derechos humanos, respeto a la igualdad en dignidad y derechos de todos los seres humanos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad.

Los artículos 10 y 11 del mismo documento, sostienen que *"ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna"*. Complementariamente, en el artículo 12, se refiere al respeto a la diversidad cultural y el pluralismo, señalando que *"se debería tener debidamente en cuenta la importancia de la diversidad cultural y del pluralismo. No obstante, estas consideraciones no habrá de invocarse para atentar contra la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales o los principios enunciados en la presente Declaración, ni tampoco para limitar su alcance"*.

Por lo expuesto anteriormente, podemos deducir que los principios fundamentales de bioética (ética aplicada a la vida) conlleva:

- Autonomía: derecho de las mujeres a decidir sobre las cuestiones relacionadas a su cuerpo y a su vida.
- Beneficio: obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño (hacer el bien).
- No maleficencia: la acción siempre debe causar el menor daño al/la paciente, reduciendo los efectos adversos o indeseables de sus acciones (no perjudicar).
- Justicia: el/la profesional de salud debe actuar con imparcialidad, evitando que los aspectos sociales, culturales, religiosos y morales u otros interfieran en la relación con la atención de las mujeres en situación de post aborto, orientándose exclusivamente por las normas y el enfoque de derechos.

LA ATENCIÓN HUMANIZADA

Recibir una atención humanizada es un derecho. Al promover la contención, la información, la orientación y el soporte emocional, se fortalece la interacción del equipo de salud con las personas usuarias. Es decir, se desarrolla una atención humanizada, respetuosa de los derechos humanos, de la ética profesional y libre de discriminación.

La atención humanizada debe ser integral y respetuosa de la diversidad cultural. Esto incluye la contención, la consejería, la oferta de tratamiento eficiente y oportuno, el soporte emocional y psicológico; la oferta de anticoncepción post aborto y/o de tratamiento para prevenirlo. Si en el servicio no se puede ofrecer todo lo detallado, debe poder realizarse la referencia de la usuaria, una vez que se haya resuelto la emergencia.

Cabe destacar que cuanto mejor es la orientación y la atención recibidas en los establecimientos de salud, se fortalece la relación entre los/las profesionales de salud y las personas usuarias, aumenta la capacidad de respuesta del servicio, las posibilidades de que los/las usuarios/as cumplan con el tratamiento propuesto y busquen oportunamente una futura atención.

La atención humanizada de mujeres en situación de post aborto se basa en tres pilares:

1. Acogida, contención y orientación pre y pos tratamiento.

2. Tratamiento adecuado, oportuno y de calidad; en base a las normas nacionales vigentes, incluyendo el alivio del dolor.
3. Ofrecimiento de planificación familiar o referencia a un servicio especializado para lograr un embarazo, según el deseo expresado por la mujer de tener o no otro embarazo a futuro.

Responsabilidades del personal de salud

Para la verdadera implementación de una atención humanizada, que incluya la contención y consejería, todo personal de salud deberá cumplir las siguientes responsabilidades:

- a) Prestar atención a las preocupaciones de las mujeres, aceptando sus inquietudes, respetando su cultura y ofreciéndoles información que responda a sus necesidades y dudas.
- b) Establecer una comunicación efectiva, prestando atención a las expresiones no verbales.
- c) Respetar lo referido por la mujer, teniendo en cuenta que ella tal vez no revelará todos los detalles durante esa conversación.
- d) Utilizar un lenguaje simple y culturalmente apropiado, cuidando el lenguaje corporal.
- e) Facilitar el acceso de la mujer, priorizando la atención de acuerdo a la gravedad de su estado o a un signo o síntoma de alarma o urgencia, detectados.
- f) Identificar y evaluar las necesidades y riesgos de daños a la salud en cada caso, resolviendo los problemas de salud, brindando la mejor atención posible de acuerdo a la capacidad técnica del servicio o encaminándola, previa estabilización de los signos vitales, a un servicio de referencia que pueda dar respuesta a sus necesidades.
- g) Garantizar la privacidad en la atención y la confidencialidad de la información de la usuaria, en todo momento. Respetar el secreto profesional.

- h) Realizar los procedimientos técnicos de forma humanizada e informando a las mujeres sobre las intervenciones necesarias, sus posibles complicaciones y los controles posteriores a ser realizados.
- i) Prestar apoyo emocional inmediato y encaminarla, cuando sea necesario, para la atención psicológica especializada en el menor plazo posible.
- j) Identificar las reacciones del grupo social (familia, amigos, colegas) en los cuales ella se desenvuelve.
- k) Posteriormente al tratamiento, para quien desee tener hijos, orientar sobre pasos a seguir para lograr un embarazo a término. Referir, de ser necesario, a un servicio especializado.
- l) Luego del tratamiento, en caso de que la mujer no desee una nueva gestación, ofrecer información y orientación sobre los métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia. Proporcionar algún método anticonceptivo, en caso de que la mujer así lo decidiera. Ofrecer el seguimiento en el consultorio de planificación familiar del servicio.
- m) Establecer además una consulta de control en el servicio para poder seguir la evolución del proceso.

Acoger, contener y orientar

La mujer que llega al servicio en situación de post aborto está pasando por un momento muy difícil y puede tener sentimientos de soledad, angustia, ansiedad, culpa, autocensura, miedo a hablar, temor a ser culpada o humillada, sentimiento de pérdida, además del dolor físico y del temor por su propia vida.

La contención y la orientación a las mujeres en situación de post aborto son elementos importantes para una atención de calidad y humanizada. Contener no se limita a la simple recepción de la persona, sino implica admitir, aceptar y no juzgar, brindándole lo que necesi-



La percepción y actitud de las personas que trabajan en los servicios de salud hacia el post aborto influyen en el modo de asistir y en la relación usuaria-prestadores/as.

Brindar una atención humanizada a las mujeres en situación de post aborto, proporcionando apoyo y contención es un derecho de todas las mujeres y que está garantizado por ley.

ta para sobrellevar su situación y recuperar su bienestar, tanto en lo emocional como en lo físico. Acogimiento o acogida es el recibimiento u hospitalidad que ofrece una persona o un lugar, protección o amparo, aprobación o aceptación.

El trato digno y respetuoso, la escucha, el reconocimiento y la aceptación de las diferencias culturales, el respeto a la dignidad de las mujeres, facilitar el acceso a la atención y al tratamiento resolutivo en un ambiente de privacidad y garantizando la confidencialidad de todo lo conversado y de los hallazgos durante la consulta y tratamiento, conforman la acogida o acogimiento. Es obligación de todo personal de salud realizar estas acciones.

La orientación o consejería tiene como fin promover el empoderamiento y la participación activa de la mujer, ejerciendo su derecho a decidir de forma voluntaria e informada sobre su salud, sin coacción. La información que permite aclarar dudas o preocupaciones de las usuarias y su/s acompañante/s, es la que se transmite en un lenguaje apropiado y respetuoso, de forma clara y en el idioma en que la mujer mejor se expresa, sobre todo evitando usar términos técnicos.

Los temas a ser incluidos en la orientación abarcan desde lo relacionado al diagnóstico probable o confirmado hasta las posibles complicaciones, las opciones anticonceptivas disponibles post evento, y cualquier otro aspecto que interese a la mujer en relación a su salud y a su reproducción.

Para brindar la acogida, contención y consejería en un marco de derechos, es imprescindible no juzgar ni interponer convicciones personales, a fin de incentivar a las mujeres a hablar de sus sentimientos y necesidades. El personal de salud debe desarrollar la capacidad y habilidad de:

- Escuchar sin prejuicios, demostrando empatía y respeto.
- Manejar los conflictos.
- Valorar y considerar las opiniones y sentimientos de las personas que acuden al servicio e identificar sus necesidades.

Toda persona que trabaja en los servicios de salud, desde la que se encuentra en la recepción del servicio hasta el/la profesional de salud (obstetras, enfermeros/as y médicos/as), que recibe y trata a la mujer en situación de post aborto, está obligada a brindar el acogimiento y las orientaciones necesarias durante todo el contacto con la mujer, con compromiso y respeto.

La capacidad de acoger, contener y orientar refleja la calidad de la relación profesional de la salud/ usuaria, en la perspectiva de la construcción de un nuevo modelo de atención. Para eso, el personal de salud deberá estar sensibilizado y capacitado a fin de que incorpore el acogimiento, la contención y la orientación como prácticas cotidianas de asistencia.

En este modelo es fundamental considerar la atención sicosocial de las mujeres en situación de post aborto, integrando trabajadores/as sociales y sicólogos/as en la respuesta integrada, con sus respectivas especializaciones en la atención a la salud.

Luego de atendida la urgencia resultante del post aborto y antes de que la mujer sea dada de alta, el/la profesional de salud debe incluir durante la conversación aspectos como conocer sobre las expectativas de la usuaria con respecto a ser madre o no, la sexualidad y la relación con la pareja, así como la perspectiva de la prevención en la repetición de otro aborto. En los servicios que cuenten con sicólogas o sicólogos, algunos aspectos pueden ser profundizados, dependiendo de la decisión de la mujer y de las condiciones del servicio para esa atención.

Para abordar cuestiones subjetivas de quien atiende y de quien es atendida, el tema del post aborto presupone la sensibilización del equipo de salud, logrando un cambio positivo de actitud en forma continua y sostenida.

Cambio positivo de conducta del personal de salud

Es imprescindible la sensibilización, en forma continua y sostenida, de todo el equipo de salud, a fin de lograr un cambio positivo de actitud respecto a la atención de mujeres en situación de post aborto.

En ese sentido, se deben realizar en el servicio: discusiones en grupo, supervisiones clínicas, intercambio de preocupaciones, confrontar actitudes y convicciones implícitas en la atención, reuniones o grupos de sensibilización y capacitación sobre sexualidad y prácticas reproductivas y sobre normas nacionales de atención.

La capacidad de escuchar sin emitir juicios ni imponer valores o creencias, la capacidad de lidiar con conflictos, la valoración de las quejas e identificación de necesidades son básicas e imprescindibles en la acogida.

Quienes trabajan en los servicios de salud debe desarrollar las habilidades necesarias, incluyendo la escucha activa y la empatía, que es la capacidad de colocarse en el lugar de la otra persona.

El/la gerente del servicio es responsable de supervisar el cumplimiento y la adherencia a las normas de todo el equipo de salud, propiciar la sensibilización del personal, evaluar las posibles barreras en el servicio para el acceso a la atención.

Las jornadas de sensibilización deben promover espacios para la reflexión, individual y grupal, sobre la influencia de las creencias personales en la atención y como asumir una actitud humanizada en la atención, libre de juzgamientos y rotulaciones.

El/la sicólogo/a de la institución debe participar activamente en

las acciones de sensibilización, teniendo en cuenta una revisión permanente del sistema de atención.

El tratamiento médico adecuado

Las normas técnicas de tratamiento médico y seguimiento del post aborto están incluidas en las normas nacionales de atención de emergencias obstétricas, las cuales están basadas en protocolos internacionales y se aplican en todo el territorio nacional.

Para evaluar si la atención a una mujer en situación de post aborto es calificada, debe respetarse lo expresado en este documento y en las normas nacionales de emergencias obstétricas.

Orientaciones generales pos tratamiento

- a. Informar sobre la rutina de la higiene personal, el regreso de la menstruación y la planificación familiar para el futuro.
- b. El retorno a la actividad sexual en el post aborto será informado conforme a las normas nacionales de atención de emergencias obstétricas.
- c. La fertilidad retornará posterior al procedimiento, de manera que es necesaria la orientación de la planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos seguros, luego del consentimiento informado de la mujer.
- d. Explicar las posibles complicaciones que pueden presentarse posteriormente al alta y sobre los signos de alarma.
- e. Brindar orientación sobre lo que debe hacerse en caso de complicaciones o signos de alarma y donde encontrar asistencia en casos de emergencias.

- f. Ofrecer el servicio de planificación o referenciarla a un servicio de infertilidad según sea el caso y en conformidad con el deseo de la mujer de tener o no un embarazo en un corto plazo.

Planificación familiar post aborto

Es sumamente importante, a fin de evitar la repetición de un aborto inducido, que la usuaria tenga la posibilidad de prevenir un embarazo no planificado. Por ello, se debe ofrecer información y orientación sobre los métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia, en caso de que la mujer no desee una nueva gestación; proporcionar algún método, en caso de que la mujer así lo decidiera; ofrecer el seguimiento en el consultorio de planificación familiar del servicio.

A la usuaria se le debe explicar, según sus planes futuros, las opciones anticonceptivas conforme a las normas vigentes de anticoncepción post evento del Ministerio de Salud Pública. La oferta debe incluir métodos reversibles e irreversibles y toda la información necesaria para que la mujer pueda decidir en forma libre y voluntaria, independientemente de su edad, estado civil, nivel socioeconómico, número de hijos/as, etnia, discapacidad, etc.

Para más información, el/la profesional de la salud puede recurrir a las normas nacionales de planificación familiar vigentes, establecidas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Resolución N° 146



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 146

POR LA CUAL SE ESTABLECE LA OBLIGATORIEDAD DE BRINDAR ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD Y ATENCIÓN SIN DISCRIMINACIONES, CON EFECTIVO CUMPLIMIENTO DEL DEBER DE CONFIDENCIALIDAD Y GARANTÍA DE PLENA VIGENCIA DEL SECRETO PROFESIONAL EN LA ATENCIÓN.

Asunción, 8 de MARZO de 2012

VISTAS:

Las disposiciones establecidas en los artículos 46, 48, 68 y concordantes de la Constitución Nacional; el artículo 1° de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), ratificada por la Ley N° 1215/86; el artículo 25° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el artículo 24° de la Convención Americana de los Derechos Humanos, ratificada por la Ley N° 01/89; los artículos 3° y 10° del Protocolo de San Salvador, ratificado por la Ley N° 1040/97; los artículos 3° y 12° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por la Ley N° 4/92.

El artículo 307 y concordantes de la Ley N° 836/80, del Código Sanitario; los artículos 57 inciso f), 68 inciso f) y 60 inciso g) de la Ley N° 1.660/00; y el artículo 148 de la Ley N° 3.340/08, modificatoria del Código Penal; y

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Nacional, en su artículo 46 **DE LA IGUALDAD DE LAS PERSONAS** preceptúa: *"Todas las habitantes de la República son iguales en dignidad y derechos. No se admiten discriminaciones. El Estado removerá los obstáculos e impedirá los factores que los mantengan o los propicien (...)";*

Que en su artículo 48 **DE LA IGUALDAD DE DERECHOS DEL HOMBRE Y DE LA MUJER**, establece: *"El hombre y la mujer tienen iguales derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales. El Estado promoverá las condiciones y creará los mecanismos adecuados para que la igualdad sea real y efectiva, allanando los obstáculos que impidan o dificulten su ejercicio (...)";*

Que el artículo 68 **"DEL DERECHO A LA SALUD"**, la Carta Magna prescribe: *"El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad";*

Que debe protegerse la privacidad de las personas, derecho consagrado en la Constitución Nacional, que incluye la protección a la intimidad, la dignidad y la propia imagen de las personas.

Que el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, consagra que *"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar (...)";*

Que conforme al artículo 1° de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) *"la discriminación hacia la mujer, es toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera";*



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 146

8 de MARZO de 2012
Hoja N° 2

Que el artículo 24 de la Convención Americana de los Derechos Humanos dispone que: "Todos las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley." Igualmente, el artículo 3 del Protocolo de San Salvador establece que "Los Estados partes en el presente Protocolo se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social."

Que el artículo 3 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales dispone que: "Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el presente Pacto".

Que el artículo 10 del Protocolo de San Salvador establece que: "Toda persona tiene derecho a la salud, entendido como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social (...)".

Que el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales contempla que: "Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental."

Que la Observación General N° 14 del Comité del Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales sobre el artículo 12 del Pacto dispone, en el párrafo 21, que: "(...) El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva (...)".

Que, cumpliendo con las recomendaciones del Comité contra la Tortura al Estado paraguay en 2011, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social insta a preservar el secreto profesional: "El Estado debería adoptar medidas para preservar la confidencialidad en la relación médico-paciente cuando la asistencia médica sea por causa de complicaciones debidas a un aborto".

Que el Código Sanitario establece en su artículo 3° que: "El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social".

Que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en función de sus prerrogativas legales, debe garantizar el cuidado integral de la salud del pueblo y los derechos y obligaciones de las personas en la materia; y, asimismo, debe velar por el fiel cumplimiento de las disposiciones legales establecidas para el efecto, sancionando a los funcionarios/as o profesionales que no den cumplimiento a las mismas.

Que, al igual que las Resoluciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social N° 67/07 y N° 140/08, en aplicación de la Política de Salud y Calidad de Vida con Equidad en el Paraguay 2008-2013, la Ley N° 2.907/06 (Programa de Salud Reproductiva), la Ley N° 1.626 de la Función Pública, en su artículo 68, prohíbe a los/as funcionarios/as públicos/as "discriminar la atención de los asuntos a su cargo poniendo o restando esmero en los mismos, según de quién provengan o para quién sean".





Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 146

3 de MARZO de 2012
Hoja N° 3

Que el Código Sanitario establece, en su artículo 307, que: "Los profesionales, técnicos y auxiliares en ciencias de la salud serán pasibles de la suspensión por un plazo no mayor de 6 meses o la cancelación del registro por un término no mayor de 3 años, cuando los mismos rehuyan prestar sus servicios a un enfermo o lo abandone habiendo estado bajo su cuidado o por su negligencia, sean responsables de la muerte o incapacidad de su paciente, o de la propagación de una enfermedad transmisible que ponga en grave riesgo la salud pública, así como los que expidan certificados, análisis, dictámenes o informes falsos o **violaren voluntariamente el secreto profesional**".

Que la Ley N° 16.266/00 de la Función Pública en su artículo 57, inciso f, establece como obligaciones del funcionario público; "Guardar el secreto profesional en los asuntos que revistan carácter reservado en virtud de la ley, del reglamento, de su propia naturaleza o por instrucciones especiales"; y conforme al artículo 68 inciso f) se considera como falta grave la "violación del secreto profesional, sobre hechos o actos vinculados a su función que revistan el carácter reservado en virtud de la ley, el reglamento o por su naturaleza". Igualmente, en el artículo 69 se establece que a las faltas graves les serán aplicadas las siguientes sanciones disciplinarias: "a) suspensión del derecho a promoción por el periodo de un año; b) suspensión en el cargo sin goce de sueldo de hasta treinta días; c) destitución o despido, con inhabilitación para ocupar cargos públicos por dos o cinco años".

Que el Código Penal establece claramente, en su artículo 148, que la revelación de secretos privados por funcionarios/as o personas con obligación especial, será castigada con penas privativas de libertad hasta tres años o con multa.

Que el Artículo 286° del Código Procesal Penal exonera de la obligación de denunciar hechos punibles de acción pública, a los médicos, farmacéuticos, enfermeros, y demás personas que ejerzan cualquier rama de las ciencias médicas, siempre que conozcan el hecho en el ejercicio de su profesión u oficio y que éste le haya sido confiado bajo secreto profesional.

Que, a pesar de la claridad de estas disposiciones legales, se siguen detectando, dentro de los servicios de salud, casos de atención discriminatoria a mujeres que acuden a los establecimientos de salud para solicitar atención ante un aborto en evolución o por complicaciones post-aborto (sea éste espontáneo o inducido).

Que la atención dilatoria o deshumanizada vulnera la dignidad de las mujeres, y pone en riesgo la salud y la vida de las mismas.

Que todo profesional de salud está obligado a guardar la confidencialidad de la atención en salud realizada y a garantizar el secreto profesional en los asuntos que revistan carácter reservado en virtud de la ley, del reglamento, y su violación estará sujeta a las sanciones impuestas en la normativa vigente en la materia.

Que la Ley N° 836, Código Sanitario, en sus Artículos 3° y 4°, respectivamente, establece que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la más alta dependencia del Estado competentes en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social; y que la autoridad de salud es ejercida por ella Ministeria con la responsabilidad y atribuciones de cumplir y hacer cumplir las disposiciones vigentes en el ámbito de la salud.



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 146

8 de MARZO de 2012
Hoja N° 4

POR TANTO, en ejercicio de sus atribuciones legales,

**LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:**

- Artículo 1°.** Establecer que todo el funcionamiento del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y profesionales de la salud de los sectores público y privado tienen la obligación de contribuir al mejoramiento de la calidad de la vida, con énfasis en la satisfacción de las necesidades de salud, desde una perspectiva de derechos, sin ningún tipo de discriminación por razones de género, sexo, etnia, raza, nivel socio-económico, orientación sexual, identidad de género, o cualquier otra condición, y con respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas, la equidad social y de género.
- Artículo 2°.** Disponer que todos los establecimientos de salud del sector público y privado deberán adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra las mujeres en la esfera de la salud y la atención médica con el fin de asegurar, el acceso a servicios de salud incluyendo la atención de las complicaciones post aborto.
- Artículo 3°.** Determinar que los establecimientos de salud deberán prestar atención oportuna, eficaz, confidencial, humana y sin discriminaciones a las mujeres que concurren por complicaciones post aborto o con un aborto en curso, e informar a las mismas que su situación puede ser confiada a los/las trabajadores/as de la salud bajo el secreto profesional.
- Artículo 4°.** Establecer que el/la profesional de la salud tiene la obligación de respetar y de proteger los derechos a la intimidad y a la privacidad de las personas, por lo que en los servicios de salud queda terminantemente prohibido filmar o fotografiar a ninguna persona usuaria de los servicios, sin su consentimiento informado y por escrito.
- Artículo 5°.** Determinar que el funcionamiento del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, las/los profesionales de la salud y el personal de los servicios de salud, no podrán admitir el contacto de los medios de comunicación con las personas usuarias sin el consentimiento informado y por escrito por parte de las mismas, debiéndose en todo momento privilegiar la salvaguarda del derecho a la intimidad, la dignidad y la propia imagen de las personas usuarias de los establecimientos de salud, incluyendo no solo a adultos y adultas sino también a niños, niñas y adolescentes.
- Artículo 6°.** Disponer que todo personal de salud está obligado a respetar el carácter confidencial de la información y datos de todas las personas que reciben una atención en salud o acuden para recibir información y orientación en un servicio de salud y, -por tanto-, garantizar el secreto profesional.



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 196

8 de MARZO de 2012
Hoja N° 5

- Artículo 7°.** Establecer que la historia clínica es confidencial, propiedad de la persona usuaria de los servicios de salud y se encuentra en custodia institucional del establecimiento de salud. El personal de salud debe proteger y respetar los derechos a la intimidad y a la privacidad de la persona a quien el mencionado documento pertenece; asimismo, tiene la obligación de guardar el secreto profesional.
- Artículo 8°.** Responsabilizar a los/las directores/as de los establecimientos de salud del efectivo cumplimiento de lo dispuesto en los artículos precedentes, siendo los/las mismos/as responsables de su aplicación en el centro asistencial a su cargo.
- Artículo 9°.** Poner en vigor las **NORMAS DE ATENCIÓN HUMANIZADA POST ABORTO** en el marco de la estrategia de reducción de mortalidad materna; cuyo original se anexa y es parte de la presente Resolución.
- Artículo 10°.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.



[Firma]
DRA. ESPERANZA MARTÍNEZ
MINISTRA

/s/

Bibliografía

Aborto inseguro en América Latina y el Caribe. Definición del problema y su prevención. Gaceta Médica de México, 139 (SI): 9-15. Espinoza, Henry y Lizbeth López Carrillo, 2003.

Guttmacher Institute/OMS. *Hechos sobre el aborto en el mundo.* New York, 2012.

Guttmacher Institute. *Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual.* New York, 2009.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Emergencias obstétricas y neonatales. Normas y procedimientos.* Asunción, 2003.

Ministério da Saúde. *Norma-Atenção humanizada ao abortamento.* Brasil, 2005.

OMS. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003.* Ginebra, 2007.

OMS/UNFPA/UNICEF/Banco Mundial. *Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto. Guía para obstetras y médicos.* Ginebra, 2002.

World Medical Association. *Código Internacional de Ética Médica.* Ginebra, 1948.

UNFPA. *Estado de la Población Mundial 2004. El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza.* New York, 2004.