

Capítulo 36

Un nuevo desafío en la atención de la adolescente. Reducción de riesgos y daños en salud reproductiva: Consejería pre- y postaborto.

Por Dra. Sandra Vázquez y Dra. Nilda Calandra

El objetivo de este texto es introducirnos en la problemática del aborto a sabiendas de que se trata de un tema conflictivo, porque se entrelazan en él enfoques éticos, de salud, religiosos, legales, de género, que generan la resistencia de algunos sectores de la sociedad. Se escuchan siempre diferentes opiniones, sobre si el aborto debe o no debe ser legal, sí es ético o no, si es un derecho de la mujer, entre otras, pero la realidad es que el aborto existe por fuera de estas discusiones y hay un punto en que debería haber una sola opinión: ninguna mujer tendría que poner en riesgo su vida a causa de la interrupción de un embarazo. Por eso, nuestro abordaje, como agentes de salud, estará orientado, fundamentalmente, a una visión desde la salud pública, tratando de paliar esta realidad injusta y evitable.

Los temas que iremos desarrollando son los siguientes:

1. Introducción en la temática.
2. Breve reseña sobre la incidencia del aborto en la Argentina y América Latina.
3. Por qué proponemos consejería pre- y postaborto.
4. En qué consisten las acciones de consejería preaborto.
5. Cómo hacer efectiva la consejería postaborto.
6. Reflexiones acerca de lo propuesto.

1. Introducción

En la Argentina, se ha avanzado, significativamente, en lo referido a los derechos sexuales y reproductivos: con la sanción de las leyes sobre salud sexual y reproductiva tanto nacionales como provinciales, con los diferentes programas vigentes, con la aprobación de la ley sobre Educación Sexual, etcétera; pero aún queda mucho por realizar para lograr que el campo jurídico aborde el grave problema del aborto. Su ilegalidad obstaculiza la atención médica, principalmente, en el ámbito público, donde el profesional ve limitada su posibilidad de brindar asistencia a los sectores más vulnerables. Si esta vulnerabilidad afecta a las mujeres en general, las adolescentes –en particular aquellas que están en situación de pobreza– la padecen en mayor grado. Incluso los casos de abortos no punibles, contemplados en nuestro código penal, encuentran reticencia en el ámbito médico para realizarlos sin autorización de la justicia, con lo que se pierde un tiempo valioso que va en detrimento de la paciente. En fallos recientes, se ha observado, además, el distinto criterio de los/las jueces intervinientes para avalar o no dicha autorización.

El aborto, sin lugar a dudas, es el tema que más debates ideológicos ha suscitado y aún suscita en relación con los derechos sexuales y reproductivos. Pero ninguno de nosotros ignora que en nuestros países de América Latina es una realidad generalizada. Los obstáculos que se generan deberían ser superados por un debate racional basado en la realidad de su práctica. No podemos dejar de mencionar el avance que ha significado que en los últimos tiempos, en la Argentina, el tema ocupe la agenda pública, se debata en los medios de comunicación y el público en general no tenga temor a dar su parecer sobre las nuevas figuras de despenalización.

En la adolescencia, no es posible abordar la temática del aborto sin tener en cuenta las

condiciones culturales, sociales, familiares y económicas que llevaron a esa joven a un embarazo no deseado. Por eso, es necesario pensar el aborto dentro del complejo entramado que incluyen estos aspectos subjetivos y socioculturales, y pensarlo, además, dentro del campo más amplio de los derechos sexuales y reproductivos, atravesado por la dimensión de género, por la inequidad social y por los riesgos sobre la salud (Figura 1).

Figura 1



2. El aborto en números

Se calcula que en el mundo se realizan 46 millones de abortos inducidos por año, de los cuales 26 millones corresponden a abortos legales y 20 millones a intervenciones ilegales, la mayoría inseguras (Hensaw et ál., 1999, citado por Faundes-Barzellato). Los abortos inducidos realizados en América Latina, que son alrededor de 4 millones, son ilegales en su gran mayoría, debido a las legislaciones restrictivas existentes en estos países (con excepción de Cuba y de Guyana). Por consiguiente, América Latina, como región postergada y pobre, padece del drama de los numerosos abortos ilegales realizados, en su mayoría, en situaciones de riesgo.

Está constatado por las estadísticas que el aborto es inseguro cuando se realiza en un medio no apropiado y/o por personas no calificadas. En los países en que está legalizado y se práctica en condiciones seguras, muere una mujer por cada 100.000 abortos; en los que se realizan en condiciones inseguras, como la mayoría de los países de América Latina, se produce una muerte cada 1000 abortos.

En nuestro país las complicaciones derivadas del aborto son la primera causa de las muertes maternas. La proporción de muertes maternas por aborto (24%), es más del doble de la estimación de la Organización Mundial de la Salud para toda la región (11%).

Proporción de las muertes por aborto sobre el total de muertes maternas:

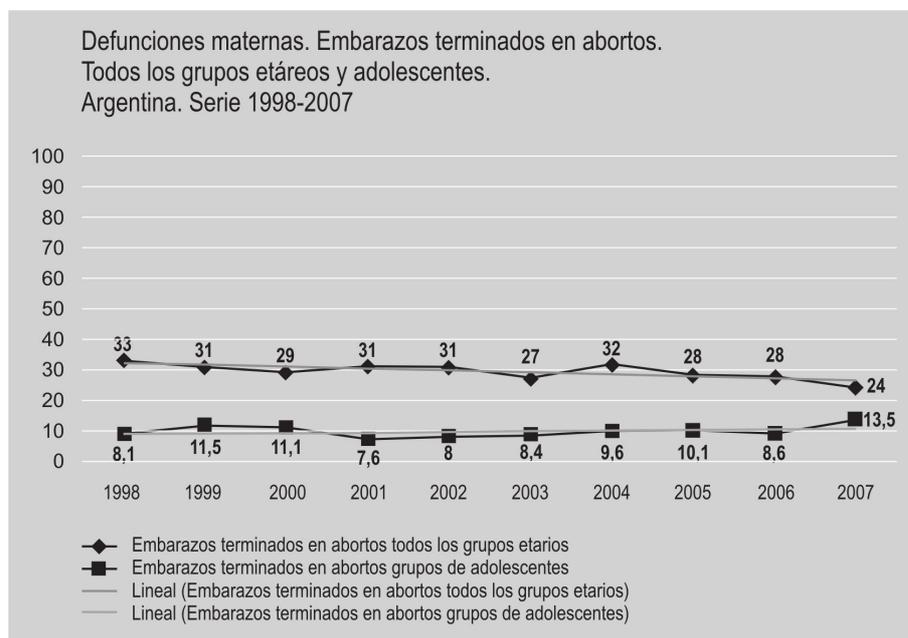
- 2004: 33,2% (94 muertes por aborto).
- 2005: 26,7% (79 muertes por aborto).
- 2006: 27,9% (93 muertes por aborto).
- 2007: 24,2% (74 muertes por aborto).

La distribución de las muertes maternas según edad, muestra que todos los años mueren niñas y adolescentes por abortos inseguros.

Por tratarse de una práctica clandestina no se dispone de datos precisos sobre el número de abortos inducidos que se producen en la Argentina. Según estimaciones recientes, se realizan

alrededor de 450.000 abortos al año, lo que significa más de un aborto por cada dos nacimientos (0,64 abortos por cada nacimiento) (CEDES 2007).

Calculada de distintas maneras, ya que la ilegalidad impide registros fidedignos, esta cifra no se ha modificado sustancialmente, y, en lo que a las adolescentes se refiere, va en aumento.



Elaboración de Women s Health Link en base a Estadísticas Vitales, DEIS, Ministerio de Salud.

Por otra parte, la cantidad de mujeres asistidas en los hospitales públicos por complicaciones derivadas de abortos aumentó en un 46% en el período 1995-2000 (CEDES 2007), particularmente, en el grupo de edad de 20 a 24 años (57%). Un 15% de estos egresos corresponde a adolescentes. El aborto inducido constituye en nuestro país la primera causa de muerte por gestación.

En una investigación sobre muertes maternas realizada por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) en seis provincias argentinas, se ha encontrado un 27% de muertes por aborto, constituyendo la 1ra causa.

Estas son solo algunas cifras, detrás de estas cifras, hay mujeres: mujeres que mueren o mujeres que ven afectada su salud física por las secuelas que puede dejar el aborto inseguro, y su salud mental, por las significaciones imaginarias de quien aborta en un marco de clandestinidad.

Más allá de todas las consideraciones legales, éticas o religiosas, el aborto se continúa practicando y en condiciones de mayor riesgo cuanto menores son los recursos económicos de la población.

Por lo tanto, debe enfocarse como un problema de salud pública, porque es una realidad generalizada y persistente, porque es inseguro cuando se realiza en un medio no apropiado y porque los abortos no seguros tienen altos costos en vida de mujeres y, también, en morbilidad. Un hecho que lo convierte en más preocupante: muchas de estas mujeres son aún adolescentes.

Es evidente que la clandestinidad no impide la realización de abortos, sino que aumenta los riesgos.

Como una pequeña muestra estadística de lo que ocurre en un hospital público, podemos adelantar los datos preliminares de un estudio exploratorio que estamos realizando en el Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich de la Ciudad de Buenos Aires, donde un 40% de las pacientes internadas en el Servicio de Obstetricia como consecuencia de complicaciones de

abortos, corresponde a adolescentes y jóvenes menores de 24 años. Esto nos da la pauta de la magnitud del problema en esta franja etárea (estos índices encontrados, son solo una muestra de lo que ocurre en el resto del país, de acuerdo con las estadísticas). Este registro se hizo solo en pacientes internadas, pero sabemos que un importante número de casos no se registran como internaciones porque son tratadas en forma ambulatoria.

Un hecho nos llamó la atención: la mayoría de estas pacientes internadas refirieron a quien las encuestaba, que su aborto había sido espontáneo. Consideramos que en estas respuestas –que las estadísticas nos dicen que no pueden ser creíbles– entran en juego el miedo y la culpa a ser denunciadas.

Ésta no es la misma respuesta que dan cuando se encuentran a solas con un profesional capacitado en la atención de adolescentes, que comprende la situación por la que están pasando, que no las juzga y que más allá del hecho, sienten que las va a acompañar. En el imaginario está tan fuertemente instalado el temor, que muestran una grata sorpresa cuando son atendidas con cuidado y sin maltrato y reconocen explícitamente la buena calidad en la atención. Éste es el principal objetivo de abordar esta temática con un grupo de profesionales interesados en la atención de adolescentes, aunque su especialización no sea ni la ginecología ni la obstetricia.

Cabe destacar, además, que desde que las mujeres se han apropiado del aborto medicamentoso (utilizando misoprostol) las complicaciones graves han disminuido al no existir maniobras instrumentales, pero aún las complicaciones siguen existiendo. De acuerdo con una investigación realizada en el Servicio de Adolescencia de nuestro hospital, las adolescentes usan la medicación en forma anárquica; la red informal donde se asesoran para utilizar las «pastillas abortivas» (como ellas las llaman) involucra a amigos/as, familiares o farmacéuticos, que se constituyen en significativos informantes y que no siempre les indican, adecuadamente, la vía, la dosis, ni el camino a seguir a posteriori; por ejemplo, muchas de ellas llegaban al hospital después de un prolongado período de metrorragia, algunas creyendo que ya no estaban más embarazadas y otras, en que la culpa y el temor a ser sancionadas por estar al tanto de la ilegalidad de su accionar, las llevaba a la consulta tardía, con todas sus consecuencias.

Esta forma de interrumpir el embarazo, se ha difundido en los últimos años entre nuestra población, y ésta, quizá, sea una de las causas del incremento de las internaciones por complicaciones del aborto. Las adolescentes no han quedado al margen de este saber y comenzaron también a utilizar el misoprostol, la mayoría de las veces, en forma inapropiada.

Además, los proveedores de la droga, no les informan sobre su eventual acción teratogénica, en el caso de que el embarazo continúe su curso. La bibliografía internacional refiere que existe un mayor riesgo de malformaciones congénitas en recién nacido de madres que recibieron misoprostol en el primer trimestre del embarazo. Las anomalías están relacionadas con el sistema nervioso central y con las extremidades superiores e inferiores y se supone que son debidas a alteraciones vasculares de la unidad fetoplacentaria. Si bien este riesgo es relativamente bajo, del orden de 10 en 10000, consideramos que ante la posibilidad de su uso, el médico debería informarlo a su paciente.

3. Por qué consejería

El Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, realiza constantes esfuerzos para que el programa de salud reproductiva sea efectivo en cuanto a prevención de embarazos, no obstante, son muchos los casos de adolescentes que llegan por primera vez a la consulta con un embarazo que no fue buscado.

Esto pudo haber ocurrido por:

- no haber usado ningún método anticonceptivo,
- por haber usado un método inseguro (es frecuente la creencia acerca de la seguridad del coito interruptus),

- por haber usado incorrectamente un método de los considerados seguros (olvido en la toma de píldoras anticonceptivas),
- por una falla del método utilizado.

Frente a la realidad de un embarazo no esperado, nos encontramos ante distintas situaciones. Puede ocurrir que:

- la adolescente acepte el embarazo de buen grado; esto ocurre sobre todo en los sectores más desprotegidos, donde un hijo puede transformarse en un proyecto de vida.
- algunas adolescentes decidan continuar con la gestación resignadamente, como un destino de su condición de mujer o por carecer de medios para abortar.
- en otros casos, manifiesten la firme decisión de interrumpir la gestación; sabemos que recurrirán a prácticas tanto más riesgosas cuánto más bajos sean los recursos disponibles.

Estas últimas adolescentes crean en el profesional que las atiende, acostumbrado a brindar la mejor atención a su paciente, un problema que frena su accionar. Los médicos nos encontramos ante una situación para la que no hemos sido formados. Pero dejar ir a una joven que se ha contactado con el sistema de salud, conociendo que ingresará a un grupo de riesgo de alta morbilidad, teniendo herramientas para ofrecerle, nos ubica ante una encrucijada.

Nuestro compromiso con las y los adolescentes que concurren al servicio siempre estuvo basado en que encuentren en él un ámbito amigable y con una escucha atenta a sus problemáticas. Por eso, la reiteración de estos casos llevó a una reflexión interna y conjunta del grupo de profesionales para aunar criterios o compartir inquietudes, sabiendo las dificultades que presentaba la temática. No pretendíamos tener criterios unívocos pero sí coherentes sobre las acciones de cuidado para seguir con estas pacientes, a sabiendas que estábamos interviniendo en un ámbito donde el aborto es ilegal, pero sin olvidar que no podemos abandonar a su suerte a la paciente y que de acuerdo con las Convenciones y los Tratados Internacionales que nuestro país suscribió, debemos trabajar en pos del interés superior del niño y adolescente (en este caso, nuestra paciente).

En este proceso grupal, lo que nos llevó a la reflexión, fue la lectura del libro de Faúndes-Barzelatto, donde se hace referencia a la condena pública y a la aceptación privada del aborto y el incremento de esta aceptación cuando más cerca afectivamente está la persona involucrada. En nuestra práctica cotidiana, esto lo corroboramos, ya que es frecuente observar cómo los médicos toman un mayor compromiso con la paciente que piensa interrumpir un embarazo cuanto más ligados afectivamente están con ella, ya sea por tratarse de una pariente, una amiga o una paciente de años, con quién establecieron una buena relación.

En este sentido, también la investigación de Ramos y colaboradoras muestra la opinión recogida en grupos focales con médicos, donde los más jóvenes condenan el aborto en mayor medida que los de edad intermedia; una de las razones sería la menor oportunidad de los jóvenes de haberse relacionado con mujeres en situación de aborto por encontrarse al inicio de su carrera, en cambio, en los de mayor edad se produce un cambio y una mayor preocupación al haberse enfrentado con el sufrimiento y la muerte de estas mujeres.

Otro accionar que observamos de cerca, al pensar en la implementación de la consejería preaborto, fue la experiencia de nuestros colegas uruguayos, que han instalado hace tiempo este sistema de asesoramiento para una maternidad segura, con el aval del Sindicato Médico, de la Sociedad de Ginecología, de la Facultad de Medicina e, incluso, del Ministerio de Salud Pública, por medio de la ordenanza 369/04 y posteriormente por la Ley 18.426/08, Art. 4). En Uruguay, al igual que en nuestro país, el aborto es ilegal, salvo excepciones, por lo tanto ellos basaron su intervención en el asesoramiento e información preaborto y en mejorar la atención del postaborto, con lo cual han conseguido una importante disminución de la mortalidad materna.

Nuestro grupo de trabajo considera que no se puede seguir eludiendo el grave problema –tan frecuente en la adolescencia– de la interrupción de embarazos en condiciones de riesgo, que las

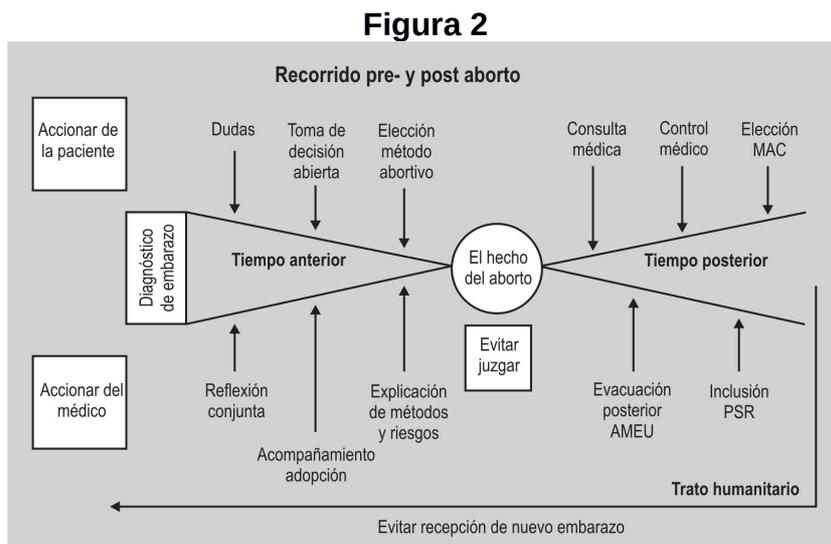
afecta en su salud actual y en su futura salud reproductiva. Sobre todo, porque aún con legislaciones restrictivas es mucho lo que se puede hacer antes y después del hecho concreto del aborto.

Un sistema de salud debe brindar a toda adolescente embarazada que concurra a un servicio hospitalario, un espacio de reflexión para acompañarla ante esa nueva situación y una instancia de diagnóstico no solo médico, sino también psicosocial. En este espacio, la joven debe contar con toda la información, asesoramiento y apoyo necesarios para la toma de decisiones responsables, que en última instancia, conducirán hacia maternidades seguras.

Desde nuestro accionar, se desalienta la práctica del aborto inducido y se informa sobre los riesgos médicos y, también, legales existentes dada la condición actual de ilegalidad.

En aquellos casos en que se vislumbra la posibilidad de que una adolescente, de todas maneras, pueda recurrir a la realización de un aborto de riesgo, consideramos que los profesionales de la salud debemos abordar las estrategias por seguir para lograr la reducción de riesgos y daños dentro de lo que permite el marco legal vigente. Se trata de respetar la decisión informada y consciente de la adolescente.

Recurrimos, nuevamente, al accionar de nuestros colegas uruguayos y, en particular, a la voz del Dr. Enrique Pons a quien escuchamos en varios seminarios hacer referencia a que el aborto, por tratarse de una práctica ilegal, no puede ser abordado por el médico ni por los equipos de salud. Pero este hecho ilegal tiene un antes (desde la consideración de la posibilidad de recurrir a su práctica, a la concreción del hecho) y un después (desde la realización del aborto hasta la rehabilitación completa de la mujer). Por lo tanto, el actuar antes y después de su realización tiende a disminuir los riesgos y la muerte por gestación (Figura 2).



Por todo lo dicho anteriormente, instalar la consejería preaborto y mejorar la atención postaborto, deberían ser las próximas metas para alcanzar por los servicios de salud.

4. Consejería preaborto

Para aquellas adolescentes que manifiesten su deseo de interrumpir el embarazo, es aconsejable:

a) Recurrir a un equipo interdisciplinario que brinde apoyo social y psicológico con el objetivo de realizar una reflexión conjunta sobre:

- las causas que motivan el deseo de interrumpir la gestación,

- influencia de familiares o allegados en la toma de decisión (deslindar de estas presiones a la decisión autónoma de la joven),
 - la conveniencia de incluir a la pareja,
 - la existencia de redes de apoyo institucionales que pueden influir sobre su accionar.
- b) Tomar conocimiento sobre la información con que cuentan para llevar a cabo su decisión.
- c) Brindar la información necesaria y la posibilidad de otras instancias como puede ser la adopción, para que pueda tomar una decisión informada, conciente y responsable.

A partir de la consulta, se hará una evaluación de cada caso que incluya:

- Examen clínico general, ginecológico y de laboratorio en búsqueda de factores de riesgo que aumenten las posibilidades de complicaciones, en el eventual caso de que recurran a la interrupción.
- Estudio ecográfico con el objetivo de realizar un correcto diagnóstico de edad gestacional, de normoimplantación, y para descartar patología embriofetal (ectópico, huevo muerto, etcétera).
- Determinación de factor Rh para informar sobre la necesidad de la inmunoprofilaxis en caso de ser Rh negativa.
- Información acerca de los diferentes riesgos inherentes a cada una de las prácticas habituales.
- Explicitar la necesidad de la consulta postaborto inmediata.

Conocer esta forma de actuar es imprescindible para asesorar correctamente a la paciente. Por ejemplo: determinar ecográficamente la edad gestacional es importante, porque, en nuestra experiencia, después de la investigación sobre el uso de misoprostol en adolescentes embarazadas y por lo manifestado en los talleres sobre sexualidad que realizamos en la sala de espera del servicio, las adolescentes conocen las «pastillas» (misoprostol) a través de circuitos informales y refieren que es el método al que más recurren para abortar, pero no conocen los riesgos que corren al usarlas en embarazos mayores a 9 semanas. Además, puede ocurrir que por ecografía se diagnostique un huevo muerto y retenido, con lo cual cambia todo el panorama de la ilegalidad, y el conflicto de la paciente ante la toma de decisión. Asimismo, no podemos dejar de lado la importancia de la inmunoprofilaxis en las adolescentes Rh negativas, para evitar complicaciones en las futuras gestaciones.

Todo esto nos da la pauta de que no se tiene que abandonar a estas pacientes a su suerte; nosotros, como profesionales, tenemos el saber médico necesario para disminuir los riesgos y los daños de un aborto, y es nuestra responsabilidad asesorar y acompañar en este trance.

5. Consejería postaborto

En la Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación ha publicado una guía de atención postaborto (APA), con el objetivo de mejorar la calidad de atención. Dicha guía explicita una serie de intervenciones médicas destinadas a manejar las complicaciones del aborto, con el fin de disminuir la tasa de morbilidad materna, mejorar la vida sexual y reproductiva de las mujeres y evitar que se repitan nuevos abortos. La existencia de esta guía no implica que haya cambiado, automáticamente, la atención de estas mujeres, porque para ello se necesita un cambio de actitud de los profesionales que, muchas veces, no se ha dado.

La condición de ilegalidad condiciona el proceso asistencial de quienes son atendidas después de haberse realizado un aborto. Existe un maltrato institucional conciente o inconsciente, porque la clandestinidad opera como una condena simbólica en gran parte del personal de salud. Esto es mucho más preocupante en la atención de adolescentes, por ser aún inmaduras emocionalmente

y por tener un Yo todavía frágil.

En entrevistas realizadas en el servicio, algunas jóvenes han expresado que, durante la internación, tuvieron dificultad para sentirse acompañadas y consideradas, y piensan que no hay un registro del sufrimiento subjetivo que implica la decisión que han tomado.

De acuerdo con una investigación realizada en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, sobre la calidad de atención en las internaciones postaborto, las autoras refieren, entre otras cosas, «...los distintos profesionales parecieran no estar sensibilizados frente a la situación por la que atraviesa una mujer, precisamente, en el momento en que ha decidido no ser madre», y agregan que existen, a veces, tratos verbales humillantes.

Sucede que el modelo asistencial privilegia la maternidad, aunque ella no sea la decisión autónoma e informada de la mujer, por lo tanto, quienes han recurrido a un aborto, han quebrado el mandato hegemónico acerca de la maternidad; esto hace que se vea afectada la contención y el trato humanitario que la paciente requiere. Muchos profesionales ni siquiera se plantean cuáles han sido las motivaciones de la decisión de interrumpir un embarazo. Por eso es necesario insistir sobre la:

Concientización del personal de salud para que brinde una adecuada atención postaborto y consejería que evite la repetición de embarazos no deseados.

Por lo tanto, encarar la atención más humanizada de estas adolescentes, es una responsabilidad del sistema sanitario y de todos los efectores de salud.

Las intervenciones médicas que se deben realizar en la atención postaborto varían de acuerdo con el cuadro que presenta la mujer, y son las siguientes:

En caso de aborto incompleto:

- Seguimiento ambulatorio hasta la evacuación completa o internación, según el caso.
- Legrado evacuador o aspiración manual endouterina (AMEU), en caso de ser necesario.

En caso de aborto incompleto:

- internación en el Servicio de Obstetricia,
- riesgo quirúrgico, grupo sanguíneo y factor Rh,
- legrado evacuador (es aconsejable la utilización de la aspiración endouterina- AMEU),
- protección antibiótica,
- control ginecológico previo al alta,
- citación al Programa de Salud Reproductiva del Servicio de Adolescencia,
- acompañamiento psicológico por profesionales especializados, durante la internación.

En caso de expulsión completa del embarazo:

- ecografía de control,
- determinación de factor Rh (inmunización en caso de ser negativa),
- asegurar la protección anticonceptiva inmediata,
- citación al Programa de Salud Reproductiva para su seguimiento,

- acompañamiento psicológico de acuerdo con el caso.

En caso de prosecución del embarazo:

- seguimiento personalizado por obstetra de adolescentes.

Una de las instancias más importantes durante la atención postaborto es asegurar la protección anticonceptiva inmediata y la incorporación a los programas de salud reproductiva para evitar la reiteración de embarazos no deseados, como con frecuencia ocurre.

Lamentablemente, esto no siempre sucede y las adolescentes son dadas de alta sin ninguna información sobre cómo evitar otro embarazo. Por eso, reiteramos la importancia que tiene la capacitación de los profesionales jóvenes, no sobre los aspectos médicos de la anticoncepción, porque seguramente ya los conocen, sino creando conciencia sobre la importancia de su accionar preventivo.

6. Reflexiones finales

Consideramos que para realizar consejería preaborto, no es necesario que exista un consultorio específicamente dedicado a esta tarea, porque sabemos las dificultades institucionales que esto implica. Creemos que todo profesional que esté frente a una adolescente embarazada que manifieste su intención de abortar, debe estar capacitado para escucharla, orientarla y asesorarla.

Al abordar este tema, lo que nos propusimos fue solamente plantearlo para que los profesionales lo piensen y traten de lograr un cambio interno que haga más permeable su actitud frente a estas pacientes. En otras palabras, es necesario un cambio mental que habilite el compromiso hacia una adolescente que, seguramente, entrará en una zona de riesgo.

Baste recordar lo que ocurrió en el pasado con la anticoncepción en la adolescencia; muchos médicos fueron reticentes en indicarla; pero ante la realidad de la actividad sexual de los/las jóvenes, la mayoría cambió la manera de pensar y comenzó a brindar esta necesaria prestación. Además, la presión de los diferentes actores sociales (padres, profesionales, grupos de mujeres, etcétera) influyó sobre los legisladores de la Ciudad de Buenos Aires que debían sancionar las leyes de salud reproductiva para que se incluyera una cláusula específica referida a la atención de adolescentes (Ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del GCBA).

Asimismo, si una adolescente que ya se ha realizado un aborto, vuelve nuevamente a la consulta embarazada y con intención de una nueva interrupción, debemos plantearnos donde estuvo la falla por parte del sistema de salud para que esto ocurriera.

El protagonismo que tienen los médicos en la problemática del embarazo no buscado y del aborto es fundamental para generar los cambios institucionales y políticos necesarios que eviten las secuelas y las muertes por abortos realizados en condiciones de riesgo.