

**“ABORTO: UNA RESPONSABILIDAD
PROFESIONAL DE LOS OBSTETRAS
Y GINECOLOGOS”**

RELATORIO FINAL

Grupo de trabajo FIGO/OMS

CEMICAMP

Campinas, SP, Brasil

2 - 5 de marzo, 1997

ÍNDICE

| | Página |
|---|---------------|
| ANTECEDENTES..... | 1 |
| I. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROBLEMA DEL ABORTO..... | 3 |
| II. BUENA PRACTICA PROFESIONAL EN LA ATENCION A LAS MUJERES QUE CONSULTAN SERVICIOS DE SALUD, CON COMPLICACIONES DE ABORTO..... | 5 |
| <i>Introducción.....</i> | <i>5</i> |
| <i>Recepción de las mujeres.....</i> | <i>5</i> |
| <i>Historia clínica.....</i> | <i>6</i> |
| <i>Consejería a las mujeres antes de la evacuación de restos de aborto.....</i> | <i>7</i> |
| <i>Tratamiento del aborto inevitable o incompleto.....</i> | <i>8</i> |
| <i>Técnica de evacuación uterina.....</i> | <i>8</i> |
| <i>Tipo de anestesia/analgesia necesaria.....</i> | <i>8</i> |
| <i>Consejería post-aborto.....</i> | <i>9</i> |
| <i>Anticoncepción post-aborto.....</i> | <i>9</i> |
| <i>Recomendaciones a la Sociedades de Ginecología y Obstetricia.....</i> | <i>10</i> |
| III. BUENA PRACTICA PROFESIONAL EN LA ATENCION DE LA MUJER QUE SOLICITA INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO EN LOS PAISES CON LEYES RESTRICTIVAS | 12 |
| <i>Introducción.....</i> | <i>12</i> |
| <i>Recomendaciones a las Sociedades de Ginecología y Obstetricia.....</i> | <i>13</i> |
| IV. EL PAPEL DE LOS MEDICOS EN EL DIALOGO PARA LA LIBERALIZACION DE LEYES Y REGLAMENTOS SOBRE EL ABORTO..... | 15 |
| <i>Introducción.....</i> | <i>15</i> |
| <i>Recomendaciones a las Sociedades de Ginecología y Obstetricia.....</i> | <i>16</i> |
| LISTA DE LOS PARTICIPANTES..... | 19 |

Relator General: Dr. Anibal Faúndes

Tema 1 - Buena Práctica Profesional en la Atención de las Pacientes con Complicaciones de Aborto.

Relatores: Dra. Elcylene Leocádio
Dr. Karl Austin

Tema 2 - Buena Práctica Profesional en la Atención de la Mujer que Requiere Interrupción Legal del Embarazo en los Países con Leyes Restrictivas

Relatores: Dr. José Barzelatto
Dr. Jorge Andalaft

Tema 3 - El Papel de los Médicos en el Diálogo para la Liberalización de Leyes y Reglamentos sobre Aborto.

Relatores: Dra. Silvina Ramos
Dra. Marta María Blandón

AGRADECIMIENTO:

Los organizadores agradecemos la asistencia financiera de la Fundación Ford, que permitió la realización del Seminario.

ANTECEDENTES

Este Seminario fue propuesto por el Grupo de Trabajo de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), conocido como "FIGO/WHO Task Force".

Este grupo de trabajo reconoció que el aborto es uno de los problemas más importantes de Salud Reproductiva de la Mujer, tanto por sus graves consecuencias inmediatas y secuelas a largo plazo, como por sus implicaciones económicas y sociales.

El grupo de trabajo solicitó a los Dres. Allan Rosenfield y Anibal Faúndes, preparar un proyecto de actividades que contribuyera a disminuir el efecto del aborto sobre la salud de la mujer en países con leyes restrictivas, donde estas consecuencias son siempre más graves. La propuesta fue realizar un Seminario o Taller, donde se discutieron posibles recomendaciones para las Sociedades de Ginecología y Obstetricia de estos países, en torno a tres temas específicos:

- Buena práctica profesional en la atención de las mujeres que consultan en servicios de salud, con complicaciones de aborto.
- Buena práctica profesional en la atención a la mujer que requiere interrupción legal del embarazo en los países con leyes restrictivas.
- El papel de los médicos en el diálogo para la liberalización de leyes y reglamentos sobre el aborto.

Como la gran mayoría de los países de América Latina tienen leyes muy restrictivas referente al aborto, y las mujeres de estos países pagan un alto precio por esta situación, la actividad fue programada en América Latina y se le pidió al Centro de Pesquisas

Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP) y a la Universidad Estadual de Campinas (UNICAMP) que se responsabilizara de su organización.

La realización de esta reunión y sus objetivos, se encuentran dentro del marco de las recomendaciones de las Conferencias sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y de la Mujer en Beijing (1995), firmadas por algunos Gobiernos de la región, que asumieron la responsabilidad de aplicarlas en sus respectivos países. Las conclusiones de este Seminario son una contribución que deberá ayudar en la implementación de esas recomendaciones.

El Seminario contó con la participación de destacados especialistas Latinoamericanos, conjuntamente con científicos sociales y líderes de grupos de mujeres interesados en el tema, parlamentarios de tres países, el Presidente de la FIGO y un representante de la OMS. Entre los participantes, se encontraron, además, un ex-presidente de la FIGO, un ex-presidente de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), el Secretario General de la FLASOG y tres presidentes de Sociedades Nacionales de Ginecología y Obstetricia.

El relato que sigue resume las conclusiones de los grupos de trabajo y discusiones en plenarias. Primero se presentan consideraciones generales que se aplican a los tres temas y a continuación las conclusiones específicas para cada uno de ellos. Los participantes esperan que este informe sea de real utilidad para el trabajo de las Sociedades de Ginecología y Obstetricia, en su empeño por mejorar la salud reproductiva de las mujeres de la región.

I. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROBLEMA DEL ABORTO

Existe un consenso internacional respecto a que el aborto, practicado en condiciones inadecuadas, produce una morbi-mortalidad que significa un grave problema social y de salud pública. Como la medicina tiene por objeto mejorar la salud de las personas, los participantes estimaron que los médicos, y en particular los gineco-obstetras, deberían ejercer un rol de liderazgo en la resolución de este problema, tanto en forma personal como a través de sus organizaciones profesionales. De hecho, en la discusión pública son reconocidos como los expertos en el tema.

El aborto voluntario es consecuencia de un embarazo no deseado, producto de un proceso social complejo, con raíces culturales, morales, sociales y religiosas, entre las cuales se destacan la diferencia de poder entre géneros, la insuficiente educación sexual y reproductiva, así como la imposibilidad de tener acceso a servicios básicos de salud.

Las organizaciones profesionales, en particular las sociedades gineco-obstétricas, deberían informar a la comunidad sobre el problema del aborto y promover un debate amplio y respetuoso, involucrando otros sectores de la sociedad, como las organizaciones de mujeres, legisladores, educadores, juristas, científicos sociales, éticistas y teólogos. Este diálogo debe incluir prioritariamente a las universidades, y principalmente a los estudiantes, que serán los futuros profesionales que enfrentarán estos problemas.

La función informativa de las Sociedades de Ginecología y Obstetricia no debe limitarse a sólo cuantificar el problema, sino también a identificar las causas sociales y culturales del mismo en sus respectivos países, para poder desarrollar estrategias apropiadas que permitan mejorar la situación. Además, sería deseable unificar criterios sobre la terminología que se usa en relación al aborto. Las Sociedades de Ginecología y Obstetricia deben hacer un esfuerzo para definir con mayor precisión lo que es aborto, distinguiéndolo del parto prematuro y de períodos anteriores a la implantación. Para esto, se sugirió que FIGO elaborara un documento que facilite esta discusión a nivel de los

países. Como contribución a este documento los participantes hicieron propuestas sobre los tres temas del Seminario, que se describen a continuación.

II. BUENA PRACTICA PROFESIONAL EN LA ATENCION A LAS MUJERES QUE CONSULTAN SERVICIOS DE SALUD, CON COMPLICACIONES DE ABORTO

Introducción

Es consenso que los profesionales de salud enfrentan mayores dificultades para la adopción de prácticas adecuadas al tratamiento del aborto que frente a otros problemas. Estas dificultades se deben a aspectos relacionados con la formación médica, ética y religiosa; a las leyes restrictivas en vigor en la mayor parte de los países de América Latina, y al estigma que rodea a la palabra aborto en general y al aborto voluntario en particular.

Por eso mismo, y porque frecuentemente es difícil saber cuando un aborto fue voluntario, las discusiones sobre el tema no se deben restringir al aborto clandestino. Debe considerarse también que el tratamiento dado a las mujeres con aborto espontáneo no es siempre de buena calidad.

Los participantes del Seminario proponen que las Sociedades de Ginecología y Obstetricia revisen y adopten, con las modificaciones que juzguen necesarias, las siguientes recomendaciones de procedimientos para la atención de las mujeres que consultan por complicaciones de aborto.

Recepción de las mujeres

Las mujeres que consultan en los servicios de salud durante el proceso de aborto, como en cualquier otra situación, no deben ser consideradas culpables ni víctimas. Ellas deben ser tratadas como ciudadanas, que tienen derecho a atención digna, con respeto a su privacidad, individualidad y libertad de elección. No deben ser pre-juzgadas como si hubieran cometido un delito, suponiendo que el aborto fue provocado. Deben ser atendidas considerando, además, que pueden estar pasando por un problema emocional

tan importante como los problemas físicos que presentan. El médico no debe juzgar, sólo debe ayudar, aunque es válido que se pregunte a si mismo por qué existe este problema, y cuales son sus causas.

Para esto es necesario un amplio cambio cultural de todo el equipo de salud, propiciando espacios de reflexión del personal involucrado en la atención de pacientes con aborto, para discutir sus propios valores y actitudes en relación a este problema. Esta reflexión permitirá que se conozca y comprenda más humanamente lo que les puede estar ocurriendo a las mujeres que atienden. Esto debe comenzar con el médico ya que su actitud se reflejará en todo el equipo de salud.

Tanto en el currículum de las diferentes profesiones de salud como en la práctica de los hospitales universitarios, debe haber cambios profundos que pasen a dar prioridad a la atención de la mujer integralmente, en lugar de considerar apenas sus problemas físicos. Estos cambios curriculares deben incluir la discusión de la sexualidad y de las relaciones de género en el contexto de las relaciones humanas.

La recepción apropiada de la mujer que consulta por complicaciones de aborto debe incluir también infraestructura física adecuada, buenas instalaciones y localización, evitando que la atención del aborto sea relegada al lugar menos privilegiado del hospital.

Historia clínica

Las preguntas de historia clínica deben ser hechas con el único objetivo de orientar la conducta terapéutica, jamás con carácter inquisitorio o con la finalidad de colaborar con investigaciones policiales. Debe divorciarse el preguntar, del acto de calificar (juzgar) el hecho y preferiblemente debe ser una sola persona quien recoja esta información.

Es recomendable preguntar inicialmente si el embarazo era o no deseado, sin juicios de valor para cualquiera que sea la respuesta. Debe preguntarse si hubo maniobra abortiva o no, pero no debe insistirse, ya que excepcionalmente esta información tiene importancia clínica.

En países donde el registro de este dato podría exponer a la mujer a una acción judicial y posible condena, se debe considerar en primer lugar la seguridad de la mujer y las obligaciones éticas del secreto profesional.

Consejería a las mujeres antes de la evacuación de restos de aborto

La consejería u orientación de la mujer antes de la evacuación es un componente fundamental de la buena calidad de asistencia a estos casos. Debe incluir apoyo psicológico por enfermera/médico, adecuadamente capacitada/o, que además deban preparar psicológicamente a la mujer para reducir la ansiedad por el procedimiento. Debe incluir la disculpabilización, auto-estima y el manejo del dolor por la propia paciente.

Para no haber contradicciones entre el trabajo de orientación y las conductas médicas o de enfermería, los principios que orientan la práctica educativa deben estar claros para todas las personas que participan en la atención de estos casos.

La mujer también debe recibir consejería para la prevención de un nuevo embarazo y, siempre que ella tenga condiciones emocionales y físicas adecuadas, debe incluirse la selección voluntaria de un método anticonceptivo para ser empleado después de la evacuación, excluyendo métodos irreversibles. En el caso de un método de larga duración, debe tenerse mucho cuidado de no imponerlo.

Tratamiento del aborto inevitable o incompleto

Cuando la mujer declaró que el embarazo era indeseado o que realizó algún procedimiento para interrumpirlo, el diagnóstico y tratamiento deben ser inmediatos, con el fin de evitar infecciones de restos ovulares y prolongar de forma innecesaria la hospitalización y el sufrimiento de la mujer.

Con referencia a si el tipo de atención más recomendable para las pacientes sin complicaciones graves debe ser ambulatoria o con internación, no existe una indicación única para todos los casos. Depende de las condiciones de cada hospital, considerando que debe darse preferencia a la atención ambulatoria porque permite una mejor utilización de los recursos y, por lo tanto, atender un número mayor de mujeres. Siempre que sea posible, la mujer debe poder elegir entre atención ambulatoria o internación hospitalaria, basado en la recomendación juiciosa del médico.

Técnica de evacuación uterina

En la medida que los hospitales puedan equiparse adecuadamente, deben abandonar el curetage y adoptar los métodos de aspiración, seleccionando la evacuación manual y/o aspiración eléctrica, de acuerdo a la experiencia de cada hospital.

Tipo de anestesia/analgesia necesaria

Siempre que sea posible, la mujer debe recibir apoyo psicológico durante la evacuación, pero no debe considerarse este como sustituto suficiente de la analgesia. La sedación endovenosa junto con un tranquilizante debe ser utilizada como rutina, aceptándose el uso de analgesia para-cervical en los lugares donde existe experiencia con este método y donde los resultados son satisfactorios para las mujeres.

El uso de antibiótico profiláctico no es necesario en todos los casos, pero debe usarse cuando existe riesgo de posible infección.

Consejería post-aborto

Lo más importante es saber escuchar a la mujer y responder a sus necesidades, sin pretender conocerlas sin preguntar.

La consejería debe ser responsabilidad de un profesional que tenga aptitudes para esto, independientemente de su nivel, y que además tenga un entrenamiento especial para esta función. No debe haber sólo una persona responsable por la consejería, sino un equipo con más de un profesional, de distintas disciplinas. Es necesario tener presente que no siempre estas(os) consejeras(os) estarán en condiciones anímicas apropiadas para esta función.

Anticoncepción post-aborto

La anticoncepción post-aborto debe incluir consejería, además de la oferta y administración de métodos, según las circunstancias. El uso debe comenzar en el propio hospital y en casos excepcionales en el mismo acto de la evacuación. El control posterior dependerá de cada método; pero todas las mujeres deben ser instruídas a consultar de urgencia en caso de cualquier síntoma de alarma y los hospitales deben estar preparados para atenderlas.

El seguimiento post-aborto debe cuidar tanto de las posibles complicaciones físicas como debe dar apoyo psicológico a la paciente y preocuparse de la continuidad en el uso de anticonceptivos, por tanto tiempo como ella desee evitar un nuevo embarazo.

El hospital debe, además, preocuparse de establecer una coordinación de la asistencia post-aborto con la red de salud.

Recomendaciones a la Sociedades de Ginecología y Obstetricia

1. Tomen iniciativas junto a las diversas instancias gubernamentales para que consideren propuestas de control de la mortalidad por aborto.
2. Estimulen a las escuelas de medicina para promover en conjunto con el movimiento de mujeres, debates interdisciplinarios sobre la atención del aborto, incluyendo en especial las siguientes áreas de conocimiento: epidemiología, enfermería, psicología, servicio social, y otras que pueden estar relacionadas al problema del aborto y embarazo no deseado.
3. Sean instrumentos para influir en que ocurran los cambios curriculares propuestos más arriba y para obtener el apoyo de las autoridades gubernamentales, propiciando que la sociedad civil, particularmente los grupos representativos de las mujeres, participen en estos cambios.
4. Evalúen la atención actual en los diferentes hospitales y discutan los problemas existentes. A partir de esta discusión, definan los parámetros mínimos de calidad, en los aspectos de relaciones personales y técnicos, y aprovechen estas informaciones para preparar manuales de acreditación de servicios para asistencia de las complicaciones de abortos.
5. Promuevan en conjunto con las escuelas de medicina, con otras ciencias de la salud y con organizaciones de mujeres, programas de capacitación para estudiantes y residentes sobre el problema del aborto y embarazo no deseado, con enfoque social y de género.
6. Recomienden que sea ofrecida una atención especial a las adolescentes que consultan en los servicios de salud con problemas relacionados al aborto o embarazo no deseado.

7. Estimulen la preocupación por mejorar la calidad de la información sobre aborto registrada en las fichas clínicas de los hospitales, con el fin de acumular información útil para el estudio de este problema. Esto no significa solicitar más información, sino registrar todos los datos obtenidos de las mujeres.

8. Cuestionen y se opongan a las leyes que obligan a los médicos a denunciar a las mujeres que se realizan procedimientos para interrupción del embarazo, y a la presencia de la policía en los consultorios y servicios de urgencia obstétrica.

9. Recomienden a los asociados que, respetando el código de ética profesional, mantengan el secreto médico, y no denuncien a las mujeres que se realicen algún procedimiento para interrumpir el embarazo.

III. BUENA PRACTICA PROFESIONAL EN LA ATENCION DE LA MUJER QUE SOLICITA INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO EN LOS PAISES CON LEYES RESTRICTIVAS

Introducción

A pesar que la legislación relativa al aborto es muy restrictiva en la mayoría de los países de América Latina, el aborto es una práctica muy extendida entre las mujeres de todos los sectores sociales, pero esta conducta tiene consecuencias más graves para las mujeres pobres, quienes se ven forzadas a recurrir a medios inseguros y servicios de mala calidad.

La legislación vigente en los países de América Latina es diferente en términos de su mayor o menor restricción, pero en la mayor parte de ellos se permite el aborto en alguna(s) situación(es). La realización de abortos en situaciones de riesgo para la salud de la mujer, tales como la presencia de un cáncer o de embarazo ectópico, forma parte de la práctica asistencial habitual en los servicios de salud de la región.

A pesar de las diferencias en las legislaciones, los países comparten una situación común: el desconocimiento de la legislación, tanto por la comunidad médica como por la ciudadanía en su conjunto. Este desconocimiento trae como consecuencia que las leyes no estén siendo aplicadas en beneficio de las mujeres.

Recomendaciones a las Sociedades de Ginecología y Obstetricia

1. Informar a los profesionales sobre la situación legal del aborto en el país, los procedimientos que deben seguirse para acceder al aborto legal, las interpretaciones jurídicas que están siendo utilizadas, y también sobre otras legislaciones internacionales, y el impacto que esos contextos legales tienen sobre la morbilidad y mortalidad materna.

2. Normatizar la atención de los abortos permitidos por la ley, de tal manera que los profesionales se sientan respaldados y habilitados para cumplir con ella. La normatización debe resultar de la discusión informada de equipos multidisciplinarios. Para ello será importante tener en cuenta las diversas experiencias (programas e instrumentos jurídicos) que se están desarrollando en la región.

3. Estimular el desarrollo de servicios de atención del aborto legal en los hospitales universitarios y en otros centros de excelencia, dado que muchos de ellos cuentan con capacidad técnico-profesional asegurada y son responsables por la formación de nuevos profesionales.

4. Liderar el proceso de implantación de estos servicios de atención del aborto legal dentro de cada hospital, estimulando que sea ampliamente discutido, involucrando todos los profesionales que estarán incluidos de alguna forma en el proceso de atención al aborto legal. También deben participar en este proceso científicos sociales y representantes de grupos de mujeres, que aporten el punto de vista de la usuaria.

5. Promover la participación de los comités hospitalarios de ética en las discusiones para normatizar la atención de los abortos legales, sin que ello implique que tomen decisiones respecto a los casos individuales, y alentar su compromiso en la divulgación de la información contenida en este documento.

6. Influir para que las autoridades gubernamentales a nivel municipal, estadual y/o federal establezcan la obligatoriedad del cumplimiento de la ley por parte de los hospitales públicos.

7. Recomendar que los funcionarios que estarán directamente involucrados reciban entrenamiento sobre como dar asistencia apropiada a las mujeres que soliciten interrupción legal del embarazo, incluyendo aspectos psicológicos y emocionales así como en las técnicas de evacuación uterina. Este entrenamiento debe ser diferenciado de acuerdo a las funciones específicas de cada uno.

IV. EL PAPEL DE LOS MEDICOS EN EL DIALOGO PARA LA LIBERALIZACION DE LEYES Y REGLAMENTOS SOBRE EL ABORTO

Introducción

En todo el mundo, debe ser preocupación de los médicos el prevenir los embarazos no deseados y reducir el número de abortos, la morbilidad y la mortalidad materna.

La experiencia mundial ha demostrado que la penalización del aborto no disminuye su frecuencia, pero en cambio aumenta dramáticamente los niveles de morbilidad y mortalidad materna, contribuye a la discriminación y humillación de la mujer, y se convierte, al mismo tiempo, en un mecanismo de perpetuación de la desigualdad y de las injusticias sociales.

Por otra parte, la experiencia mundial también enseña que mejorar la condición de las mujeres, educar a hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva y mejorar el acceso a métodos anticonceptivos aceptables y seguros, son las estrategias más eficaces para combatir el aborto.

Cada país deberá desarrollar estrategias propias para lograr leyes que permitan a los profesionales de la salud actuar en forma más eficaz para resolver los problemas inherentes al aborto realizado en condiciones de riesgo. Cabe a estos profesionales asumir la responsabilidad de mejorar e interpretar la información para ilustrar el diálogo público que inexcusablemente deberá ser parte de los procesos de cambios legislativos.

Históricamente ginecólogos y obstetras han desempeñado un papel importante para la construcción de leyes democráticas que contribuyen a mejorar la calidad de la asistencia obstétrica, cumpliendo así con un imperativo ético de su consciencia profesional. Ellos tienen una especial responsabilidad de estimular el diálogo para ampliar las condiciones en que es permitido el aborto, porque son actores que tienen contacto directo con el drama

social y de salud de sus pacientes y, además, conocen las repercusiones de salud pública del problema.

En esta tarea, sería útil comparar la diversidad de las legislaciones vigentes en los distintos países, y evaluar su ineficacia en disminuir la frecuencia del aborto y en reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a su práctica.

Recomendaciones a las Sociedades de Ginecología y Obstetricia

1. Liderar la convocatoria a un debate profesional y social para modificar la legislación vigente que lleve a despenalizar la práctica del aborto, que de hecho existe en todos los países de la región.
2. Promover discusiones dentro de las Sociedades de Ginecología y Obstetricia, reconociendo que no hay suficiente información interna sobre la magnitud y los determinantes del aborto en toda su dimensión, con el fin de lograr una actitud más objetiva y científica, y como especialistas, entregar elementos que den mayor seguridad al discutir el tema con otros actores sociales.
3. Sensibilizar a los profesionales sobre los determinantes y las consecuencias sociales, culturales y económicas del embarazo indeseado, entre ellas, los conflictos que traen para la mujer en relación a sus oportunidades laborales y educativas, su situación familiar, su autoestima y su salud física y mental.
4. Abrir este diálogo a psicólogos, sociólogos, antropólogos, abogados, grupos de mujeres, parlamentarios y juristas, considerando que el aborto no es un problema solamente médico, sino que tiene implicaciones sociales, políticas, legales y éticas.
5. Discutir el derecho de la mujer a decidir acerca de la continuación o no de su embarazo, fundado en el principio ético de la auto determinación y del respeto a la vida.

6. Desarrollar una estrategia particular de información y debate en relación a los/las parlamentarios(as), actores claves en los eventuales procesos de cambio legislativo en todos los países.

7. Tomar la iniciativa para que el debate desde el punto de vista médico, centrado en la mujer, no continúe como discusión totalmente separada y paralela a la perspectiva más ideológica, centrada en el feto. Las Sociedades de Ginecología y Obstetricia deben ser instrumentales en propiciar puntos de encuentro entre estas dos maneras de ver el problema, estableciendo verdaderos diálogos donde se exponga la información más veraz, científica y actual posible, que ayude a la comprensión del problema y sus alternativas de solución.

8. Estimular especialmente la participación de los profesores y autoridades de facultades de medicina, enfermería y otras profesiones de salud, como estrategia que contribuya a los cambios de actitudes de las futuras generaciones.

9. Utilizar los resultados de las conferencias internacionales (El Cairo, Beijing) para el debate en relación al aborto, ya que la mayoría de los gobiernos son signatarios de estos acuerdos.

10. Preocuparse de vigilar con cuidado la información estadística sobre aborto que se presenta a la sociedad, particularmente la publicación de cifras exageradas que reducen la credibilidad de lo que ocurre en la realidad con el problema del aborto.

Se propone que las Sociedades de Ginecología y Obstetricia asuman la responsabilidad de coordinar con organismos oficiales, nacionales e internacionales (OMS, FNUAP, UNICEF), para que todos utilicen las mismas cifras estadísticas sobre aborto, que sean oficiales y confiables. Entendiendo que los datos son imprecisos, debe establecerse un rango de valores dentro de límites aceptables, que sean científicamente comprobables,

basados en datos objetivos como, por ejemplo, el número de abortos atendidos en las instituciones.

11. Llamar la atención de que no existen datos confiables sobre abortos atendidos en clínicas/hospitales privados, recomendando que se estudien mecanismos para obtener estos datos e incorporar a los profesionales que trabajan en estas instituciones en el diálogo sobre la situación legal del aborto en cada país.

12. Utilizar los medios de comunicación, de manera oportuna y responsable, ofreciéndoles información seria, verdadera y actual de lo que ocurre en relación al aborto en los servicios de salud. Los medios de comunicación y los foros de discusión deben ser vistos como estratégicos para lograr sensibilizar a la sociedad sobre el problema del aborto. Debe adoptarse una actitud proactiva, evitando esperar publicaciones equivocadas con ataques a médicos, para responder en forma defensiva.

13. Incluir este tema en los congresos locales, nacionales y regionales, evitando que se repitan experiencias en que el tema es relegado a locales y horarios inadecuados, tomando en cuenta los cambios que se están dando en la sociedad. Asimismo, se sugiere la realización de reuniones paralelas a los congresos, para un público mayor, en que se incluyan temas de interés social, como sexualidad, género y aborto.

LISTA DE LOS PARTICIPANTES

ALBERTO RAMÓN BADANO
Jefe Servicio de Ginecología
Hospital Dr. Roque Saénz Peña
Rosario, Argentina

ALICE LIBARDONI
Assessora Parlamentar
Centro Feminista de Estudos e Assessoria - CFEMEA
Brasília, DF, Brasil

AMPARO CLARO
Coordinadora General
Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe - RSMLAC
Santiago, Chile

ANIBAL FAÚNDES
Professor Titular de Obstetrícia
Universidade Estadual de Campinas
Presidente
Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas
Campinas, SP, Brasil

CESAR PEREDO-ALAIZA
Director
Departamento de Gestión Social
Secretaría de Desarrollo Humano
La Paz, Bolivia

ELCYLENE LEOCÁDIO
Coordenadora
Programa de Assistência à Saúde da Mulher e Adolescente
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Recife, PE, Brasil

ELLEN HARDY
Professora
Departamento de Tocoginecologia
Universidade Estadual de Campinas
Coodenadora de Pesquisa
Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas
Campinas, SP, Brasil

EVÉLIO CABEZAS
Ministerio de Salud Pública
Jefe Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia
Habana, Cuba

HILDOBERTO CARNEIRO DE OLIVEIRA
Presidente
Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e
Obstetrícia - FEBRASGO
Rio de Janeiro, RJ, Brasil

JACQUELINE PINTAGUY
Diretora
Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação - CEPIA
Rio de Janeiro, RJ, Brasil

JORGE VILLARREAL MEJÍA
Director Ejecutivo
Fundación para la Educación en Salud Reproductiva
Bogotá, Colombia

JORGE ANDALAFT NETO
Professor
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Universidade Santo Amaro
São Paulo, SP, Brasil

JOSÉ BARZELATTO
Vice Presidente
Centro de Políticas Sociales y de Salud
Merritt Island, Florida , EUA

JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI
Deputado Federal
Professor Titular de Ginecologia
Universidade de São Paulo
São Paulo, SP, Brasil

KARL L. AUSTIN W.
Director
Centro de Investigación en Reproducción Humana
Maternidad del Hospital Santo Tomas
Panama, Panama

LEILA ADESSE
Assessora de Programa
IPAS
Rio de Janeiro, RJ, Brasil

LUIS TÁVARA
Presidente Electo
Sociedad Peruana de Obstetrícia y Ginecología
Lima, Peru

MAHMOUD FATHALLA
Presidente
International Federation of Gynecology and Obstetrics - FIGO
Assiut, Egito

MARCOS NAUHARDT
Aessor
Grupo de Información para la Reproducción Elegida - GIRE
Mexico, DF, Mexico

MARIANA AYLWIN OYARZUN
Diputada
Congreso Nacional
Valparaiso, Chile

MARTA MARÍA BLANDÓN GADEA
Consultora para America Latina
IPAS
Managua, Nicaragua

OLAV MEIRIK
Team Leader for Surveillance and
Evaluation Research
HRP/WHO
Geneva Switzerland

OSVALDO MARTINEZ NUZZARELLO
Secretario General
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología - FLASOG
Asunción, Paraguay

REGINA VIOLA
Consultora
Ministério da Saúde
Coordenadoria da Saúde da Mulher
Brasília, DF, Brasil

ROBERTO SANTISO
Profesor
Universidad San Carlos de Guatemala
Guatemala, Guatemala

ROGER GUERRA-GARCÍA
Congresista
Congreso de la Republica
Lima, Peru

ROGER LARA RICALDE
Instituto Nacional de Perinatología
Jefe del Departamento de Planificación Familiar
México, Mexico

SARAH HAWKER COSTA
Assessora de Programas
Fundação Ford
Rio de Janeiro, RJ, Brasil

SILVINA RAMOS
Investigadora Titular
CEDES - Centro de Estudios de Estado y Sociedad
Buenos Aires, Argentina

SUSAN WOOD
Senior Programme Officer for Latin America
International Women's Health Coalition (IWHC)
New York, USA

SUSANA GALDOS
Coordinadora Proyecto ReproSalud
Movimiento Manuela Ramos
Lima, Peru

UBALDO FARNOT
Jefe del Depto. de Investigaciones
Hospital America Arias
Habana, Cuba