



clacai

CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO

Teleaborto en la membresía CLACAI



Con el apoyo de:



Índice

5	1. Objetivo, resumen y conclusiones
8	2. Estado general de telesalud/teleaborto a nivel global
10	2.1. Alivio temporal de barreras regulatorias al aborto por telemedicina
12	2.2. El eslabón faltante entre la necesidad y el acceso en la región
13	3. Metodología
16	4. Resumen de hallazgos de entrevistas
17	4.1 Rango de edades de mujeres atendidas
18	5. Resumen de hallazgos de encuestas
21	5.1. Perfil de la membresía encuestada
22	6. Características de la atención
23	6.1. Entendimiento del teleaborto y acompañamiento virtual
24	6.2. Modelos mixtos / híbridos
25	6.3. Rutas y medios para la atención virtual o por teleaborto
25	6.4. Protocolos de atención
27	6.5. Carácter político del acompañamiento virtual
28	6.6. Concepciones de teleaborto y acompañamiento virtual
30	6.7 Medidas de seguridad y protección

31	7. Avances y retos
32	7.1 Cadena de suministros
33	7.2 Alianzas estratégicas para insumos
34	7.3 La fecha de última menstruación (FUM) como criterio de elegibilidad
37	7.4 Implementación de teleaborto en el sector público
38	8. Áreas de investigación
39	8.1 Estudios piloto
40	8.2 La colaboración sur-norte: un caso emblemático
40	8.3 Estudios de costos
41	8.4 Evidencias
42	9. Recomendaciones
44	9.1 Acciones estratégicas para la reducción de riesgos y daños
46	10. Comentarios finales
50	11. Bibliografía
59	12. Anexos
60	Anexo A: Resultados de la encuesta sobre teleaborto a la membresía de CLACAI
95	Anexo B: Caracterización de los modelos de atención Profamilia Colombia y Mexfam
97	Anexo C: Legislación Telesalud Región
124	Anexo E: Glosario de términos de los usos y aplicaciones de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en el área de la Salud



1

OBJETIVO, RESUMEN Y CONCLUSIONES





/ Objetivo

El objetivo de esta investigación fue conocer el interés y grado de avance en el uso de la telemedicina o teleaborto de la membresía de CLACAI y explorar la bibliografía existente en la región de América Latina, las necesidades identificadas y cómo se puede avanzar colectivamente.

Los resultados aportan conocimiento y uso de las herramientas en salud digital en la mayoría de la membresía y una oportunidad para mejorar el acceso.

/ Resumen

La membresía de CLACAI valora el teleaborto, la atención virtual y el automanejo, como opciones de presente y de futuro crecimiento. La pandemia de COVID-19 no fue impedimento, como tampoco las restricciones legales. La membresía es sólida y comprometida, con conocimiento y apego a evidencia científica, y con las condiciones para adaptarse a situaciones adversas, cambiantes y reorganizarse ágilmente, flexibilizar protocolos e idear rutas prácticas para conseguir ofrecer una atención oportuna, segura y de calidad. Opera con modalidades mixtas/híbridas, presencial y virtual, según las posibilidades del contexto y las circunstancias de las mujeresⁱ. En la mayoría de los casos, la atención se autolimita a las primeras 12 semanas y en el caso de gestaciones más avanzadas, se procura el acceso refiriendo a personal clínico, para resolver estos casos en entornos con mayor capacidad de respuesta en caso de complicaciones.

Es de notar las diferencias conceptuales y de atención del aborto entre prestadores clínicos y acompañantes. Destaca de las acompañantes, su interés en profundizar entre la membresía de CLACAI, aspectos éticos colectivos, conocimientos, experiencia e implicaciones con esta nueva modalidad de atención, para no perder lo singular del acompañamiento emocional; y desde la estrategia de reducción de riesgos y daños, prestando atención a las tareas que hay que incorporar y lo que hay que vigilar. Por parte de prestadores clínicos mejorando el acceso, colaborando con acompañantes y resolviendo posibles complicaciones y necesidades médicas especializadas de atención.

ⁱ En todos los casos, cuando nos referimos a mujer, incluimos a personas con capacidad de gestar.



/ Conclusiones

La epidemia de COVID-19 evidenció las desigualdades y discriminación para el acceso a servicios de salud, igual que patentes para el acceso al aborto presencial. Si bien la salud digital tiene la posibilidad de democratizar el acceso, el mayor reto sigue siendo brindar atención a quienes están más empobrecidas económicamente, con menores medios y opciones: indígenas, campesinas, migrantes, en poblaciones rurales, adolescentes, personas con discapacidades y personas con capacidad de gestar.

Sin duda, la reflexión entre la membresía de CLACAI, es de interés y necesaria para acordar los siguientes pasos a seguir en torno a la telemedicina y la atención virtual, desde una perspectiva ética. La modalidad a través de la salud digital democratiza la información, el derecho a la salud y potencialmente el acceso a la atención del aborto, con calidad, calidez, libre y seguro.

Evaluar la pertinencia de la regulación de la telemedicina como estrategia o mantener el vacío legal, debiera ser motivo de deliberación. Existen posibilidades para realizar actividades de incidencia encaminadas a colocar en la agenda pública de varios países de la región, el teleaborto. Trabajar en la regulación sanitaria para liberar el acceso a misoprostol y mifepristona más allá del sistema público de salud y fortalecer las alianzas para la disponibilidad de insumos, no son retos menores, como tampoco lo es el uso del ultrasonido como criterio de elegibilidad y de seguimiento post-aborto como única opción. Es conveniente que la fecha de última menstruación sea considerada una primera opción, así como fortalecer alianzas para la disponibilidad de insumos.



2

ESTADO GENERAL DE TELESALUD/ TELEABORTO A NIVEL GLOBAL





En América Latina, como en el resto del mundo, la epidemia de COVID-19, afectó la atención al aborto. En algunos países se interrumpió la atención. Hecho que, posiblemente contribuye al alza en indicadores de mortalidad y morbilidad maternaⁱⁱ. Esta situación despertó inquietud y el desarrollo de diferentes modalidades para dar acceso al aborto en la región, a través de teleaborto.

La salud digital o telemedicina permite mejorar el acceso a la atención primaria, así como a servicios auxiliares a la misma, en lugares donde se dificulta por la distancia, o no es posible acudir presencialmente, en todo o parte del proceso de atención; también donde no hay suficiente personal experto, instalaciones sanitarias, camas, servicios saturados o insuficiencia de recursos e inversiones para la atención presencial.

Notoriamente, en contextos restrictivos, el teleaborto es ofrecido por redes de acompañantes, parcial o totalmente, en áreas urbanas, rurales o remotas. Estas redes proveen información en todos los casos, así como referencias o suministro directo de medicamentos, dependiendo del contexto nacional y el caso que atiendan. También brindan apoyo y asesoramiento, en caso de que la usuaria deba acudir a la salud pública por alguna posible complicación que lo amerite o que se sienta más cómoda o segura, según lo comentado, o para servicios suplementarios (pruebas de embarazo o ultrasonidos).

En su activismo, para mejorar el acceso al aborto, a diferencia de los prestadores de servicios, las acompañantes han saltado barreras legales, ofreciendo apoyo de manera gratuita, o recibiendo cuotas de recuperación, fuera del sistema formal de salud, como una respuesta a los contextos restringidos. Esta «informalidad» les permite tener un alcance amplio e, incluso, atender a mujeres de otros países.

Por otra parte, los prestadores de la membresía de CLACAI han brindado atención presencial ya sea en sus consultas médicas o en clínicas privadas con personal médico; y es, en los últimos tres a cinco años, en gran parte impulsado por la pandemia de COVID-19, cuando empiezan a incorporar la modalidad de teleaborto. Lo que limita el alcance de sus actividades es que realizan un trabajo institucional, más formal, y sometidos a vigilancia e inspección sanitaria por parte de las autoridades. Adicionalmente, se suelen encontrar en contextos restrictivos para la atención del aborto, y el teleaborto no está regulado o incluido en la atención.

ii Calvert, Clara, Jeeva John, Farirai P Nzvere, Jenny A. Cresswell, Sue Fawcus, Edward Fottrell, Lale Say, and Wendy J. Graham. 2021. "Maternal Mortality in the Covid-19 Pandemic: Findings from a Rapid Systematic Review." *Global Health Action* 14 (sup1): 1974677. <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1974677>.



Desafortunadamente, no se cuentan con cifras confiables o documentadas sobre el uso de teleaborto, porque el personal médico no reporta la atención y porque las acompañantes operan fuera del sistema formal de salud. El teleaborto se presenta como una opción confiable, flexible, ágil e innovadora. Por ejemplo, en Canadá, un estudio sugiere que los servicios de aborto con mifepristona/misoprostol pueden ser un 60 % más eficientes en costo-efectividad que los servicios totalmente llevados a cabo en clínicas o quirúrgicosⁱⁱⁱ.

Ante las dificultades para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva a pocos meses de iniciada la pandemia, se hizo patente la necesidad de buscar soluciones alternativas. Quedó de manifiesto que la salud sexual y reproductiva debía ser priorizada, haciendo un llamado a los gobiernos -por parte de las organizaciones y activistas, incluyendo desde luego a CLACAI-, ante la pasividad generalizada. La OMS también respondió a ese llamado, a reducir barreras y demoras para la atención de servicios de salud sexual y reproductiva y facilitar métodos no invasivos para el aborto^{iv}.

2.1 / Alivio temporal de barreras regulatorias

El desarrollo y la discusión acerca de la telesalud en América Latina no es nueva. Sin embargo, su uso se limita a unas cuantas especialidades y se concentra en unos cuantos países. Aun con la pandemia encima, la saturación de hospitales y las evidentes necesidades de espacio, no se habilitaron servicios en el sector público; tampoco en los países en donde está despenalizado el aborto. Como mucho se ampliaron -en algún país- los horarios de atención.

Apenas unos cuantos países flexibilizaron su regulación en materia de telesalud durante la pandemia de COVID-19 para la atención del aborto, sólo para darle un carácter de temporalidad^v. En Reino Unido, se llevará a cabo una consulta popular con el fin de determinar si se continúa ofreciendo telesalud para abortar, o volverá al sistema tradicional de salud pública.

iii Hunter, Caitlin, Joshua Jensen, Biaka Imeah, Michelle McCarron, and Megan Clark. 2021. "A Retrospective Cost Effectiveness Analysis of Mifepristone-Misoprostol Medical Abortions in the First Year at the Regina General Hospital." *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 43 (2): 211-18. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.08.008>

iv López Cabello, Andrés, MA y Gaitán, Ana Cecilia, PhD.

v Skuster Patty, Dhillon Jina and Jessica Li. Easing of Regulatory Barriers to telemedicine Abortion in Response to COVID-19.



Según un informe de la FIGO, Australia, Bangladesh, Canadá, EEUU, Escocia, España, Francia, Gales, India, Reino Unido, Sudáfrica^{vi} son países que han reducido barreras regulatorias al aborto por telemedicina durante la pandemia. En algunos casos, habilitando la disponibilidad de medicamentos en farmacias, cuando están normalmente asignados para uso hospitalario. Sin embargo, en el caso de Reino Unido^{vii}, se disminuyó el plazo a nueve semanas de gestación, menor a lo que resuelve presencialmente. Esta condición podría marcar la pauta para la atención con teleaborto en otros países. Por otra parte, la FDA en EEUU ha permitido el envío de mifepristona y misoprostol durante la pandemia. Lo que ocurre en EEUU y Europa es un referente para la región.

Sin embargo, esto contrasta cuando se considera un servicio de salud esencial. La atención a la población para diagnosticar COVID-19, se habilitó rápidamente en varios países con cuestionarios virtuales, mensajes de texto, líneas telefónicas y aplicaciones móviles. Pero el aborto nunca termina por ser un asunto prioritario para los gobiernos, a pesar de las muertes por procedimientos inseguros, siendo relegado en las agendas legislativas, como se volvió a demostrar de manera palmaria durante la pandemia.

En la mayoría de gobiernos en América Latina y el Caribe, el desinterés de las autoridades sanitarias prevalece y el desconocimiento respecto a la autogestión del aborto causa incertidumbre y miedo. Incluso en países en donde el acceso al aborto fluye con cierta «normalidad», existe la idea de que el funcionamiento y organización para incorporar el teleaborto o telecuidado^{viii} es complejo y que requiere una inversión alta y un presupuesto adicional, lo que supone una dificultad y hasta barreras, más aún cuando el gasto público es limitado y presenta continuos déficits. Por no hablar de pérdida de control por parte de los poderes públicos y objetores. La experiencia de Ipas y Gynuity, o de Mexfam, demuestran lo contrario: comentan que los proyectos que han incorporado o que están en marcha, la inversión es bastante módica, aun cuando sea necesario realizar algunas compensaciones para motivarles y mejorar sus condiciones para incorporar el teleaborto, tanto en el sector privado, como en unidades médicas de salud pública.

vi FIGO. Telemedicine: unleashing its potential during the pandemic

vii El Reino Unido estableció un plazo de dos años, una vez concluido la pandemia para regresar a la atención presencial

viii Cuidado de usuarios en estructuras de salud de baja complejidad en unidades ambulatorias o a domicilio (en este último caso se diferencia la atención domiciliaria o home care), asistidos remotamente por profesionales de salud, gracias al uso de aplicaciones TIC. Las vías de comunicación son, por lo general, por telefonía de red o por satélite, pero también más recientemente por telefonía inalámbrica, líneas dedicadas, cable, líneas telefónicas digitales y a futuro por televisión digital. Telesalud en las Americas.



2.2 / El eslabón faltante entre la necesidad y el acceso en la región

El poderoso fenómeno del acompañamiento y las redes, y su explosión más reciente en la región, no viene sólo motivado por la necesidad de resolver el bloqueo en los sistemas públicos de salud, o por las restricciones a la movilidad de la población con COVID-19, sino por la convicción de coadyuvar y favorecer a la autonomía corporal y reproductiva de mujeres y personas gestantes, donde sea y en las semanas que sea, facilitado por el conocimiento acumulado de la evidencia médica y la acción colectiva y comunitaria del acompañamiento.

Poder realizar un aborto con medicamentos ya fue un salto significativo en el acceso, el cual se ve ampliado por poder realizarlo a través del teleaborto, especialmente en una región que presenta una enorme extensión geográfica, dificultades orográficas, poca densidad de hospitales y médicos capacitados en bastantes zonas de la región, sistemas de salud infradotados económicamente, menores recursos económicos *per cápita* y, finalmente, mujeres sin recursos y con desigualdades sociales que dificultan aún más la atención y el acceso.

Aun cuando la atención con teleaborto facilitara el acceso a un número mayor de personas que deseen abortar, serán las acompañantes quienes seguirán al frente mientras las leyes y la normatividad sanitaria no cambie. Al mismo tiempo, debido a que la atención es singularmente distinta en calidad, calidez y emocionalmente; las redes de acompañamiento han supuesto un avance muy significativo para democratizar el acceso, por lo que todo parece indicar, que ha llegado para quedarse. Valdría la pena conocer, mediante una investigación, un estimado de la demanda insatisfecha de la necesidad del aborto, que el teleaborto y el acompañamiento virtual cubren y/o podrían resolver^{ix}. Sin embargo, requiere incluir al sistema público de salud, en contextos de regulación legal, como de los servicios que se brindan por parte de prestadores y acompañamientos que se llevan a cabo en la región, más aún, tratándose de una actividad que se realiza por lo general, fuera del sistema de salud formal y que no se reportan en las estadísticas sanitarias institucionales^x.

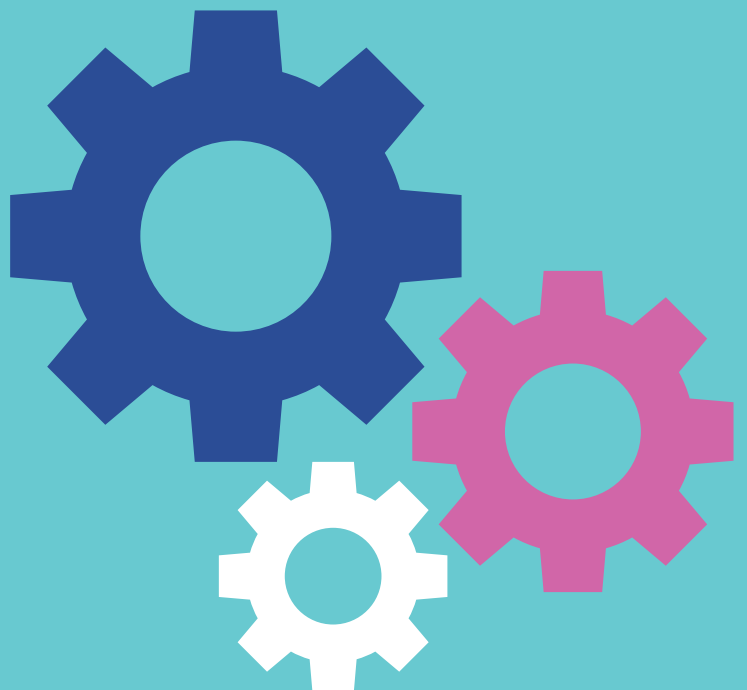
ix Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: a global comparative analysis of levels in 2015–2019 | BMJ Global Health <https://gh.bmj.com/content/7/3/e007151>

x Pese a que hace muchos años la OMS incluye en el Código Internacional de Enfermedades (CIE) el aborto en sus diversas causas, constatamos que aún en países en donde está legalizada su práctica, existe un claro subregistro por una clara voluntad de que no se conozcan las cifras de aborto por parte de prestadores, ni hay obligación de reportarlas en sus respectivos países. A lo sumo se reportan las anomalías fetales por motivos epidemiológicos, por violación no siempre para evitar ser expuestas. Valdrá la pena indagar sobre este tema.



3

METODOLOGÍA^{xi}



^{xi} Nota metodológica: hemos usado el término “mujeres” en todos los casos, incluyendo personas con capacidad para gestar.



El presente análisis está basado en tres componentes de consulta participativa que se complementan entre sí: 1) una encuesta en línea a membresía de CLACAI, prestadores y acompañantes en la atención del teleaborto, para conocer los motivos, usos y resultados del teleaborto, así como los beneficios, barreras, dificultades y retos para su desarrollo en la región; 2) entrevistas a actores clave en la membresía, y, por último, 3) un mapeo bibliográfico sobre la telemedicina y teleaborto con foco en su conceptualización, barreras y facilitadores, y en la descripción de experiencias internacionales^{xii}.

Durante los meses de enero y febrero de 2022 se realizaron 31 entrevistas, de 14 países, con diferentes perfiles de atención. Los colaboradores participaron en una entrevista de una hora, sobre su experiencia en el uso de teleaborto y herramientas de salud digital para ofrecer información y facilitar el acceso al aborto con medicamentos.

El guion de entrevistas fue diseñado con la finalidad de obtener información básica a partir de las consultas: cómo hacen uso del teleaborto en sus respectivos países, identificar de manera general protocolos de atención y las barreras a las que se enfrentan, cómo viven los beneficios y qué riesgos perciben. También se buscó conocer sus estrategias de reducción de daños y riesgos, así como oportunidades o acciones para la incidencia. Finalmente, conocer el rol que CLACAI podría jugar en la expansión del uso de la salud digital en su membresía.

xii Que se acompañan como anexos al presente informe.



Las entrevistas se complementaron con un cuestionario general enviado a la membresía de CLACAI.

Las personas entrevistadas cumplieron con los siguientes criterios:

- Formar parte de la membresía de CLACAI
- Ser prestadores que dan servicios clínicos, o
- Acompañantes que ofrecen información y atención del aborto con medicamentos
- Abogadas, investigadores y quienes realizan incidencia para promover el uso de teleaborto, en el sector público y privado

El grupo de participantes se seleccionó de acuerdo con estos criterios y por medio de un muestreo intencional, para conseguir la representatividad más amplia posible de la región. La membresía contactada fue seleccionada por el Sub-Comité de CLACAI y por el equipo de consultores.

Quienes participaron en las entrevistas consintieron el registro de notas y grabación. Adicionalmente, el manejo de datos incluyó el anonimato de información personal en la base de datos y solamente se incluyó el nombre de la organización participante y el país.

Del total de 31 entrevistas, seis sirvieron para dar contexto al ecosistema del uso de teleaborto en la región, conocer dinámicas a nivel regional que facilitan o impiden la promoción de esta modalidad, el panorama general de la disponibilidad de medicamentos y los temas relacionados a incidencia política a nivel regional. 24 entrevistas fueron documentadas y analizadas con la finalidad de conocer los contextos locales de la prestación de servicios de teleaborto y acompañamiento.



4

RESUMEN DE HALLAZGOS DE ENTREVISTAS



**Tabla 1.** Características de participantes de las entrevistas

Países representados	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Perú, Uruguay, Venezuela y EEUU ^{xiii}
Alcance y tamaño de las organizaciones	Locales (14) y regionales (6) con alcance nacional e internacional por el uso de TIC
Ocupaciones	Personal médico (dirección médica / médicas (4), enfermeras (8)), acompañantes (10), activistas (2), incidencia y de la sociedad civil (2), abogada (1) y trabajadora social (1). Otras entrevistadas (3) se identificaron como parte del sector académico; en dos ocasiones, se consideraron a sí mismas como investigadoras.
Experiencia en teleaborto	La mayoría inicia con servicios de teleaborto o atención virtual, a partir de la pandemia: (8) cuenta con 1-3 años de experiencia. Una minoría (2) cuenta con hasta 10 años de experiencia (grupos de acompañamiento y plataformas regionales de salud digital).
Procedimiento más común	Aborto con medicamentos

4.1 / Rango de edades de mujeres atendidas

El rango habitual se encuentra entre los 14 a 35 años, de acuerdo con las entrevistas, si bien la mediana se concentra en las mujeres de 20-35.

Conforme a las estadísticas internacionales, las interrupciones se concentran en las primeras 12 semanas de gestación. La mayoría de las redes y prestadores de servicios entrevistados reportaron concentrar su atención durante las primeras 12 semanas de gestación. En caso de complicaciones por tener más semanas de gestación mayores a 12 semanas, requieren cuidados adicionales, desde lo logístico (compra de dosis extra de medicamento, etc.) hasta los procedimientos de seguridad para evitar criminalización de mujeres, acompañantes o proveedores.

xiii En el caso de Panamá, no existe representante. No se obtuvieron respuestas de Nicaragua, Paraguay o República Dominicana. Sólo en Panamá, no existen afiliados a CLACAI. Los países de El Caribe no han tenido representatividad.



5

RESUMEN HALLAZGOS DE LA ENCUESTA^{xiv}



^{xiv} Ver Anexo a este documento con los resultados completos y la información detallada por preguntas.

**Tablas** resumen de encuesta

PREGUNTAS	%	SÍ	%	NO	TOTAL
¿Presta servicios de SSR / aborto?	65 %	39	35 %	21	60
¿Ofrece servicios de SSR / teleaborto?	70 %	42	30 %	18	60

¿Está regulada la telesalud en su país?	SI	%	NO	%	NO SÉ	%	TOTAL
	12	36,36	12	36,36	9	27,27	33

¿Solicita ultrasonido?	SI	%	NO	%	NO SIEMPRE	%	TOTAL
	12	36,36	6	18,18	15	45,45	33

¿En qué tipo de procedimiento de aborto invierte más tiempo?	PRESENCIAL		MÁS A DISTANCIA		AMBAS MISMO TIEMPO		TOTAL
	21 %	7	18 %	6	45 %	15	33



¿Cuáles son los principales retos de la prestación de servicios de teleaborto?		
Respondidas: 33 Omitidas: 27		
	%	Nº
Alcanzar comunidades con poca cobertura de telecomunicaciones	90.91 %	30
Brindar atención efectiva a niñas y adolescentes	57.58 %	19
Brindar servicios amigables a jóvenes	33.33 %	11
Brindar atención efectiva a víctimas de violencia sexual	57.58 %	19
Brindar atención efectiva a personas con discapacidad	48.48 %	16
Brindar atención efectiva a personas LGBTIQ+	24.24 %	8
Costo de los medicamentos	45.45 %	15
Acceso a los medicamentos	78.79 %	26
Otro (especifique)	39,39 %	13

¿Tiene interés o capacidad para incidir con tomadores de decisiones sobre temas de telesalud y teleaborto?					
SÍ		NO		NO SÉ	
68,75 %	22	12,50 %	4	18,75 %	6



¿Qué necesitaría para poder incluir la telesalud dentro de sus servicios?		
Respondidas: 15 Omitidas: 45		
	%	Nº
Capacitación	33.33	5
Protocolos de atención	46.67	7
Infraestructura, logística, equipo tecnológico	40.00	6
Asesoría en comunicaciones para difusión de servicios	33.33	5
Conocimiento de aspectos legales	40.00	6
Medidas de seguridad	60.00	9
Otro (especifique)	33,33	5

5.1 / Perfil de la membresía encuestada

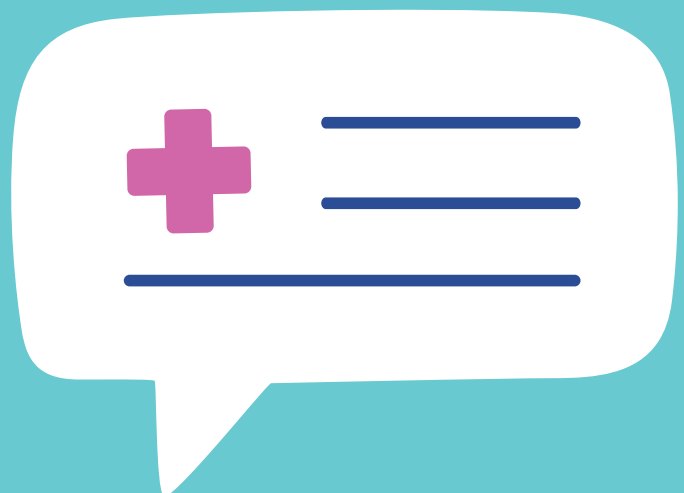
La membresía que ha respondido a la encuesta presenta los siguientes perfiles:

- Prestadores 43 %, acompañantes 23 %, psicólogas 5 % y otras ocupaciones 26 %
- Llevan prestando servicios de salud sexual y reproductiva más de 10 años un 56 % y de 5 a 10 años un 30 %
- Predomina la consejería en métodos anticonceptivos 88 %, dentro de los servicios que prestan junto con el aborto
- El 44 % presta teleaborto desde hace más de 3 años
- ¿Por qué no prestan servicios de teleaborto?
 - Otros motivos no especificados 58 %
 - Necesidad de capacitación 17 %
 - Necesidad de infraestructura 29 %
 - Leyes 22 %
 - No me interesa 0%



6

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN





Los diversos temas que confluyen en el acompañamiento virtual y teleaborto en la región se sintetizan a continuación. Se identificaron y analizaron por medio de un análisis de contenido y de repeticiones de las notas de entrevista.

6.1 / Entendimiento de teleaborto y acompañamiento virtual

Recientemente, la telesalud y sus subdisciplinas se entienden desde el término paraguas «salud digital»^{xv} definido como «el uso tecnologías digitales e innovación en salud para acelerar el logro global de la salud y el bienestar». Dentro de este entendimiento amplio, entender el estado y contexto de las redes de acompañamiento en relación con los servicios de teleaborto formales es de suma importancia para el desarrollo de modelos de atención que respondan y ofrezcan opciones a las mujeres. Del mismo modo, que reconozcan las dinámicas comunitarias que históricamente han resistido dentro de este contexto.

En la membresía de CLACAI no hay un entendimiento único que defina el teleaborto, los elementos que debe incluir y cuáles excluir. Se prioriza la práctica y las soluciones viables de acuerdo con el contexto, más allá de protocolizar un modelo específico. Por ejemplo, en países como Colombia, Profamilia ofrece un servicio de teleaborto con un protocolo que incluye consulta inicial, envío de medicamentos, y consulta de seguimiento^{xvi}. Además, presta este servicio subrogado para los servicios públicos y cuenta con acuerdos con compañías de seguro privadas. Mientras, en países como Venezuela, con una legislación de aborto restrictiva, únicamente operan líneas de acompañamiento virtual y/o presencial de alcance local y comunitario, con protocolos dirigidos a priorizar la divulgación de información.

A nivel regional, plataformas como Safe2Choose ofrecen información general sobre el protocolo de aborto con medicamentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y realizan referencias a redes locales, según de qué países les contacten las mujeres. Es evidente que, este tipo de plataformas y las redes de acompañamiento no parecieran identificar su labor como teleaborto o telemedicina^{xvii}.

xv Término de consenso acuñado y propuesto por la OMS.

xvi Ver anexo al presente documento detalle modelos de atención.

xvii Estos dos últimos términos son más utilizados por instituciones de salud acuñadas y empresas dedicadas a las TIC.



En las distintas modalidades de atención, sea presencial o remota, se observó una clara distinción entre las prácticas de teleaborto y acompañamiento virtual, que nos parece importante distinguir para los fines operativos de CLACAI. De manera general, acompañamiento virtual puede ser definido como una «acción política y social para brindar apoyo a mujeres que deciden sobre sus cuerpos» sin la mediación de personal médico o de salud. Mientras que, la telesalud es definida por la OMS como «el uso de tecnologías de comunicación para brindar atención médica a distancia», aun cuando puedan intervenir parteras, licenciadas en enfermería y obstetricia (LEO), enfermeras auxiliares y farmacéuticas; en definitiva, personal de salud interviene en la atención.

6.2 / Modelos mixtos/híbridos

La experiencia de la membresía en cuanto al acompañamiento virtual para el automanejo, o autogestión, con supervisión médica y sin ella, nos hace reparar en que no existe una sola vía o proceso único para brindar una atención virtual. La modalidad mixta/híbrida responde a su practicidad, funcionalidad, posibilidades y operación, sin perder de vista que en el centro de la atención deben prevalecer las necesidades de las mujeres, la oportunidad en la atención y su seguridad, por ello se ha optado por adoptar modalidades flexibles, para evitar caer en modelos rígidos.

En los modelos de acompañamiento, la entrega presencial de medicamentos, cuando es posible, es un punto de contacto relevante con las mujeres, que permite el encuentro cálido y es una oportunidad para reforzar la información sobre el uso de los medicamentos, asegurarse del grado de comprensión para la toma de los medicamentos y los signos de alerta, lo que mejora en definitiva la comunicación.

Las entrevistas y las respuestas al cuestionario reflejan que las modalidades de atención remota del aborto se ajustan y adaptan continuamente, dependiendo de quien provea el servicio; la modalidad mixta/híbrida se ajusta durante el proceso de atención. Factores diferenciadores en la atención son 1) la elegibilidad del teleaborto, mediante el uso del ultrasonido pre y post (que obliga a un encuentro presencial, aunque el proceso de aborto se realice en el lugar de elección), 2) el envío y entrega de medicamentos, ya sea por courier o por correo postal y 3) mantener la puerta abierta para la opción presencial, es obligado. Lo que interesa tomar en cuenta, es que la modalidad sea práctica, funcional, oportuna y segura, sin descuidar que en el centro de atención estén las mujeres y sus necesidades.



6.3 / Rutas y medios para una atención virtual o por teleaborto

La forma de acceso para la atención a las mujeres contempla las siguientes vías:

- Utilizan la telefonía celular como principal vía de comunicación:
 - WhatsApp, por ser más popular
 - Telegram, Signal, Jitsi y Wire, por ofrecer más funciones con respecto a la seguridad y confidencialidad
 - Sólo existe una app de dominio público que se está desarrollando en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México
 - Facebook, Instagram, Tik Tok para divulgación e información
 - Big Blue Button (<https://bigbluebutton.org/>) para las capacitaciones virtuales

La modalidad virtual para las acompañantes ha significado aumentar la atención a un número mayor de mujeres que acceden al ciberespacio del internet. Esta situación las ha obligado a reajustar su atención para no entorpecer sus actividades personales y caer en un desgaste. Si bien han extendido sus horarios, ahora se delimita la atención y prestan mayor atención a establecer filtros de seguridad y medios electrónicos, como el correo, para enviar la información relativa a las indicaciones del tratamiento y el proceso a seguir.

6.4 / Protocolos de atención

De todas las organizaciones que formaron parte de las entrevistas, dieciocho (18) contaban con protocolos para la atención remota. Estos protocolos se refieren, en mayor medida, a procedimientos de recepción de mujeres y al trabajo que se realiza para ofrecer un aborto seguro. La mayoría de las personas entrevistadas refirió que seguían los lineamientos de la OMS o de FIGO, especialmente en cuanto a las dosis del misoprostol y mifepristona, al momento de dar información^{xviii}.

xviii “(damos información) conforme protocolos internacionales. Cuando pueden acceder a mifepristona (1) + 6 dosis de misoprostol. Cuando sólo es con misoprostol 12 pastillas”. — Red de acompañamiento, Ecuador. “Hasta 12 sdg, dan 800mg cada tres horas y tres dosis. Para más de 12sdg, pasan a dar cuatro dosis. Utilizan el mismo esquema de tomas, ya sea presencial o atención virtual”. — Red de acompañamiento, Perú.



Las organizaciones que reportaron no tener procedimientos son aquellas con menor tiempo de experiencia, en la provisión de servicios remotos o virtuales. Proveedores y acompañantes mencionaron que, el protocolo se encontraba en desarrollo, existen procesos implícitos dentro de la organización, pero no está sistematizado, o enfrentan barreras legales porque los servicios de teleaborto pueden ser criminalizados^{xix}. Algunos de estos protocolos o lineamientos para el acompañamiento están documentados y son de consulta pública^{xx}.

Optar o no por interrumpir más o menos semanas de gestación, con base en las diferencias y riesgos entre semanas de gestación, es una decisión que se determina casuísticamente o por protocolo. Algunas asesoran hasta la semana 12 y a partir de allí refieren a prestadores de salud de confianza. Mientras, otras redes acompañan más allá de las 12 semanas de gestación con medicamentos, de manera exitosa^{xxi}. Hay apertura para realizar procedimientos de teleaborto de más de 12 semanas de gestación, particularmente en Argentina, Colombia, Chile, Ecuador, México y Perú^{xxii}, países con menores restricciones legales.

Esta apertura a realizar procedimientos que incluyan semanas de gestación mayores a 12, responde a la amplia experiencia que tienen determinadas acompañantes en el manejo de la medicación, protocolos para el manejo de restos y acompañamiento psicosocial.

Durante los procesos de seguimiento postaborto, las mujeres suelen no comunicarse una vez que saben que el aborto ha sido exitoso. En esto no hay diferencias con la atención presencial. La falta de comunicación posterior al aborto dificulta o impide la sistematización y documentación de las mujeres que atienden, aun en contextos menos restrictivos o legales. Las pocas o nulas complicaciones, que es lo que predomina, habla de su tasa de éxito. Para prestadores o acompañantes que ofrecen métodos anticonceptivos como opción, convendría en el primer contacto con la mujer, preguntar si tiene interés en alguno. Desafortunadamente, la documentación de casos para abonar a la evidencia científica se pierde, si bien la valiosa experiencia se ha logrado compartir en algunos países, a lo que habríamos de aspirar para el uso de la atención virtual.

xix “No [se] realiza teleaborto a pesar de que sí prestan servicios [de telesalud], porque no pueden cumplir con los requerimientos de la sentencia del tribunal constitucional del 2014, que pide una copia de la denuncia, en caso de violación, el informe médico, y la petición de la mujer en la causal salud.” — Profesional en incidencia, Bolivia.

xx Por ejemplo, el Modelo Jaguar de la red “Necesito Abortar” en Nuevo León (México).

xxi En alguna entrevista nos han referido las dificultades que afrontan las mujeres heterosexuales cuando la atención es ofrecida por organizaciones con otra orientación sexual, donde se trata de adoctrinar a las mujeres en este apartado, o se bloquea a la pareja en el proceso, mientras que otras encargan a la pareja proceder a deshacerse de los restos, como parte de asumir su responsabilidad en un embarazo no deseado.

xxii “En el 2020 atendieron más allá de las 12 semanas, llegaron hasta la semana 18, sólo con misoprostol. Lo que obligó a toda la red, a capacitarse y mejorar su experiencia”. — Asociación Civil, Perú.
“No hay limitante [de semanas] para dar información, si bien solo lo hacen hasta 13 semanas con medicamentos. A partir de ahí las refieren a colaboradores para que las hagan aspiración” — Plataforma de atención virtual en la región.



Dado que las mujeres presentan un bajo índice de seguimiento postaborto, abrir un espacio para ofrecer asesoría en métodos anticonceptivos en la consulta pre-aborto, si la usuaria así lo desea, puede facilitar el acceso a información integral en salud sexual y reproductiva.

6.5 / **Carácter político del acompañamiento virtual**

Uno de los temas que no sorprende, pero que llama positivamente la atención, es el trabajo político y militante de las acompañantes.

En las entrevistas que realizamos, mencionan su quehacer político, desde la autonomía reproductiva y el poder de los cuerpos para tomar decisiones libres. Son transgresoras de las legislaciones restrictivas, aun cuando están de acuerdo en apoyar estrategias para avanzar paralelamente en la despenalización legal. En ocasiones, brindaron sus casas; en otras, buscaron alternativas confiables y cercanas, cuando las mujeres no tienen un espacio adecuado de privacidad y tranquilidad. El acompañamiento virtual también tiene sus desventajas, al no poder brindar presencialmente espacios colectivos e intercambio organizados. Sacar de la clandestinidad la práctica del aborto y mostrarlo como una práctica cotidiana, forma parte de su activismo. «El encuentro es ese espacio en donde todas ponemos el cuerpo, unas buscando un aborto, otras acompañándolo»^{xxiii}. La mayoría de las acompañantes realizan su trabajo de manera voluntaria, duplicando sus actividades para recibir ingresos y para seguir acompañando; construyendo un entorno adecuado de acompañamiento físico y emocional, para que la experiencia no se centre solo en la entrega de medicamentos. Definen su trabajo como una *«acción política y social, para brindar apoyo a mujeres que quieran decidir sobre sus cuerpos»*^{xxiv}.

Algunos comentarios profundizaron en torno a lo que significa pasar a la modalidad virtual, los retos que supone y lo que se podría perder. El acompañamiento no lo definen como un servicio y tampoco como una atención a distancia, sino como su nombre lo indica: un acompañamiento que prioriza los aspectos emocionales y recrean un espacio y comunicación para propiciar aprendizajes y experiencias colectivas. Se cuestionan los términos que comúnmente se utilizan por parte del sistema de salud formal^{xxv}.

xxiii La Red de Acompañantes, Las Comadres.

xxiv Necesito abortar.

xxv “Tengo temor que se implanten modelos hegemónicos que se apropien y expropien el modelo para cambiarlo. Acompañar abortos requiere de otras cosas, más allá de simplemente resolver un aborto. Una cosa es respetar el derecho y otra, hacer acompañamiento”. “Perder el contacto presencial y lo que supone construir confianza, empatía y acompañamiento emocional”.



6.6 / Concepciones de teleaborto y acompañamiento virtual

En la siguiente tabla se presenta una síntesis esquemática de las principales concepciones que distinguen la atención del aborto con base en las entrevistas y encuesta contestada.

Tabla 2. Esquema comparativo de teleaborto y acompañamiento

Acompañamiento virtual	Teleaborto
Definido como acción política.	Definido como servicio médico/clínico.
Atención de profesionales de la salud, no médicos.	Atención a través de personal médico.
Se basa en el derecho a la autonomía reproductiva, DDHH y constitucionales, y a la información.	Se basa en el derecho a la salud en servicios formales de salud.
Sin marco legal.	Regulado por leyes sanitarias, farmacológicas y fiscales.
Operan fuera del sistema formal de salud.	Funcionan dentro de un sistema normativo de salud.
Ofrecen sus casas o buscan espacios de acogida en caso de que la mujer o persona gestante no tengan un lugar adecuado.	La atención se da en la clínica como opción.
Otras mujeres pagan cantidades adicionales al servicio, como donación para que otras mujeres sin recursos puedan acceder, atención gratuita y cuotas de recuperación.	Se establece una tarifa fija, escalonada o en algunas clínicas según las condiciones económicas.
Se enfatizan aspectos políticos y dinámicas colectivas y comunitarias para el acceso al aborto. Por ejemplo: el acompañamiento como acción colectiva de resistencia.	Se enfatizan los protocolos médicos permitidos dentro del marco legal del país. Por ejemplo: la atención postaborto como medio para facilitar el acceso.
Se enfatiza la autogestión del procedimiento de aborto.	Se enfatiza el aborto como servicio de salud realizado/acompañado por la persona prestadora de servicios.
La mayoría de las redes sigue el protocolo de medicación de la OMS y FIGO para primer trimestre.	La mayoría de proveedores sigue el protocolo de medicación de la OMS y FIGO para primer trimestre.



Acompañamiento virtual	Teleaborto
Incluye de forma explícita aspectos de contención emocional.	Los elementos de contención emocional no son explícitos.
Atención por medios informales a poblaciones diversas dentro del alcance de la red: mujeres pobres y sin recursos para pagar servicios en clínicas, mujeres víctima de violencia, jóvenes y adolescentes, y en general a quienes no llegan a los servicios de atención postaborto o no cumplen con las condiciones para una ILE según el país (p.e.: >12 semanas, no afiliadas a seguros de salud, migrantes sin documentación).	Atención por medios institucionales a poblaciones diversas dentro del alcance de los centros de salud o redes de las prestadoras de salud. Se atiende a quienes cumplen con las condiciones para una ILE y no tienen reservas en recibir atención en el marco de un centro clínico (sobre todo en países con causales y donde el aborto es legal en una variedad de condiciones).
Pueden enviar o entregar presencialmente la medicación.	Pueden enviar o entregar presencialmente la medicación.
Se incluye a la usuaria en el protocolo de seguridad. Normalmente no se firman consentimientos informados o de confidencialidad. No se observó la figura de la historia clínica.	No se identificaron protocolos de seguridad. En un solo caso (Profamilia) se hizo mención a la documentación de historias clínicas y formularios de consentimiento y confidencialidad.
>12 SDG: Algunas redes de acompañamiento (con formación y experiencia) hacen acompañamiento y siguen el procedimiento con medicamentos (con éxito). Otras redes refieren a prestadoras de salud de confianza para AMEU.	>12 SDG: se optan por la realización de AMEU.
Uso de FUM y ultrasonidos. Depende de la red y sus procedimientos de seguridad.	Preferencia del ultrasonido para determinar SDG y hacer descarte de posibles complicaciones. Ultrasonido como parte del paquete de atención si se dispone de equipo.
Dificultades con el seguimiento de las mujeres postaborto. Por ejemplo: las mujeres no responden a los mensajes de seguimiento.	Dificultades con el seguimiento de las mujeres postaborto. Por ejemplo: las mujeres no responden los mensajes de seguimientos o no asistencia las citas postabortos.
La tasa de éxito reportada (aborto completado y sin complicaciones) es alta ~90-95%	La tasa de éxito reportada (aborto completado y sin complicaciones) es alta ~90-95%
Financiamiento escaso o no constante. La logística e infraestructura depende de la labor directa de las acompañantes.	En contextos de legalidad algunas cuentan con presupuesto asignado y venta de servicios.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en entrevistas.



6.7 / Medidas de seguridad y protección

Otras medidas que suelen utilizarse en un entorno médico son el aviso de privacidad y el consentimiento informado. Si bien en otros contextos, podría convertirse en una barrera para el acceso, tratándose de la membresía de CLACAI, es una medida de protección para ambas partes. Desde luego, es mayormente utilizado por prestadores, aunque hay acompañantes que también hacen uso de ello pasando las 12 semanas de gestación^{xxvi}.

El cuidado que tienen las acompañantes en sus protocolos de atención reafirma su compromiso y atención al cuidado integral de las usuarias. Se toman el tiempo para reflexionar y establecer distintas y creativas medidas de seguridad y protección que puntualizaron:

- Reempaque de medicamentos (v.gr. como vitaminas).
- Códigos de lenguaje para no dejar evidencia de que se trata de un aborto, o de medicamentos para abortar. Equipo itinerante con cambios frecuentes de chip para evitar rastreos policiales/telecomunicaciones.
- Capacitación y conocimiento legal y médico como defensa ante posibles demandas; colaboración y coordinación con abogadas para defensa jurídica^{xxvii}.
- Alianzas y colaboración con personal médico cómplice ante posibles complicaciones en servicios de urgencia, que les participan sus horarios y guardias.
- Protocolos de seguridad que revisan con regularidad.
- Articulación con comunidades, organizaciones y con el movimiento social amplio.
- Algunas han decidido no acompañar casos de >14 semanas de gestación para evitar problemas en el manejo de posibles complicaciones, o con los restos del producto.
- Existe un vago conocimiento acerca de la regulación de la telemedicina: no pareciera haber mucha inquietud de su uso y cómo evolucionará.

xxvi En el Anexo a este documento se pueden apreciar con más detalle las diferencias respuestas a estas preguntas entre acompañantes y prestadores, así como el tercer grupo.

xxvii Por ejemplo, qué decir en caso de asistir a una mujer que es llevada a un hospital durante un proceso de aborto, para negarse a que se le practique un ultrasonido u otras pruebas diagnósticas, que dejen evidencia que pueda presentarse como prueba en un proceso judicial acusatorio, pidiendo la alta voluntaria.



7 AVANCES Y RETOS





7.1 / Cadena de suministros

La situación del acceso y suministro del misoprostol y la mifepristona es conocida dentro de la membresía, tanto a nivel de la situación legal como de los mercados clandestinos, por el documento publicado por CLACAI en colaboración con RHSCC^{xxviii}, respecto de su situación en varios países de la región^{xxix, xxx, xxxi}.

Los fabricantes han venido desistiendo del proceso de registro en varios países, no por el costo económico que supone^{xxxii}, sino por las trabas políticas y burocráticas de los diferentes gobiernos que “de facto” impiden conseguirlo. Si bien la inversión es superior por tener que contratar despachos profesionales especializados en el registro de medicamentos, la dificultad no viene por este lado, sino por la continua petición de información adicional que retrasa arteramente las tramitaciones. También podemos suponer el riesgo de dejar de adquirir otro tipo de medicamentos del catálogo de las farmacéuticas desde el sector público, si se continúa insistiendo con el proceso de registro para el misoprostol y/o la mifepristona.

A nivel económico, los márgenes comerciales del misoprostol y la mifepristona, no compensan los beneficios que pueden obtener estas mismas farmacéuticas, por otros medicamentos de mayor valor añadido para ellas, de tal manera que su fabricación y distribución se ha centrado en farmacéuticas chinas e indias, exceptuando la fabricación de mifepristona desde España para algunos distribuidores de la región (Mefaprix de Marie Stopes).

En este rubro de carácter económico, también debemos tener en cuenta que los grupos de presión religiosos (particularmente evangélicos, pero no solo), con inversiones en fondos de inversión, presionan a las farmacéuticas que operan en la región para que no distribuyan en los países en los que tienen influencia y forman parte de los círculos de poder^{xxxiii}.

xxix Mifepristona y misoprostol en seis países de América Latina: procesos de registro y disponibilidad <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1097/Mifepristona.misoprostol.6%20países%20de%20LAC-.pdf?sequence=5>

xxx Evaluación de mercado de los fármacos para el aborto con medicamentos en la Argentina <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4643>

xxxii A descriptive analysis of medical abortion commodity availability and pricing at retail outlets in 44 countries across four regions globally <https://www.tandfonline.com/doi/epub/10.1080/26410397.2021.1982460?needAccess=true>

xxxiii De cinco a diez dólares USA

xxxiii Entrevista con Milka Dinev.



De otro modo, no se puede entender que cuando las agencias de referencia internacionales para la autorización de medicamentos, como son la FDA y la EMEA, otorgaron hace años los permisos para el uso y distribución del misoprostol y la mifepristona, no se haya no se haya autorizado, con carácter generalizado, para la región, a pesar del tiempo transcurrido^{xxxiv}. Mas aun en comparación con otros medicamentos como opiáceos y psicotrópicos.

7.2 / Alianzas estratégicas para insumos

Estas dificultades han quedado patentes incluso en subastas públicas para adquirir estos insumos, donde han quedado desiertas por no presentarse ofertas por los problemas de suministro, lo que ha motivado tener que acudir a donaciones de organizaciones internacionales para suplir la existencia de estos medicamentos en los hospitales públicos para usos obstétricos.

Este panorama tiene consecuencias en el derecho a la salud y autonomía de las mujeres, pues hacen proliferar los mercados informales de riesgo^{xxxv}, donde el acceso no es claro y con información incorrecta, con medicamentos falsificados, de baja calidad y en ocasiones venden vitaminas, en lugar de misoprostol.

Gracias al valioso apoyo de organizaciones dentro de la membresía de CLACAI, ha sido posible mantener la cadena de suministro de medicamentos:

- Organizaciones como Profamilia, APROFA y Fos Feminista/Innova Health Supplies han trabajado para obtener licencias de importación/compra y distribución de medicamentos para abortar, si bien no pueden distribuirse de manera libre, sino en función de la legislación de cada país (por ej. en México está en proceso, en Chile solo hospitales de segundo nivel).
- DKT, PPG, Marie Stopes y Women on Web apoyan de diferentes maneras con el suministro de medicamentos, bien con cuotas subvencionadas, bien gratuitamente.
- El costo de los medicamentos e insumos suplementarios (ultrasonidos, medicamento para el manejo del dolor, toallas sanitarias) se facilita en ocasiones como un kit (Profamilia).

xxxiv La situación de autorización y distribución en la región se puede consultar en la página de IPPF / MEDICAL ABORTION COMMODITIES DATABASE disponible en <https://www.medab.org/advanced-search-multiple>

xxxv En particular es destacable la influencia de Perú en los países limítrofes pues desde este país se distribuye misoprostol falso en los mercados clandestinos.



7.3 / La FUM como criterio de elegibilidad

El ultrasonido es un requisito en la mayoría de los sistemas públicos de salud. El reto es a largo plazo, no sólo en el sistema público, sino también en el privado. Hace falta una oportuna capacitación del personal de salud en la determinación de casos con métodos alternativos (p.e. FUM y entrevista de triaje). Ya que existe una formación médica que privilegia el ultrasonido por considerarlo infalible, mientras que el uso de la FUM, les da desconfianza e inseguridad al momento de determinar las semanas de gestación y descartar, aunque sea remoto, casos de embarazos ectópicos. Incluir dentro de la matrícula de formación médica y de enfermería, el uso de FUM, más aún cuando estamos hablando de embarazos menores a 11 semanas de gestación, y con la posibilidad de ampliar y ayudar a las mujeres a precisar su FUM.

El uso de la FUM, especialmente para semanas de gestación menores a 12, ha sido motivo de debate e investigación para demostrar su efectividad; con una buena historia clínica se logra evaluar los riesgos de interrupción, más allá de la última fecha de menstruación, mejorando la precisión y sensibilidad de la autoevaluación en el umbral de 70 días para aborto con medicamentos. Podría prescindirse del ultrasonido para el aborto con medicamentos, tomando en consideración que, en el contexto actual, aumenta los costos de atención médica, restringe el acceso y limita la decisión de la mujer^{xxxvi}. Existe evidencia sobre la eficacia de los procedimientos de aborto sin ultrasonido^{xxxvii}, en varios artículos científicos. Para las redes de acompañantes, en algunos casos, el ultrasonido representa una prueba de que están tratando a una mujer que necesita la atención y no con quien quiere engañarles y exponer su actividad (caso Venezuela)^{xxxviii}.

El ultrasonido, si bien en la mayoría de los casos no es necesario, es solicitado en diversas instancias para el descarte definitivo de embarazos ectópicos, como argumento más recurrente.

xxxvi Upadhyay UD, Raymond EG, Koenig LR, et al. Outcomes and Safety of History-Based Screening for Medication Abortion: A Retrospective Multicenter Cohort Study. *JAMA Intern Med.* Published online March 21, 2022. Doi: [10.1001/jamainternmed.2022.0217](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.0217)

xxxvii Aiken, Abigail, Pa Lohr, J Lord, N Ghosh, and J Starling. 2021. "Effectiveness, Safety and Acceptability of No-Test Medical Abortion (Termination of Pregnancy) Provided via Telemedicine: A National Cohort Study." *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 128 (9): 1464-74. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16668>.

xxxviii "Siempre [se solicita ultrasonido] y por imagen en el celular, por tema de seguridad, preguntan FUM [también], por si no están seguras."



De las organizaciones parte de este mapeo, 10 de 24 solicitan un ultrasonido para confirmar SDG y descartar potenciales complicaciones. El ultrasonido como requisito no solo responde al protocolo clínico, sino al protocolo de seguridad^{xxxix}.

Este es el caso de organizaciones prestadoras de servicios y redes de acompañamiento, en países como Colombia y Argentina. Dentro de este mapeo, seis organizaciones tienen criterios específicos para la solicitud del ultrasonido. Entre ellos: a) SDG, b) historia clínica (en caso de proveedoras de servicios, o c) antecedentes reportados por la mujer, tales como problemas de coagulación, diabetes, (en caso de las redes de acompañantes).

Solo tres organizaciones reportan que el ultrasonido no es un requisito, pues centran su labor en dar información. Particularmente, una red de acompañamiento en Perú hace énfasis en que un interrogatorio completo para determinar FUM permite no depender del ultrasonido^{xi}.

No obstante, entre organizaciones y redes destaca la variabilidad en el criterio de semanas de gestación como condición para la atención directa de casos. Algunas ofrecen información hasta la semana 12 y, a partir de allí, refieren a prestadores de salud de confianza. Mientras, otras redes acompañan más allá de las 12 semanas cuando se presenta alguna complicación que ha sido menor y no ha requerido hospitalización. Ante la misma demanda, hubo quienes flexibilizaron sus protocolos de atención y aumentaron las semanas de atención de manera exitosa.

Valdría la pena volver al intercambio de protocolos, evidencias y experiencias para evitar, en la medida de lo posible, el uso de ultrasonido como primera o única alternativa, o su abuso (cuando se habla de un ultrasonido obligatorio post-aborto, y cuando la evidencia señala que las mujeres saben cuándo ha concluido, sobre todo cuando no tienen ninguna señal de alarma).^{xli, xlii, xliii}

xxxix Por ejemplo: "Cuando no se solicita como requisito para la atención, el ultrasonido funciona como complemento a la FUM o se requiere únicamente en casos mayores a 12 semanas de gestación"

xi "[se] hacen 5 preguntas introductorias (FUM, condición médica en la que se encuentran, medicamentos que toman, si se han hecho prueba alguna de embarazo y cuál ha sido y cuál es su ubicación geográfica). A partir de esas preguntas aplican su protocolo." "Lo ideal sería que se subsidiaran los servicios complementarios, como el ultrasonido, o alternativamente, [que] la FUM sea definitivamente la medida de elegibilidad."

xli Datos estadísticos de su prevalencia y de las complicaciones que presenta sobre todo en el primer trimestre.

xlii Upadhyay, U.D., Raymond, E.G., Koenig, L.R., Coplon, L., Gold, M., Kaneshiro, B., Boraas, C.M., Winikoff, B. <https://gynuity.org/resources/outcomes-and-safety-of-history-based-screening-for-medication-abortion-a-retrospective-multicenter-cohort-study>.

xliii Biani Saavedra-Avenidaño, Blair G. Darney, et.al. Early termination of pregnancy: differences in gestational age estimation using last menstrual period and ultrasound in Mexico.



Necesidades de la membresía

Las necesidades de la membresía giran en torno a temáticas claramente orientadas a poder incorporar modelos de atención virtual o fortalecer los existentes. Mayormente centradas en medidas de seguridad, incluyendo evitar hackeos, desinformación y acoso por parte de los grupos antiderechos y restricciones de carácter legal, así como asesoría en comunicación y difusión de servicios, y capacitación en protocolos de atención e infraestructura.

Algunas participantes mencionaron específicamente la atención a población en situación de migración que es uno de los retos, tanto por su situación legal, como por su movilidad.^{xliv}

Como otros desafíos, dentro de este continuo en las modalidades de atención virtual, mencionaron que no siempre cuentan con telefonía celular y privacidad desde donde hablan y es necesario desplazarse, o no cuentan con servicio de datos y dinero para las recargas; se encuentran personas con capacidades diferentes y que requieren apoyos con la movilidad o el uso de herramientas digitales. A pesar de ello, se ha logrado atender a personas sordas con apoyo de algún familiar, y difundir material informativo para personas analfabetas o con dificultades para la lectoescritura.

xliv Tamaulipas, México.



7.4 / Implementación de teleaborto en el sector público

Los retos para la implementación de estrategias de teleaborto comprenden un complejo de factores humanos y culturales: profesionales de la salud que se resisten a adoptar modelos de servicios que difieran de acercamientos institucionales, o que no consideran otras prácticas culturales (parteras tradicionales o profesionales indígenas), o desatienden a mujeres que no tienen el lenguaje español como lengua materna o no dominan este idioma. Otros no cuentan con el conocimiento de tecnologías para su uso eficiente, o teniéndolo, no contemplan el analfabetismo tecnológico o el uso de teléfonos inteligentes. Uno de los desafíos más importantes es de carácter lingüístico y de diferencias culturales, particularmente en aquellas poblaciones en situaciones vulnerables y los proveedores.^{xlv} Existen otros retos además de éste y se mencionan en el documento.

Tampoco hay muchos estudios documentando los beneficios económicos, costo-oportunidad y el costo-efectivo de aplicaciones de teleaborto en la región, cuya consecuencia han sido deficiencias en infraestructura y la falta de financiamiento a programas en el sector público. Es necesario mostrar los beneficios económicos para convencer a tomadores de decisión a involucrarse e invertir en la telesalud.

xlv Consentimientos informados, avisos de privacidad, instrucciones en sus idiomas originarios, o poder recurrir a dibujos y/o pictogramas que faciliten la comprensión de las instrucciones y complicaciones. Véase el estudio Aborto farmacológico dispensado a través de un servicio de telemedicina a mujeres de América Latina: complicaciones y su tratamiento <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.02.003>



8

ÁREAS DE INVESTIGACIÓN





Sin duda alguna, la investigación para promover el uso de teleaborto en los sistemas nacionales de salud es necesario donde sea posible. Especialmente, aquellas investigaciones que den cuenta de las desigualdades sociales, la demanda insatisfecha de servicios de aborto seguro y el uso de la telemedicina/ teleaborto como una alternativa viable.

8.1 / Estudios piloto

Hay diversas organizaciones que pueden aportar evidencias y sentar precedentes importantes en la región para la implementación de servicios de teleaborto.

Por ejemplo:

- **Mexfam y Profamilia:** estudio realizado sobre sus respectivos modelos de atención es un excelente ejemplo de documentación de evidencia y estrategias. En él se pueden ver algunas de las oportunidades y fortalezas que permiten la incorporación de teleaborto para la atención.
- **GDC y Anis-Brasil:** En los hospitales en donde laboran (Brasilia, Minas Gerais, Río Janeiro y Sao Paulo). Autorizado para aborto por violación y aborto domiciliado, como forma de ir rompiendo esquemas y barreras tradicionales en ámbitos más sensibles y receptivos al acceso.
- **Ipas-Ciudad de México:** Fase I lanzamiento en abril Unidades Médicas de SAS en la SEDESA. Elaborando su propio dominio, uso de ultrasonido presencial, M+M para automanejo. Fase II: evaluación y continuidad.
- **México - Gynuity (Oaxaca e Hidalgo):** Unidad médica de Servicios de Atención Segura dentro de las Secretarías de Salud estatales para promover el teleaborto en el sector público, mediante el protocolo de Gynuity. Uso de ultrasonido en unidades subrogadas.



8.2 / La colaboración sur-norte: un caso emblemático

Un ejemplo muy claro y sentido de la trascendencia de la solidaridad y alianzas, es el caso emblemático de las organizaciones de la frontera norte de México en alianza con redes de acompañantes en Texas a raíz de la práctica prohibición del aborto en ese estado y las sanciones para quienes intenten apoyarlas^{xlvi}. Haciendo un uso literal de la sentencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación que despenalizó el aborto en México, permitió lo inimaginable: no sólo que un país del sur apoye a un país del norte, sino los estados más restrictivos y conservadores, apoyando a uno de los países más poderosos del mundo. El efecto, en tan corto tiempo ha conseguido movilizar y despertar a las redes de acompañantes en estados de la unión americana y atreverse a retar el sistema legal. Es una iniciativa, visionaria, audaz y valiente.

Sin la menor duda, la experiencia tan reciente, novedosa y hasta hoy sin repercusiones legales por tráfico de medicamentos, llegará muy lejos y será un ejemplo para el resto de los Estados Unidos que se animarán a replicar y/o expandir modelos de acompañamiento entre sus estados, asumiendo los mismos riesgos que las acompañantes mexicanas.

No sólo fue una propuesta innovadora, sino de una inteligencia digna de destacar. Por ahora en tres acciones estratégicas apuntaladas para desatar los nudos más sentidos en el acceso: 1) Crear un banco de medicamentos, 2) Establecer una Casa de Acompañamiento en Monterrey, México, y 3) Formar una Red de Acompañantes entre Mujeres migrantes, que consideran el más desafiante.

8.3 / Estudios de costos

En una mirada rápida de la bibliografía identificada en la región y en algunos países que han avanzado con la telemedicina para la atención del aborto, pudimos observar que no existen estudios de carácter económico, lo cual se explica por la prácticamente nula prestación de teleaborto en la región. A diferencia de otros países que cuentan con datos que muestran evidencias claras del éxito del uso de teleaborto en beneficio económico para el sistema público de salud.

xlvi Planned Parenthood Federation of America. 2021. What you need to know about Texas new abortion ban effective Sept. 1, 2021 (SB 8). Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/planned-parenthood-greater-texas/senate-bill-8>



- Costo-beneficio / costo-oportunidad del uso de teleaborto en el sector público
- Costos de ultrasonidos vs. salario mínimo/medio que impiden el derecho a la salud
- Costos de medicamentos vs. salario mínimo/medio que impiden el derecho a la salud
- Costos comparativos de medicamentos y otros insumos entre países de la región
- Costos comparativos de misoprostol a nivel global

8.4 / Evidencias

Lograr un trabajo de incidencia que sea efectivo, aprovechar y reorganizar la evidencia científica en forma amigable para su difusión. Hacer uso de información avalada y recomendada por organizaciones de salud global y los lineamientos de la OMS, y la FIGO, OPS, FLASOG, e instituciones académicas, organizaciones y colegios que ofrecen evidencia de los usos del teleaborto, tanto en el sector público, como en el privado, a nivel internacional y en la región, es un recurso a nuestro alcance y una oportunidad para propiciar la divulgación sobre el tema de la telemedicina y el teleaborto.



9

RECOMENDACIONES





Desde las peticiones recogidas en las entrevistas y encuesta, en las que se expresa interés por parte de la membresía en avanzar en la incorporación del teleaborto en la región, así como desde nuestras reflexiones personales a la vista del proceso de esta consultoría, creemos oportuno realizar las siguientes recomendaciones, con las que está familiarizada la membresía y que son de uso común.



La incidencia política es central con tomadores de decisión para ayudarles a comprender, con conocimiento y evidencia, la importancia de incluir el teleaborto en el primer nivel de atención. Debe ser un punto más de intercambio entre la membresía para el avance del teleaborto y, en definitiva, el acceso al aborto en el sistema público de salud. La experiencia es una fortaleza de toda la membresía de CLACAI, que tendremos que seguir explotando para avanzar.



Por otro lado, en relación a los puntos críticos y fundamentales que se necesitan para mejorar el acceso mediante el teleaborto, tenemos que ser conscientes de acciones de incidencia encaminadas a conseguir alianzas dentro de los sistemas públicos de salud e instancias regulatorias sanitarias, para que, con voluntad de cambio, faciliten el proceso.



Las organizaciones enfocadas en la cadena de suministros tienen mucho potencial para incidir en el registro de medicamentos en colaboración con fabricantes y distribuidores que amplíen el acceso.



Que la distribución vaya más allá del uso hospitalario y esté disponible con normalidad en las farmacias y que sea dispensable a distancia, idealmente sin necesidad de recetas electrónicas.



Eliminar su categoría de medicamento controlado.



Conseguir que se pueda acceder al combipack (misoprostol + mifepristona) como método que abarate su precio y facilite la accesibilidad.



Fomento de redes de apoyo entre profesionales de la medicina que puedan resolver complicaciones, tejiendo una estructura cómplice, entre prestadores públicos y privados.



Del mismo modo, fomento de la solidaridad y apoyo por partes de asociaciones enfocadas en litigio y defensa legal que atiendan denuncias y procesos judiciales, que terminen en amparos ante las cortes constitucionales que, en base al derecho a la salud y el acceso al mismo, rompan barreras en el acceso, como son los recientes casos de México y Colombia.



9.1 / Acciones estratégicas para la reducción de riesgos y daños

- 1 Construir estrategias para disminuir las desigualdades sociales, desconcentrar los beneficios del teleaborto y acompañamiento virtual. Desterrar la brecha digital en las comunidades más pobres, incluyendo a personas de color, indígenas, quienes viven en zonas rurales, en situaciones de migración para abrir la puerta al auto manejo del aborto.
- 2 Proteger redes de distribución seguras y sólidas para el acceso a medicamentos en la región. Esto contribuirá a disminuir la estrategia de riesgos y daños para las mujeres, por los efectos fraudulentos del mercado informal de la desinformación, contradictoria y falsa, y los precios desorbitados que adicionalmente retrasan y/o exponen a las mujeres a riesgos.
- 3 Socializar toda censura a las evidencias oficiales en materia de salud y de derechos humanos, que supone superar barreras para el acceso y crear fronteras artificiales.
- 4 Proponer un protocolo ético y técnico integral que se adecúe lo más posible a los distintos contextos de la región.
- 5 Facilitar la capacitación profesional en salud digital para solucionar la limitación del uso de la telemedicina.
- 6 Fortalecer las medidas de seguridad en la gestión, recopilación, almacenamiento de información, especialmente para prestadores. Hay avances en la región sobre la firma digital, la confidencialidad y privacidad de los datos personales y protocolos de seguridad internacionales.



7 Propiciar diálogos e intercambios con tomadores de decisión de instituciones de salud: OMS, OPS, FIGO, FLASOG y asociaciones médicas por el derecho a decidir, para incluir el teleaborto en los sistemas públicos de salud y promover la cooperación internacional, que no deje a nadie atrás por desigualdades y restricciones legales, por ubicación o situación migratoria de las mujeres o de prestadores.

8 Valorar colectivamente la pertinencia de resguardar el vacío legal como estrategia que supone el uso de la telemedicina, sin un marco específico para el aborto, para evitar la sobre regulación.

9 Ampliar la incorporación de trabajadores de la salud para la atención del aborto con medicamento por medio de teleaborto: auxiliares en enfermería, trabajadoras sociales, farmacéuticas.

10 Fortalecer los mecanismos para que las mujeres, acompañantes y prestadores puedan adquirir medicación legítima y de calidad. Exhibir el mercado fraudulento que desinforma sobre el correcto uso, encarece los precios, o vende medicamentos falsos o sustancias tóxicas.

11 Influir en donantes para apoyar el trabajo dirigido a la telesalud, específicamente para teleaborto, con un alcance a mediano y largo plazos.



10

COMENTARIOS FINALES





La gran mayoría de prestadores y acompañantes inició con el uso de teleaborto y atención virtual a partir de la pandemia con un crecimiento exponencial; la demanda de abortos no cesó, aunque sí se dificultó su atención por la pandemia. Hubo capacidad de respuesta para reorganizar rápidamente la atención, flexibilizar sus protocolos de atención e idear rutas de atención prácticas, oportunas, seguras y de calidad. Se configuraron modelos mixtos/híbridos, más allá de las definiciones rígidas, según las posibilidades, contexto y circunstancias, incluyendo las de las mujeres.

Es a todas luces valorado positivamente el cambio hacia la atención a distancia e, interés, sobre todo de acompañantes, de profundizar entre la membresía de CLACAI, aspectos éticos colectivos, intercambios de experiencias y conocimientos e implicancias, para la atención del aborto; el significado de la estrategia de reducción de riesgos y daños y lo que implica en la labor de la membresía.

Una mirada global en torno al teleaborto es que existe un vago conocimiento acerca de la regulación de la telemedicina: no pareciera haber mucha inquietud sobre su uso e incidencia y se entiende que evolucionará lentamente y a largo plazo en el sector público, incluso en donde se ha despenalizado el aborto, como en Argentina y Uruguay. En México y Colombia habrá que también observar los recientes cambios constitucionales; el sector privado seguirá avanzando, y las acompañantes de la misma manera decididas. Identificamos escasas actividades puntuales de incidencia para incorporar teleaborto en los servicios públicos, o proyectos legislativos. Existe temor, desconfianza a una regulación específica restrictiva para teleaborto, expresaron que es preferible operar en el vacío legal. Las acompañantes que han reflexionado sobre este aspecto entienden que este vacío legal, es estratégicamente más conveniente.

La estrategia de teleaborto merece una atención prioritaria, desde nuestro punto de vista, definida así por acompañantes por la labor que realizan.



«Frente a este nuevo contexto de pandemia en donde las opciones virtuales están a primera mano y, tomando en cuenta, todas las contradicciones y desinformación que circula en internet, planteamos adaptarnos a esta realidad virtual, si responde a una estrategia de reducción de riesgos y daños, entendiéndola como una que permite facilitar la información segura, basada en fuentes científicas oficiales, lo cual influye cómo las mujeres y personas con capacidad de gestar que van a abortar, deciden los medios e identifican los procedimientos inseguros a las que podrían estar expuestas, si no tuvieran esa información de partida. De ahí responde la estrategia también, desde el acompañamiento virtual, para precautelar la salud, la integridad y también la experiencia, en términos más emocionales.»^{xlvii}

Promover políticas públicas de salud digital nacional, sólidas y sostenibles en el tiempo, incorporadas en una estrategia nacional de salud, más allá de la emergencia que supuso la pandemia por COVID-19 es fundamental para que el teleaborto entre a ser parte de una cartera nacional en los hospitales públicos. La temporalidad no puede ser la tónica para volver a esquemas tradicionales hospitalarios, cuando se ha demostrado la efectividad de la telemedicina para el aborto y servicios en salud sexual y reproductiva^{xlviii}.

No debemos dejar de subrayar que la lucha por el acceso al aborto en los servicios públicos de salud compite con la atención de enfermedades, con cirugías, u ocupación de camas en los hospitales. El teleaborto supone un uso eficiente y de baja inversión de recursos, de estructuras de complejidad baja, por lo que también se debe apoyar nuestra argumentación en este aspecto, acerca de la política pública de la gestión de los recursos económicos y de recursos humanos frente no solo a los ministerios de salud, sino también por las posibles interferencias de los ministerios de economía y hacienda.

Nos parece importante que la oportunidad que ofrece el acceso al aborto, mediante el teleaborto, no sea motivo para diferenciarlos de los protocolos técnicos y presenciales.

xlvii Las Comadres. Ecuador.

xlviii Moseson, Heidi, Ruvani Jayaweera, Ijeoma Egwuatu, Belén Grosso, Ika Ayu Kristianingrum, Sybil Nmezi, Ruth Zurbruggen, et al. 2021. "Effectiveness of Self-Managed Medication Abortion with Accompaniment Support in Argentina and Nigeria (SAFE): A Prospective, Observational Cohort Study and Non-Inferiority Analysis with Historical Controls." The Lancet Global Health, November. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00461-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00461-7).



La salud digital no debe excluir a nadie, al contrario, debe complementar y mejorar el acceso y tocar fondo, como un cambio de paradigma para la salud. A pesar de sus bondades y posibilidad para todos, todas y todes, el salto ha sido demasiado grande para las comunidades más pobres y con menor educación formal. Los procesos deben ser diseñados de manera más sencilla y a su alcance.

La autonomía reproductiva, el derecho a la información, la libertad y a la salud no deberían perderse de vista. Los servicios de salud presenciales siguen y seguirán siendo necesarios para preservar la decisión de las mujeres y las distintas opciones y necesidades más allá de 12 semanas de gestación.

El teleaborto implica también tomar en cuenta que es necesario propiciar una demanda por parte de las mujeres y acompañantes en los servicios públicos de salud, ya que no se distinguen por su vocación de calidez y eficiencia y desde luego, no están exentos de estigma, por lo que recurrir al acompañamiento virtual y con prestadores privados, seguirán guiando su práctica.

Es evidente que las alianzas y articulaciones, y la solidaridad entre redes de acompañantes, organizaciones y colectivas, tanto a nivel nacional, como en la región, es su principal escudo de protección. Ha permitido sortear de mejor manera las barreras en el acceso al aborto, a los medicamentos y a poder difundir, bajo el paraguas de la libertad y el derecho a la información, la evidencia científica, sea de forma legal, o presencial, más allá de las fronteras. Del mismo modo, no hay duda de seguir buscando la solidaridad entre mujeres y de las colectivas entre países para el uso de opciones virtuales, articulándose, colaborando con prestadores y aliándose a través de CLACAI, incluyendo acciones de integración regional.

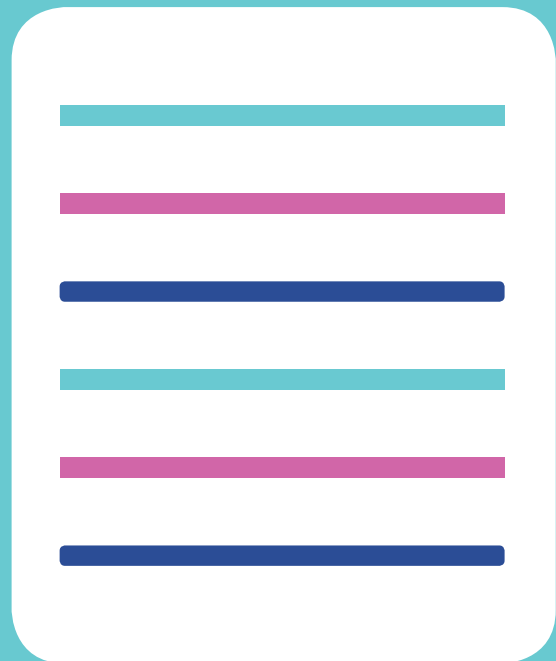
La adaptación a las necesidades de las mujeres, está en el ADN de las acompañantes, las cuales han liderado la innovación a través de un movimiento amplio, para garantizar un aborto libre y seguro, sin perjuicio, de lo que aportan los prestadores. Una mejoría en el acceso a los medicamentos y el impulso del movimiento social con movimientos feministas como la Marea Verde puede significar un avance en el acceso libre y seguro al aborto. Igualmente, estos movimientos centrados en la autogestión deben acompañarse de iniciativas de incidencia política como las que permitieron las victorias legales en las Supremas Cortes de Colombia y México, que reconocen la autonomía y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de las personas gestantes y la auto gestión para decidir en libertad.

La despenalización del aborto, sin límites y plazos y su retiro de los códigos penales, debe incluir la autogestión, para alcanzar la democratización social del acceso.



11

BIBLIOGRAFÍA





- Aiken, A., Lohr, P. A., Lord, J., Ghosh, N., Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. En: *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, aug 128(9), 1464-1474. DOI: 10.1111/1471-0528.16668. Epub 2021 Mar 24. PMID: 33605016; PMCID: PMC8360126.
- Anger, H. A. , Raymond, E. G., Grant, M., Haskell, S., Boraas, C., Tocce, K., Banks, J., Coplon, L., Shochet, T., Platais, I. & Winikoff, B. (2021). Clinical and service delivery implications of omitting ultrasound before medication abortion provided via direct-to-patient telemedicine and mail in the U.S. En: *Contraception*, dic 104(6), 659-665. DOI: 10.1016/j.contraception.2021.07.108.
- Anis – Instituto de Bioética e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. (2021). *Gravidez indesejada na Atenção Primária à Saúde (APS): as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar*. LetrasLivres.
- Antunes, L. (2021). *Primeiro serviço de aborto legal via telemedicina do país já ajudou 15 mulheres a interromper a gravidez com segurança. Entenda como funciona*. O Globo.
- Assis, M. P. & Larrea, S. (2020). Why self-managed abortion is so much more than a provisional solution for times of pandemic. En: *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol 28(1), 1-3. DOI:10.1080/26410397.2020.1779633
- Atay, H., Perivier, H., Gemzell-Danielson, K., Guilleminot, J., Hassoun, D., Hottois, J., Gomperts, R. & Levrier, E. (2021). *Why Women Choose At-Home Abortion via Teleconsultation in France?: A Mixed-Method Study on Drivers of Telemedicine Abortion*.
- Baker, C. (2021). *New Study Shows Online Abortion Services Are Safe and Effective: "Telehealth Medication Abortion is the Future"*.
- Baum, S. E., Ramirez, A. M., Larrea, S., Filippa, S., Egwuatu, I., Wydrzynska, J., Piasecka, M., Nmezi, S. & Jelinska, K. (2020). "It's not a seven-headed beast": abortion experience among women that received support from helplines for medication abortion in restrictive settings. En: *Health Care Women Int*, oct 41(10), 1128-1146. DOI: 10.1080/07399332.2020.1823981.



- Bercu C., Moseson, H., McReynolds-Pérez, J., Wilkinson, E., Grosso, B., Trpin, M., Zurbruggen, R., Cisternas, C., Meza, M., Díaz, V. & Kimport, K. (2021). In-person later abortion accompaniment: a feminist collective-facilitated self-care practice in Latin America. En: *Sex Reprod Health Matters*, 29(3): 2009103. DOI: 10.1080/26410397.2021.2009103. PMID: 34928196; PMCID: PMC8725943.
- Berro, L. & Nandagiri, R. (2021). Self-managed abortion: a constellation of actors, a cacophony of laws? En: *Sexual and Reproductive Health Matters*, dic 29(1). DOI: 10.1080/26410397.2021.1899764.
- Blyde, J. (2020). Pandemics: the time has come for Latin America to export telemedicine services. En: *Beyond Bordes*. BDI.
- Bower, J., Romero, M. & Chinery, L. (2021). Evaluación de mercado de los fármacos para el aborto con medicamentos en la Argentina. En: *Cedes Concept Foundation*.
- Brandell, K., Vanbenschoten, H., Parachini, M., Gomperts, R. & Gemzell-Danielsson, K. (2021). Telemedicine as an alternative way to access abortion in Italy and characteristics of requests during the COVID-19 pandemic. En: *BMJ Glob Health*, 48, 252-258.
- Braine, N. (2020). Autonomous Health Movements: Criminalization, De-Medicalization, and Community-Based Direct Action. En: *Health Human Rights*. Dic 22(2), 85-97.
- Busso, M. (2021). *El auge de la telemedicina en medio de la COVID-19*.
- Chia, E. (2018). Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras. Artículo Aborto farmacológico y libertad de información en Chile. En: Bergallo, P., Jaramillo, I. & Vaggione, J.M. (eds). *El Aborto en América Latina*. Siglo XXI Editores
- De Biaggio, O. (2020). Proyecto ASAP: Transformando COVID-19 en una oportunidad. En: *News FIGO*
- Declaración conjunta de ministros de diversos países. (2020). *Joint press statement Protecting Sexual and Reproductive Health and Rights and Promoting Gender-responsiveness in the COVID-19 crisis*.



- De Nicola, N., Grossman, D., Marko, K., Sonalkar, S., Butler, YS., Ganju, N., Witkop, C. T., Henderson, J. T. , Butler, J. L. & Lowery, C. (2020). Telehealth Interventions to Improve Obstetric and Gynecologic Health Outcomes: A Systematic Review. En: *Obstet Gynecol*, feb;135(2), 371-382. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003646.
- Donovan, M. (2019). Improving Access to Abortion via Telehealth. En: *Guttmacher Policy Review*, vol 22.
- Drovetta, R. I. (2015). Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women's access to safe abortions in Latin America. En: *Sexual and Reproductive Health Matters*, 23(45), 47-57. DOI: 10.1016/j.rhm.2015.06.004. Epub 2015 Jul 27. PMID: 26278832.
- Durocher, J., Kilfedder, C., Frye, L., Winikoff, B. & Srinivasan, K. (2021) A descriptive analysis of medical abortion commodity availability and pricing at retail outlets in 44 countries across four regions globally. En: *Sexual and reproductive Health Matters*, vol 29, N° 1, 196-213, <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1982460>
- Dzuba, I. G., Winikoff, B. & Peña, M. (2013). Medical abortion: a path to safe, high-quality abortion care in Latin America and the Caribbean. En: *Eur J Contracept Reprod Health Care*, dic 18(6), 441-50. DOI: 10.3109/13625187.2013.824564.
- ELA - Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. (2020). *El derecho a la salud sexual y reproductiva en Argentina en época de COVI D-19*. Equipo latinoamericano de Justicia y Género.
- FIFARMA. (2022). *Recorrido por la telemedicina en América Latina*.
- FIGO. (2021). *La FIGO respalda la adopción permanente de los servicios de aborto a través de la telemedicina*.
- Frye LJ, Kilfedder C, Blum J, Winikoff B. (2020). A cross-sectional analysis of mifepristone, misoprostol, and combination mifepristone-misoprostol package inserts obtained in 20 countries. En: *Contraception*, may 101(5), 315-320. DOI: 10.1016/j.contraception.2020.01.011.
- Gambir, K., Kim, C., Necastro, K. A., Ganatra, B. & Ngô, T. (2020). "Self-administered versus provider-administered medical abortion". En: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol 3.



- Gill, R. K., Cleeve, A. & Lavelanet, A. F. (2021). Abortion hotlines around the world: a mixed-methods systematic and descriptive review. En: *Sexual and Reproductive Health Matters*, dic 29(1). DOI:10.1080/26410397.2021.1907027.
- Gomperts, R., Van der Vleuten, K., Jelinska, K., Da Costa, C. V., Gemzell-Danielsson & K., Kleiverda, G. (2013). Provision of medical abortion using telemedicine in Brazil. En: *Contraception*, 89(2):129-133.
- Grindlay, K. & Grossman, D. (2017). Telemedicine provision of medical abortion in Alaska: Through the provider's lens. En: *J Telemed Telecare*, aug 23(7), 680-685. DOI: 10.1177/1357633X16659166.
- Grossman, D. & Grindlay, K. (2017). Safety of Medical Abortion Provided Through Telemedicine Compared With In Person. En: *Obstet Gynecol*, oct 130(4), 778-782. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002212. PMID: 28885427.
- Grossman, D., Grindlay, K., Buchacker, T., Lane, K. & Blanchard, K. (2011). Effectiveness and acceptability of medical abortion provided through telemedicine. En: *Obstet Gynecol*. Aug,118 (2-1), 296-303. DOI: 10.1097/AOG.0b013e318224d110. PMID: 21775845.
- Hawkins, J. E., Glasier, A., Hall, S. & Regan, L. (2022). Early medical abortion by telemedicine in the United Kingdom: A costing analysis. En: *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*.
- Hyland, P., Raymond, E. G., Chong, E. (2018). A direct-to-patient telemedicine abortion service in Australia: Retrospective analysis of the first 18 months. En: *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, jun, 58(3): 335-340. DOI: 10.1111/ajo.12800.
- Killinger, K., Günther, S., Gomperts, R., Atay, H. & Endler, M. (2020). Why women choose abortion through telemedicine outside the formal health sector in Germany: a mixed-methods study. En: *BMJ Glob Health*, ene 48(e1), 6-12. DOI: 10.1136/bmjshr-2020-200789.
- Larrea, S., Hidalgo, C., Jacques-Aviñó, C., Borrell, C. & Palència, L. (2021). "No one should be alone in living this process": trajectories, experiences and user's perceptions about quality of abortion care in a telehealth service in Chile. En: *Sexual and reproductive Health Matters*, vol. 29, N° 3.



- Larrea, S., Palència, L. & Borrell, C. (2021). Medical abortion provision and quality of care: What can be learned from feminist activists?. En: *Health Care for Women International*. 1-20. 10.1080/07399332.2021.1969573.
- Larrea, S., Palència, L. & Perez, G. (2015). Aborto farmacológico dispensado a través de un servicio de telemedicina a mujeres de América Latina: complicaciones y su tratamiento. En: *Gaceta Sanitaria*, 29(3), 198-204. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.02.003>
- López, A. & Gaitán, A. C. (2021). Safe Abortion in Women's Hands: Autonomy and a Human Rights Approach to COVID-19 and Beyond. En: *Health Human Rights*, jun23(1),191-197.
- Löwy, I. & Dias, M. C. (2020). The "Abortion Pill" Misoprostol in Brazil: Women's Empowerment in a Conservative and Repressive Political Environment. En: *Am J Public Health*, 110: 677-684. doi: 10.2105/AJPH.2019.305562
- Massó, E. (2020). Parto y aborto en tiempos de coronavirus: el impacto de la pandemia en los derechos sexuales y reproductivos. En: *Enrahonar. An International Journal of Theoretical and Practical Reason*, 65.
- MOH Bolivia, IPAS Bolivia, CIES and TES S.A. (2020). *Challenges and routes of the registration of mifepristone in Bolivia*. Revisado de: <https://www.rhsupplies.org/activities-resources/webinars/challenges-and-routes-of-the-registration-of-mifepristone-in-bolivia-159/>
- Montalvo, P. (2020). La innovación digital: el salvavidas de las mujeres y las niñas mientras el COVID-19 avanza en América Latina. En: *Sexual and Reproductive Health Matters*.
- Moore, A. M., Ortiz, L., Blades, N., Whitehead H. & Villarreal, C. (2021). Women's experiences using drugs to induce abortion acquired in the informal sector in Colombia: qualitative interviews with users in Bogotá and the Coffee Axis. En: *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(1), 146-161, DOI: 10.1080/26410397.2021.1890868
- Moseson, H., Bullard, KA., Cisternas, C., Grosso, B., Vera, V. & Gerdts, C. (2020). Effectiveness of self-managed medication abortion between 13 and 24 weeks gestation: A retrospective review of case records from accompaniment groups in Argentina, Chile, and Ecuador. En: *Contraception*, vol 102 (2), pages 91-98.



- Moseson, H., Herold, S., Filippa, S., Barr-Walker, J., Baum, S. E., Gerds, C. (2019). Self-managed abortion: A systematic scoping review. En: *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. Feb 63, 87-110. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2019.08.002.
- Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I. A., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Motana, R., Bercu, Ch., Carbone, S. & Gerds, C. (2021). Effectiveness of self-managed medication abortion with accompaniment support in Argentina and Nigeria (SAFE): a prospective, observational cohort study and non-inferiority analysis with historical controls. En: *Lancet Glob Health*, vol 10 (1), 105-113.
- Moseson, H., Jayaweera, R., Raifman, S., Keefe-Oates, B., Filippa, S., Motana, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I., Nmezi, S., Zurbriggen, R. & Gerds, C. (2020). Self-managed medication abortion outcomes: results from a prospective pilot study. En: *Reprod Health*. Vol 27, 17(1) 164. DOI:10.1186/s12978-020-01016-4. PMID: 33109230; PMCID: PMC7588945.
- Prandini, M. & Larrea, S. (2020) Why self-managed abortion is so much more than a provisional solution for times of pandemic. En: *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28:1, DOI: 10.1080/26410397.2020.1779633
- Ralph, L. J., Ehrenreich, K., Barar, R., Biggs, M. A., Morris, N., Blanchard, K., Kapp, N., Moayed, G., Perritt, J., Raymond, E. G., White, K. & Grossman, D. (2022). Accuracy of self-assessment of gestational duration among people seeking abortion. En: *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, may 226(5), 1-21. DOI: 10.1016/j.ajog.2021.11.1373.
- Raymond, E., Chong, E., Winikoff, B., Platais, I., Mary, M., Lotarevich, T., Castillo, P. W., Kaneshiro, B., Tschann, M., Fontanilla, T., Baldwin, M., Schnyer, A., Coplon, L., Mathieu, N., Bednarek, P., Keady, M. & Priegue, E. (2019). TelAbortion: evaluation of a direct to patient telemedicine abortion service in the United States. En: *Contraception*. Sep 100(3), 173-177. DOI: 10.1016/j.contraception.2019.05.013.
- Reproductive Health Supplies coalition. (2022). *Guatemala national program on the use of misoprostol by traditional birth attendants*. Recogido de: <https://www.rhsupplies.org/activities-resources/webinars/guatemala-national-program-on-the-use-of-misoprostol-by-traditional-birth-attendants-200/>



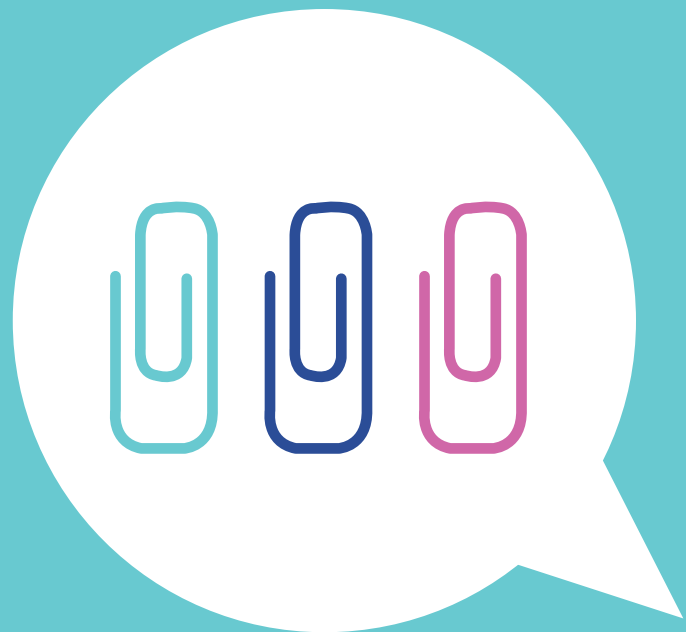
- Reynolds-Wright, J. J., Johnstone, A., McCabe, K. & Evans, E. (2021). Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks' gestation: a prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. En: *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 47, 246–251.
- Romero, M., Gomez, R., Baccaro, L. F., Carroli, B., Mehrtash, H., Randolino, J., Menjivar, E., Estevez, E., Huatuco, M. D. P., Hernandez, R., Garcia, G., Thwin, S. S. , Campodonico, L., Abalos, E., Giordano, D., Gambero, H., Kim, C. R., Ganatra, B., Gülmezoglu, M., Tuncalp & Ö., Carroli, G. (2021). Abortion-related morbidity in six Latin American and Caribbean countries: findings of the WHO/HRP multi-country survey on abortion (MCS-A). En: *BMJ Glob Health*, augs 6(8). DOI: 10.1136/bmjgh-2021-005618. Epub 2021 Aug 20. PMID: 34417270; PMCID: PMC8404437.
- Romero M., Gomez, R., Baccaro LF, et al. (2021). Abortion-related morbidity in six Latin American and Caribbean countries: findings of the WHO/HRP multi-country survey on abortion (MCS-A). En: *BMJ Global Health*, 6
- Ryu, S. (2012). Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Second Global Survey on eHealth 2009 (Global Observatory for eHealth Series, Volume 2). En: *Health Inform Res*, jun 18(2),153–5. DOI: 10.4258/hir.2012.18.2.153.
- Saavedra-Avendano, B., Schiavon, R., Sanhueza, P., Rios-Polanco, R., Garcia-Martinez, L., Darney, B. G. (2020). Early termination of pregnancy: differences in gestational age estimation using last menstrual period and ultrasound in Mexico. En: *Reproductive Health*, jun 9,17(1), 89. DOI: 10.1186/s12978-020-00914-x.
- Skuster, P., Dhillon, J. & Li, J. (2021). Easing of Regulatory Barriers to Telemedicine Abortion in Response to COVID-19. En: *Front Glob Womens Health*, nov 24(2). DOI: 10.3389/fgwh.2021.705611.
- Sorhaindo, A. & Sedgh, G. (2021). Scoping review of research on self-managed medication abortion in lowincome and middle-income countries. En: *BMJ Global Health*, vol 6. DOI:10.1136/bmjgh-2020-004763
- Tebbetts, C., Santana, D., Ros Silvestre, J. & Redwine, D. (2018). Building Bridges: A Case for Community Health Worker Provision of Misoprostol-Only Abortion in the First Trimester. En: *Journal of Women's Health Mar*, 311–316. <http://doi.org/10.1089/jwh.2016.6144>



- Upadhyay, U. D., Raymond, E. G., Koenig, L. R., Coplon, L., Gold, M., Kaneshiro, B., Boraas, C. M. & Winikoff, B. (2022). Outcomes and Safety of History-Based Screening for Medication Abortion: A Retrospective Multicenter Cohort Study. En: *JAMA Intern Med*, may 1, 182(5), 482-491. DOI: 10.1001/jamainternmed.2022.0217.
- Vasquez, M., Ilozumba, O., Rebecka, K., Gemzell-Danielsson, K., Gomperts, R. (2021). Reasons for using telemedicine medical abortion in Mexico and Chile. En: *BMJ Sex Reprod Health*, 0:1, doi:10.1136/bmjsex-2021-201280
- Veldhuis, S. (sin año). *"El aborto autónomo, con medicamentos, en casa, acompañada por activistas – ¿otra opción viable ante la falta de acceso a abortos seguros en México?"*.
- Voces de mujeres en Acción. (2021). *Abortos Avanzados*. Fondo Semillas mujeres forjando igualdad
- Voces de mujeres en Acción. (2021). *Modelo Jaguar. Juntas generamos unión al acompañar*. Fondo Semillas mujeres forjando igualdad
- Yanow, S.; Berro, L. & Jelinska, K. (2021). *Self-managed abortion: Exploring synergies between institutional medical systems and autonomous health movements*.
- Zimberlin, N. (2012). Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. En: *Reproductive Health*.
- Zurbriggen, R., Keefe-Oates, B. & Gerdt, C. (2017). Accompaniment of second-trimester abortions: the model of the feminist Socorrista network of Argentina. En: *Elsevier*, vol 97 (2), 108-115.



12 ANEXOS





ANEXO A: RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE TELEABORTO A LA MEMBRESÍA DE CLACAI





La consulta a la membresía de CLACAI ha tenido como objetivo, conocer cuál es la situación de los prestadores y acompañantes (66% de las respuestas corresponden a estos dos grupos) en torno al teleaborto, a través de la realización de 29 preguntas, tanto abiertas, como cerradas, lo que junto con las entrevistas en profundidad (24) realizadas y entrevistas de contexto (7) nos dan un panorama bastante completo de esta modalidad.

Entendemos que la muestra es suficientemente representativa, dado el número de integrantes de CLACAI que respondieron a la encuesta, 60, sobre el universo al que se ha dirigido de 133 posibles prestadores y acompañantes, que vienen a representar un 45 % de la muestra, si bien no en todos los casos respondieron a todas las preguntas.

Hemos obtenido respuesta de 14 países de la región y en dos casos desde EE.UU. (15 países en total). Llama la atención que, a pesar de ser anónima, en tres casos (5 %) no han querido identificar el país en el que se ubican y desarrollan su actividad. Dado que responder a esta pregunta era obligatorio para poder continuar han indicado una letra o un símbolo; entendemos que, por miedos a hackeos, han preferido no indicar país de procedencia, si bien la IP desde la que se ha respondido, nos permite localizar estas ubicaciones (Buenos Aires, California y Montevideo). Por el contrario, aunque en otras ocasiones sí se ha identificado el país, las IP desde las que se ha respondido, correspondían a Francia y Holanda. Estas observaciones las queremos hacer constar sólo a efectos de la inquietud que representa la seguridad.

Por países, cuatro representan más del 60 % de la muestra: México (30 %), Ecuador (12 %), Colombia (10 %) y Perú (10 %); sumando las respuestas de Argentina (7%), prácticamente se alcanza el 70 % del total. De los países más representativos por población en la región, queda fuera Brasil por la estricta regulación del aborto y las dificultades para su acceso, lo que incide claramente en el teleaborto.



La distribución por detalle por países queda recogida en la siguiente tabla:

PREGUNTA 1 ¿EN QUÉ PAÍS RESIDE?

Respondidas: 60 | Omitidas: 0

Nº PAÍSES	PAÍS	NÚMERO	% S/. MUESTRA
1	ARGENTINA	4	7 %
2	BOLIVIA	1	2 %
3	BRASIL	2	3 %
4	CHILE	2	3 %
5	COLOMBIA	6	10 %
6	COSTA RICA	1	2 %
7	ECUADOR	7	12 %
8	EL SALVADOR	1	2 %
9	EE.UU.	2	3 %
10	GUATEMALA	3	5 %
11	HONDURAS	2	3 %
12	MEXICO	18	30 %
13	PERU	6	10 %
14	PUERTO RICO	1	2 %
15	VENEZUELA	1	2 %
16	NO IDENTIFICADOS	3	5 %
TOTAL RESPUESTAS		60	100 %



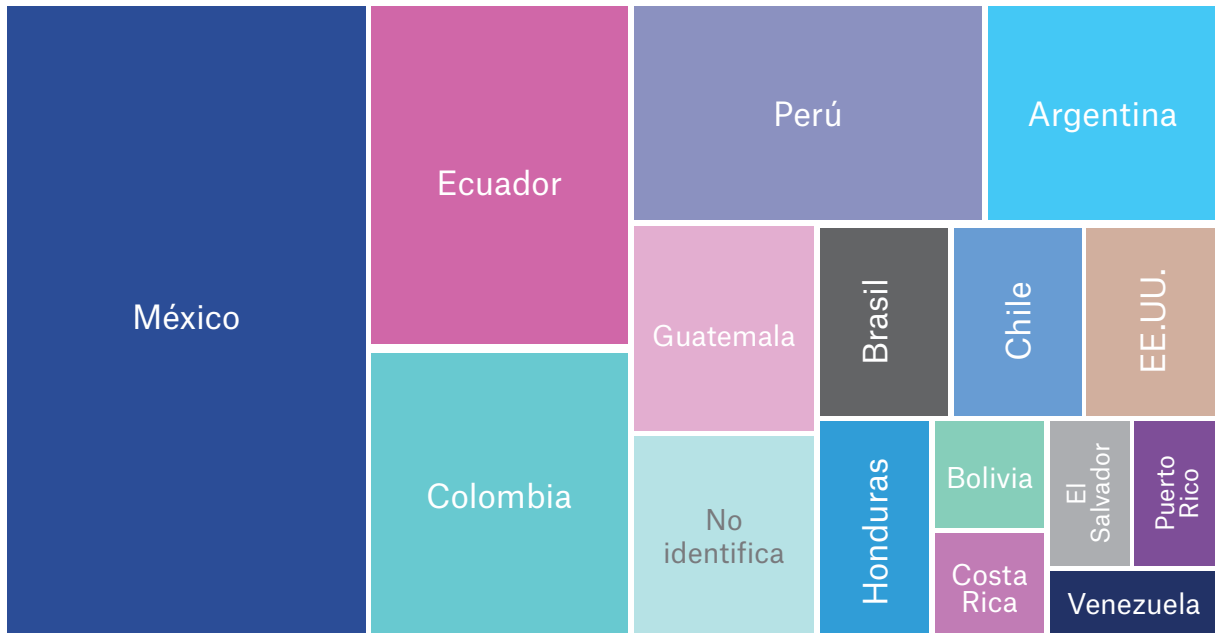
Podría llamar la atención la ausencia de respuestas desde Uruguay (sí se ha obtenido información a través de una entrevista). De Uruguay tenemos una de las «no identificadas». Dado que no han querido identificar su procedencia, respetamos esta decisión y reclasificado los datos, lo cual no añade o varía la información de manera significativa. Si bien la prestación está en el servicio público, la puesta en marcha en general de la salud digital en los países participantes de la encuesta se mueve con lentitud y mucha burocracia, así como con falta de sensibilidad y desconocimiento, aun con algunos tímidos intentos en la región con motivo de la pandemia.

Entendemos que se ha respondido en mayor medida, no sólo por la población y un posible mayor número de miembros integrados en CLACAI, sino desde aquellos países con entornos legales que permiten el aborto y que, por lo tanto, facilitan el poder llevar a cabo procedimientos, no solo de aborto de manera presencial, sino también a través de teleaborto, ratificándose así lo que, en las entrevistas han respondido, dado que la prestación médica se dificulta lógicamente en países con legislaciones restrictivas o prohibitivas de la interrupción, por la vigilancia directa de las autoridades sanitarias, así como por las dificultades en el acceso a los medicamentos.

En estos entornos restrictivos, -pero no sólo- se destaca la labor de las organizaciones de acompañantes, las cuales no están bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias, sí de las policiales, a diferencia de los prestadores que se anuncian. Del mismo modo, pese a que es necesario que operen con precauciones, no se encuentran sometidas a los corsés de las legislaciones sanitarias. y afrontan el proceso con las mujeres desde otras ópticas más abiertas y no normativizadas. Una de las apreciaciones que queremos resaltar es que la mayor parte de las respuestas por parte de prestadores predominan de países donde el aborto está legalizado y tiene un marco menos restrictivo a nivel legal (Argentina, Colombia y México) o, al menos contempla alguna causal, mientras que las respuestas de las acompañantes vienen sobre todo de países con los entornos legales más restrictivos, surgiendo ya una diferencia en la situación en la que se desenvuelven. La excepción viene de Honduras, desde donde han contestado a la encuesta dos prestadores.



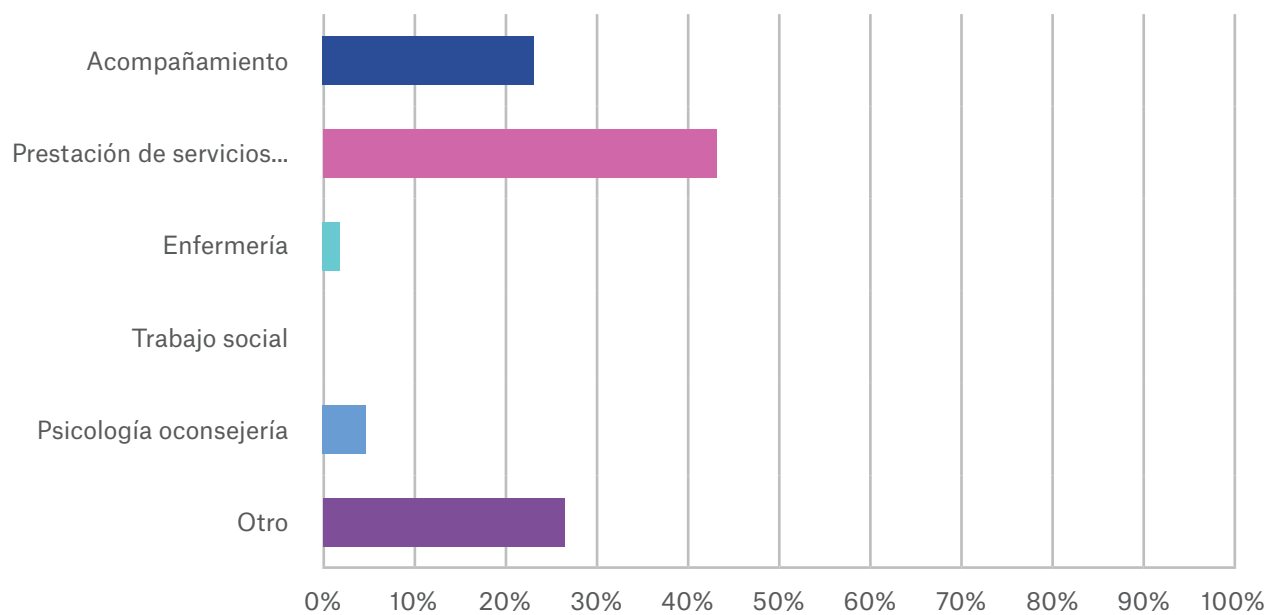
PAÍSES ORIGEN DE LA ENCUESTA



Finalmente, el desarrollo de la encuesta queda como sigue.

PREGUNTA 2 ¿A QUÉ ACTIVIDAD SE DEDICA?

Respondidas: 60 | Omitidas: 0





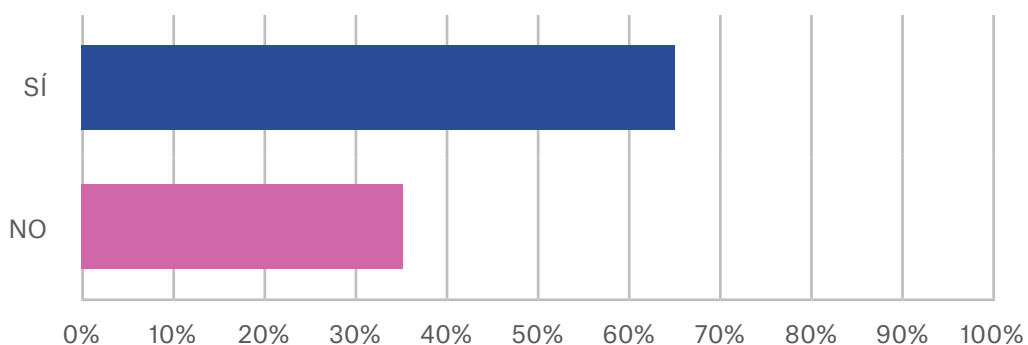
OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Acompañamiento	23.33%	14
Prestación de servicios clínicos	43.33%	26
Enfermería	1.67%	1
Trabajo social	0.00%	0
Psicología o consejería	5.00%	3
Otro (especifique)	26.67%	16
TOTAL		60

Casi la mitad de las personas que han contestado la encuesta son prestadores de servicios clínicos, lo que viene a confluír con una mayor antigüedad en la prestación de servicios de aborto, en cualquiera de sus modalidades.

Queremos resaltar que hay un grupo significativo que no se ha identificado dentro de los grupos indicados, o bien porque se han identificado como investigadores, docentes, hacen incidencia, abogades, o dan apoyo para la incidencia y asistencia técnica (USA), acompañamiento y defensa de mujeres procesadas por aborto o por homicidio agravado al enfrentar emergencias obstétricas (El Salvador), prestación de servicios de SSR, educación integral en sexualidad, incidencia política a favor de los derechos sexuales y reproductivos (México), apoyo a incidencia política y servicios en la región (USA).

PREGUNTA 3 ¿PRESTA SERVICIOS DE S. S. & R, INCLUYENDO ABORTO DE FORMA PRESENCIAL?

Respondidas: 60 | Omitidas: 0



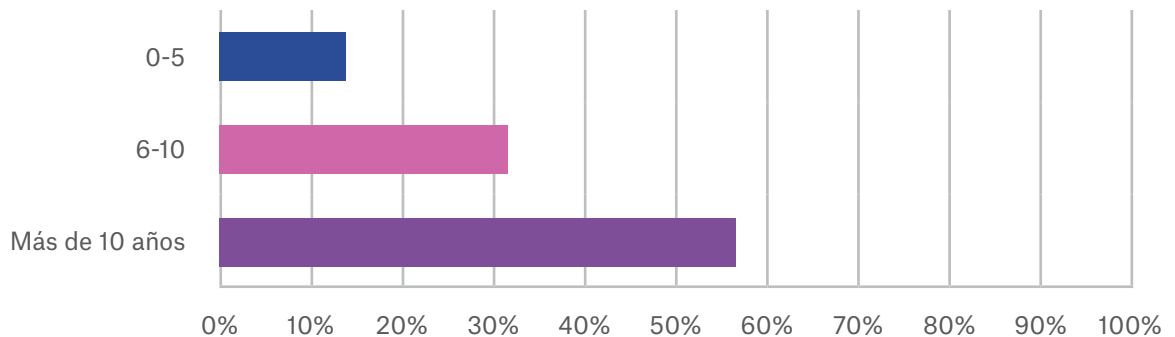


OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
SÍ	65.00%	39
NO	35.00%	21
TOTAL		60

Básicamente, hay 33 respuestas en torno a prestación efectiva de aborto y teleaborto (en sus distintas modalidades, posibilidades, oportunidades), mientras que 27 no han llevado a cabo acciones para facilitar la interrupción.

PREGUNTA 4 ¿HACE CUÁNTOS AÑOS PRESTA SERVICIOS DE S. S. & R DE FORMA PRESENCIAL?

Respondidas: 39 | Omitidas: 21



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
0-5	12.82%	5
6-10	30.77%	12
Más de 10 años	56.41%	22
TOTAL		39

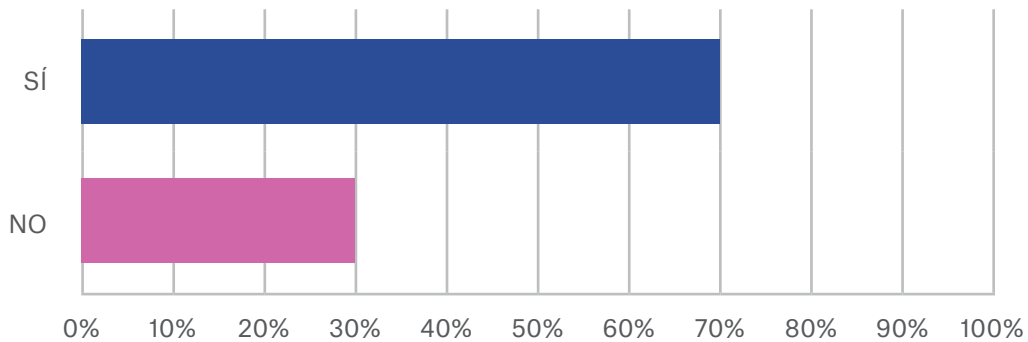


Alineada con la anterior respuesta, de las 39 respuestas recibidas como positivas, que sí prestan servicios (65 %), más del 56 % lo hacen desde hace más de 10 años, correspondiendo mayoritariamente en los prestadores médicos (16) versus otros (6), integrando la encuesta con la entrevista y las contestaciones a la misma. No hay redes de acompañantes que tengan más de diez años en la prestación.

Sin embargo, por su parte, teniendo en cuenta que las acompañantes han tenido su fuerte expansión y visibilidad en los últimos años, en la atención del aborto con medicamentos y teleaborto, las respuestas de menores años de atención en teleaborto en el fenómeno corresponden a ellas de forma mayoritaria.

PREGUNTA 5 ¿OFRECE SERVICIOS DE S. S. & R. INCLUYENDO TELEABORTO O ATENCIÓN A DISTANCIA?

Respondidas: 60 | Omitidas: 0



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
SÍ	70.00%	42
NO	30.00%	18
TOTAL		60

En este apartado, las respuestas negativas se encuadran en otro tipo de actividades, como las que veíamos en la pregunta de cómo se identifican a nivel profesional, por lo que si bien están relacionadas con servicios de salud sexual y reproductiva (S. S.& R.), lo cual encuadramos en otro tipo de organizaciones y desempeños, o en países de entornos restrictivos (donde si dan información



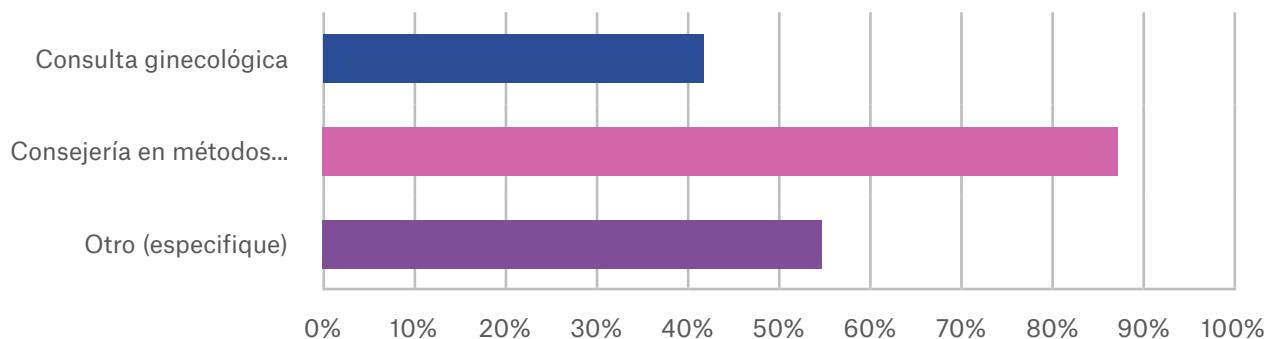
sobre anticonceptivos, planificación sexual, sobre todo en entornos de violencia hacia las mujeres, pero no directamente facilitan de alguna manera el acceso al aborto, aunque colaboran en mayor o menor medida, dando información o contribuyendo con otras acompañantes para derivar a las mujeres (ejemplo líneas de información que no suministran medicamentos, o no acompañan).

En los grupos mayoritarios, acompañantes y prestadores, en torno al 75 % (12 de 16 en el primer grupo y 20 de 27 en el segundo), sí ofrecen servicios de teleaborto.

Otra posible situación es que monitorizan la prestación de servicios públicos y acompañan a las mujeres a los mismos, donde asesoran y buscan empoderar a las mismas ante una deficiente prestación del servicio, o una denegación del mismo, pero no ofrecen strictu sensu el acceso al aborto por ninguna vía.

PREGUNTA 6 ¿CUÁLES OTROS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PRESTA?

Respondidas: 41 | Omitidas: 19



Dada la preminencia de prestadores médicos, la lógica lleva a que la mayor muestra tenga como resultado la consulta ginecológica, pero también que -en casi el noventa por ciento de los casos- se ofrezca consejería en métodos anticonceptivos.

En las otras 22 respuestas nos encontramos con multitud de servicios en torno a los S.S. & R, específicamente:

- Atención psicológica
- Atención prenatal y atención de adolescentes / trastornos del desarrollo
- Aplicación de pruebas de VIH, ITS y VPH
- Consulta de infertilidad
- Menopausia



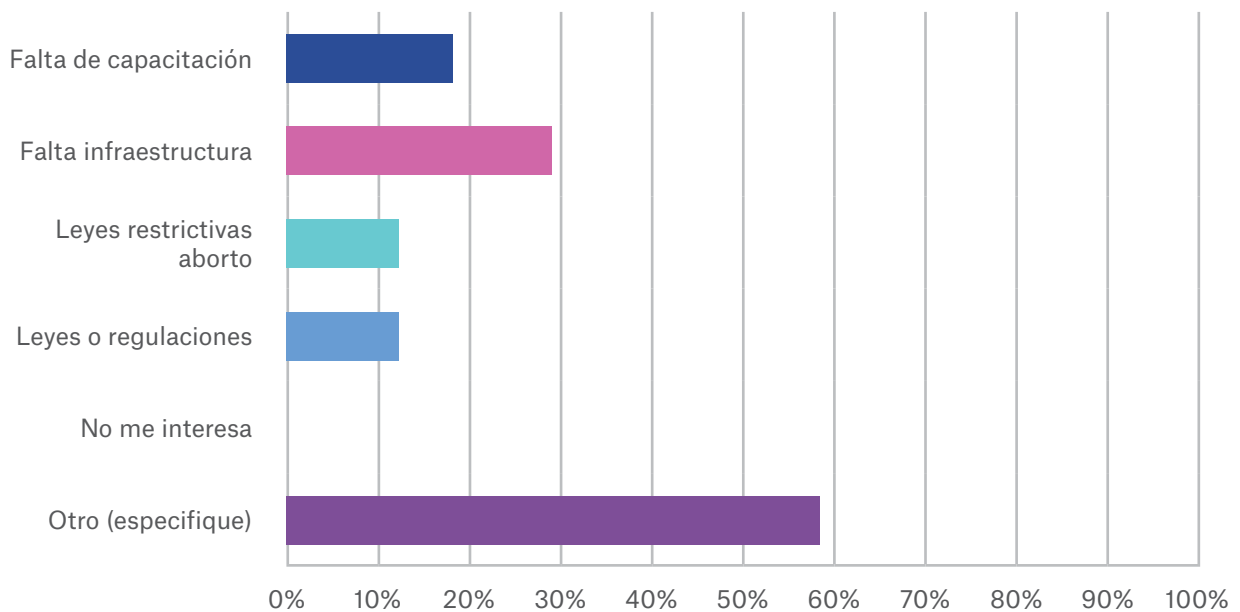
- Orientación sexual e identidad de género / conflictos en la vivencia de la sexualidad
- Colposcopia y penoscopia
- Anti-concepción femenina y masculina (ligaduras de trompas y vasectomía).

OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Consulta ginecológica	43.90%	18
Consejería en métodos anticonceptivos	87.80%	36
Otro (especifique)	53.66%	22
TOTAL		41

PREGUNTA 7 ¿POR QUÉ MOTIVOS NO PRESTA SERVICIOS DE S. S. & R. VÍA TELESALUD?

Indique todas las opciones que apliquen

Respondidas: 17 | Omitidas: 43





Debemos resaltar obviamente el interés que despierta el teleaborto entre la membresía de CLACAI, pues todas las respuestas han sido positivas en cuanto a otras causas, si bien sólo han respondido 17 a esta cuestión.

A pesar de lo que pudiéramos pensar a priori, los marcos normativos restrictivos o prohibitivos no suponen una barrera significativa para no brindar la atención. Asumen los riesgos que conlleva y es más fuerte su compromiso de mejorar el acceso al aborto que los miedos a la represión o las posibles consecuencias legales.

El 29,41 % de sus dificultades se centran en falta de infraestructura, logística o equipo tecnológico.

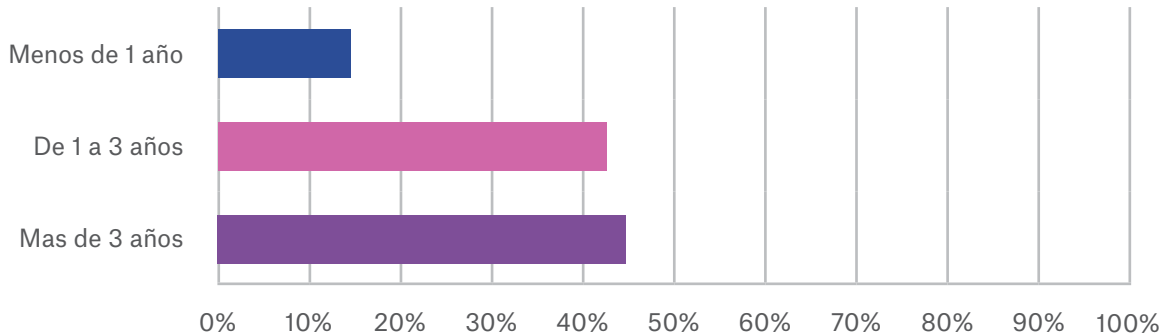
Respecto al resto de las causas (58 %), nos encontramos con una variedad de razones como las referidas al contexto y personal médico conservador (Bolivia), la seguridad para la mujer y de los prestadores, el riesgo más elevado para los prestadores que para las acompañantes (Guatemala), porque atienden a población migrante en tránsito hacia EE.UU. (Tamaulipas – México), que les dificulta llevar a cabo el aborto en ese momento, o que su labor está relacionada con políticas públicas, incidencia, perspectiva de género y anticorrupción, en otros casos.

OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Falta de capacitación	43.90%	18
Falta de infraestructura, logística, o equipo tecnológico	87.80%	36
Leyes restrictivas en aborto	53.66%	22
Leyes o regulaciones restrictivas para la telesalud		
No me interesa		
Otro		
TOTAL		41



PREGUNTA 8 ¿HACE CUÁNTO TIEMPO OFRECE SERVICIOS DE ABORTO A DISTANCIA?

Respondidas: 41 | Omitidas: 19



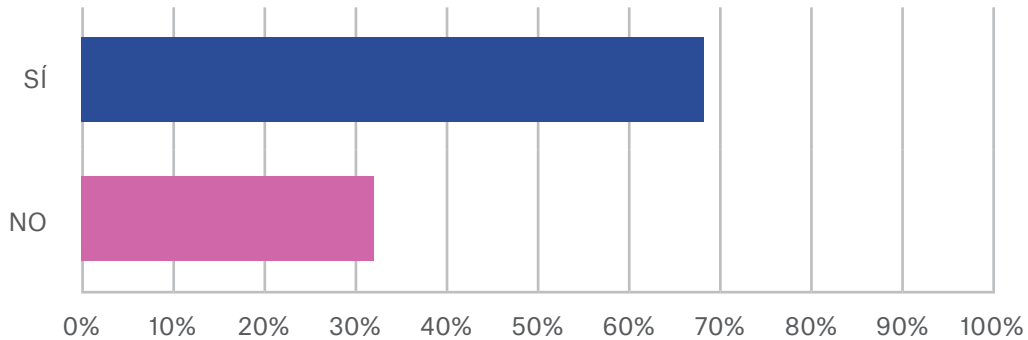
OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Menos de 1 año	14.63%	6
De 1 a 3 años	41.46%	17
Más de 3 años	43.90%	23
TOTAL		46

El 56 % inicia su actividad coincidiendo con la pandemia. Llevamos ya más de dos años de pandemia, durante la cual se han evidenciado diferentes necesidades por parte de la población y, en este caso, la apremiante de resolver embarazos no intencionados.

A diferencia de la antigüedad en la prestación del aborto presencial, en la que como dijimos, la mayor respuesta viene por parte de las y los prestadores, en el aborto a distancia, la preeminencia es de las acompañantes, donde son mayoritarias en la atención virtual en el rango de más de 3 años (diez de doce respuestas), mientras que los prestadores se encuentran en el rango de uno a tres años (trece de veinte respuestas).

**PREGUNTA 9 ¿LA PANDEMIA DE COVID-19 INFLUYÓ EN SU DECISIÓN DE INCLUIR SERVICIOS POR MEDIO DE LA TELESALUD / SALUD DIGITAL?**

Respondidas: 41 | Omitidas: 19



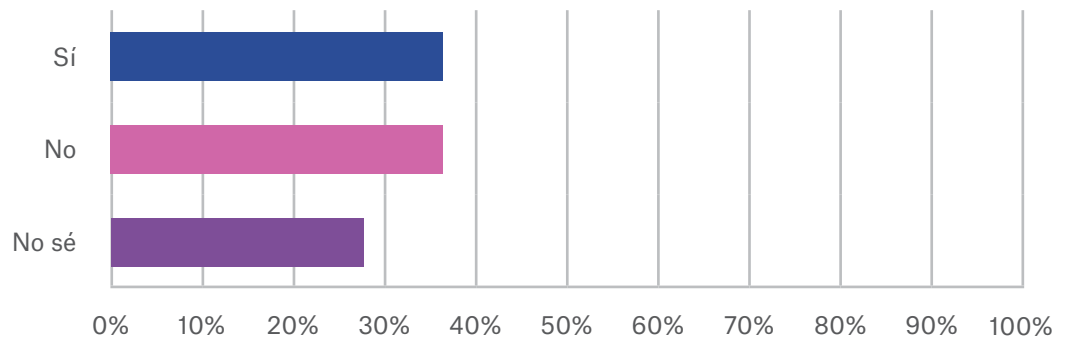
OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
SÍ	68.29%	28
NO	31.71%	13
TOTAL		41

Parcialmente, en consonancia con las preguntas 4 (prestación de servicios S. S. & R.) y 8 (hace cuanto tiempo), una parte de la membresía ya venía prestando estos servicios, lo cual se ha dado mayoritariamente en la parte de los prestadores (16 respuestas positivas sobre 19 respuestas en este grupo), mientras que las respuestas positivas como incorporación a esta modalidad de atención por parte de las acompañantes en su mayoría, han sido más equilibradas (7 que sí sobre 5 que no).

La pandemia ha supuesto un reto en el acceso por el cierre de servicios públicos en algunos casos y las restricciones a su acceso, que no lo han definido como un servicio de urgencia, así como también por la imposibilidad de desplazamiento a otros lugares donde es posible el acceso al aborto. En estas circunstancias, una mayoría de acompañantes se ha enfocado a buscar claramente nuevas alternativas para posibilitar el aborto.

**PREGUNTA 10 ¿ESTÁ REGULADA LA TELESALUD EN SU PAÍS?**

Respondidas: 33 | Omitidas: 27



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Sí	36.36%	12
No	36.36%	12
No sé	27.27%	9
TOTAL		33

Llama la atención que solo se han recibido 33 respuestas del total de 60 encuestas, donde existía la posibilidad de marcar «no sé» como respuesta ante la falta de información y/o conocimiento.

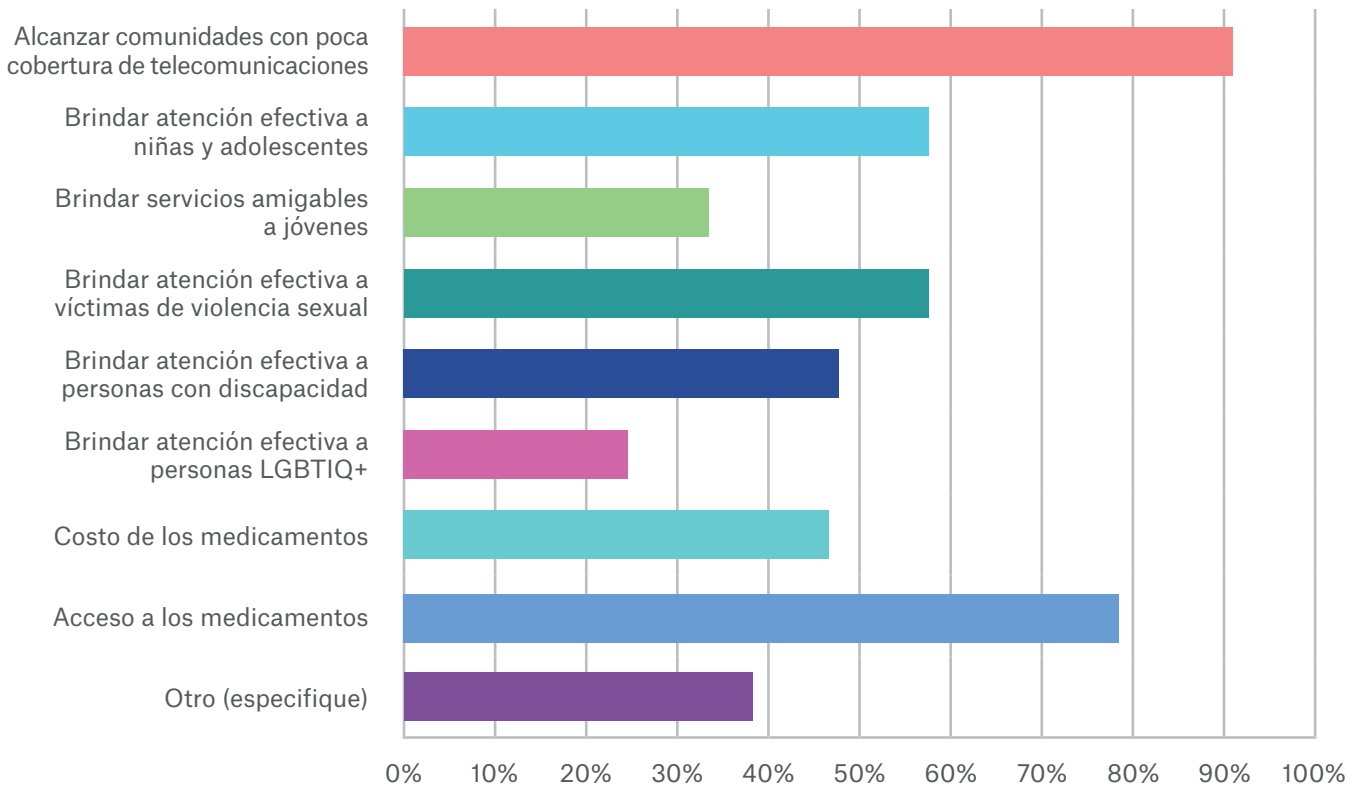
En general, no existe mucha información del estado de las regulaciones, proyectos de regulación, pero tampoco parece haber mucha inquietud al respecto de este apartado y, en concreto, aún menos sobre alguna regulación de teleaborto.



PREGUNTA 11 ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES RETOS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TELEABORTO?

Indique todas las opciones que apliquen

Respondidas: 33 | Omitidas: 27



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Alcanzar comunidades con poca cobertura de telecomunicaciones	90.91%	30
Brindar atención efectiva a niñas y adolescentes	57.58%	19
Brindar servicios amigables a jóvenes	33.33%	11
Brindar atención efectiva a víctimas de violencia sexual	57.58%	19
Brindar atención efectiva a personas con discapacidad	48.48%	16
Brindar atención efectiva a personas LGBTQI+	24.24%	8
Costo de los medicamentos	45.45%	15
Acceso a los medicamentos	78.79%	26
Otro (especifique)	39.39%	13
Total de encuestados		33



Dentro del contexto de la salud digital y en torno a que se vertebra el teleaborto para que sea exitoso, tenemos el acceso a telecomunicaciones en zonas con baja o poca cobertura, así como el acceso y costo de los medicamentos, como criterio general. Evidentemente, la despenalización permitiría acceder al teleaborto desde otra óptica más abierta.

En primer lugar, son muchas las acompañantes y prestadoras que indican que es difícil llegar a las poblaciones rurales, donde el teleaborto cobra un mayor sentido, más aún en poblaciones en situaciones de vulnerabilidad (no tienen dinero para pagar datos, o tienen celulares sencillos), de difícil acceso a centros de salud, a la realización de una ecografía / ultrasonido (o no existe privacidad en cuanto al resultado del diagnóstico), o donde la brecha digital de las poblaciones, o el conocimiento del idioma español o portugués es limitado. Por otro lado, es evidente, que más que las barreras legales, aunque desde luego pesan, el acceso a los medicamentos es un mayor hándicap, para facilitar el crecimiento del teleaborto, tanto por la falta de registro, como por las restricciones para su venta para únicamente los servicios públicos, o para hospitales de segundo nivel.

Alineado con esto, tenemos el costo de estos medicamentos, cuando obligadas por estas restricciones, deben acudir al mercado clandestino, donde el precio se dispara como en cualquier mercado de estas características, pudiendo suponer desde un 50 % del salario mínimo mensual en algunos países, hasta cifras cercanas al 80 % en otros, con los riesgos adicionales de falta de calidad, de mal asesoramiento, o de vender otras sustancias tóxicas bajo la denominación de misoprostol y mifepristona.

Estamos en condiciones de afirmar que la liberalización del acceso a medicamentos, a precios razonables, significaría un crecimiento exponencial para el éxito del teleaborto, tanto a nivel de acompañantes, prestadores o de servicios públicos. Mas aún para las poblaciones con menores recursos económicos y más desfavorecidas. Como han indicado, desde México, «dificultades transporte». Es «más difícil llegar y más costoso el envío de medicamentos, menores frecuencias en el reparto por parte de los servicios de mensajería».

Por lo que se refiere al resto de retos que se han venido indicando tenemos aquellos que están referidos a los contextos legales particulares de cada país, como es el caso de Honduras («*ilegalidad del aborto*»), o la necesidad de «*aumentar la posibilidad que las Entidades prestadoras de salud, faciliten las autorizaciones para los servicios de aborto*» en Colombia. O señalan como reto la «promoción y legitimación del servicio que ofrecemos. La modalidad no otorga la confianza necesaria entre las usuarias que lo demandan» en algunos estados de México.

Desde EEUU, nos indican que un reto es la «brecha digital, el nivel de dominio de herramientas tecnológicas entre usuarias potenciales de servicios. Pasarelas de pago con mucha fricción para usuarias y poco amigables con población no bancarizada. Brindar atención oportuna y efectiva a población migrante».

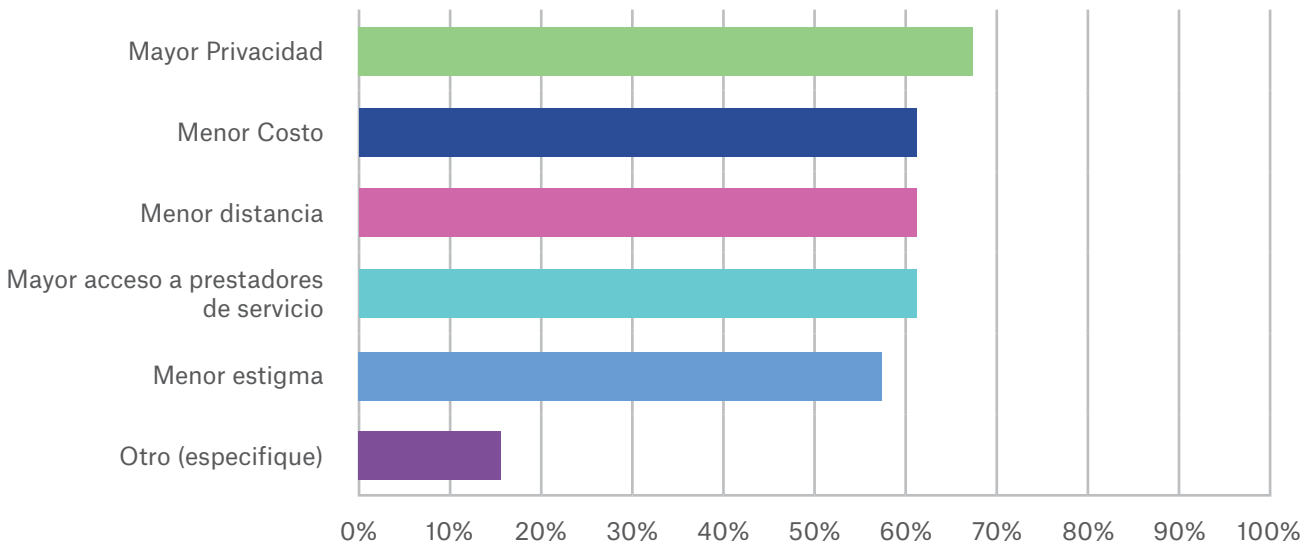


Del mismo modo, refieren como retos el «trabajo en red para derivación de casos que requieran exploración física», o el «compartir información en contextos de violencia intrafamiliar, o por problemas laborales que les impide hablar de forma corrida e ininterrumpida», así como el «seguimiento a los casos» desde Ecuador.

PREGUNTA 12 ¿QUÉ BENEFICIOS REPRESENTA EL USO DE SERVICIOS DE TELEABORTO?

Indique todas las opciones que apliquen

Respondidas: 33 | Omitidas: 27



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Mayor Privacidad	66.67%	22
Menor Costo	60.61%	20
Menor distancia	60.61%	20
Mayor acceso a prestadores de servicio	60.61%	20
Menor estigma	57.58%	19
Otro (especifique)	15.15%	5
Total de encuestados		33

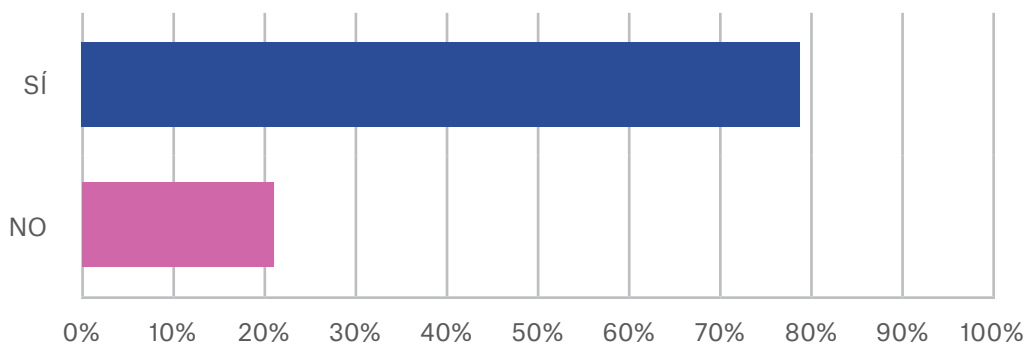


En este punto, podríamos considerar como contradictoria la respuesta de «menor estigma» que se da con mucha frecuencia, cuando al mismo tiempo se valora también como positiva la privacidad y la confidencialidad para las mujeres. En otras palabras, realmente ¿existe una reducción de estigma cuando precisamente se oculta el aborto?, lo cual dejamos para la reflexión y posible investigación.

Otra forma de expresar el acercamiento virtual ha sido la de poder «llegar a más lugares, donde no existe servicios presenciales seguros ni amigables», o la «la opción de acceder a un servicio de aborto que no podría haber de otra manera».

PREGUNTA 13 ¿CUENTA CON UN PROTOCOLO ESPECÍFICO PARA LOS SERVICIOS DE TELEABORTO?

Respondidas: 41 | Omitidas: 19



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
SÍ	78.79%	26
NO	21.21%	7
TOTAL		33

La diferencia en las respuestas a esta pregunta no se circunscribe a prestadores, pues de las respuestas de cada grupo, tienen protocolos en torno al 50 % de cada grupo (acompañantes y prestadores).

En lxs restantes que no se pueden incluir y clasificar entre los dos predominantes, excluyendo a aquellas personas para las que no aplica esta pregunta dado que no prestan el servicio, es claramente mayoritaria la respuesta positiva.

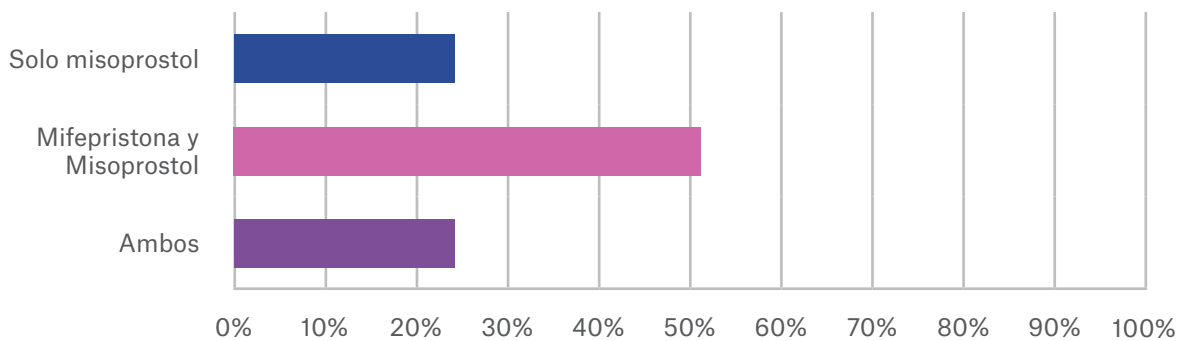


Por su parte, también de manera significativa, en torno al treinta por ciento de los grupos mayoritarios no ha contestado a esta pregunta, si tienen o usan siguen un protocolo específico para teleaborto. La no respuesta podría interpretarse como no.

Nos parece interesante seguir explorando la incorporación de protocolos y notar si hay coincidencias y diferencias de enfoque entre psicólogas, enfermeras, prestadores de SS&R y, por supuesto, de manera especial, entre acompañantes y prestadores. Ver cómo enfocan la seguridad para la mujer de los posibles incidentes y riesgos, de la entrega de medicamentos, por ejemplo.

PREGUNTA 14 ¿CUÁL ES EL RÉGIMEN DE MEDICAMENTOS QUE UTILIZA?

Respondidas: 33 | Omitidas: 27



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Solo misoprostol	24.24%	8
Mifepristona y Misoprostol	51.52%	17
Ambos	24,24%	8
TOTAL		33

La variedad de respuestas de solo, ambos medicamentos, o ambos viene dada por la disponibilidad o no de la mifepristona, de distribución y acceso aún más restringidos, que el misoprostol en la región.

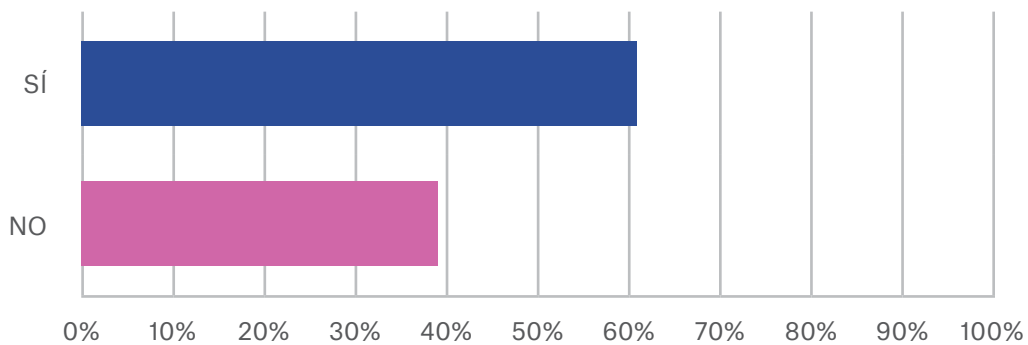
Preferentemente, se busca utilizar el método combinado, tanto por facilitar y permitir la interrupción para más semanas, como por su celeridad, efectividad y seguridad, en entornos restringidos, como por provocar menos dolores a las mujeres.



No hay diferencias significativas en las respuestas entre los diversos grupos. Es de conocimiento generalizado el uso de ambos medicamentos, así como los protocolos de OMS, FIGO o FLASOG. Se conoce que el misoprostol también es válido, aunque sea en dosis más altas, para que pueda ser eficaz y el proceso termine con éxito.

PREGUNTA 15 ¿REALIZA HISTORIA CLÍNICA EN EL PROCEDIMIENTO DE ABORTO A DISTANCIA?

Respondidas: 33 | Omitidas: 27



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
SÍ	60.61%	20
NO	39.39%	13
TOTAL		33

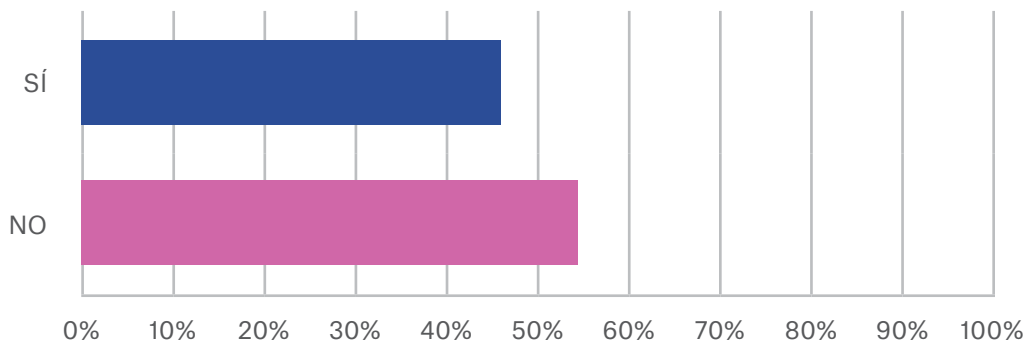
En este apartado sí nos encontramos claramente con un mayor enfoque hacia la realización de historias clínicas por parte de prestadores médicos (trece de veintisiete frente a cinco que indican que no), si bien también es significativo el número de prestadores que no han respondido a esta pregunta (nueve). Pareciera como que, aun siendo anónimas las encuestas, no se dejan pruebas y evidencias de que se ofrece esta asistencia entre ellos, ni aun en este caso donde es CLACAI el destinatario, no respondiendo a este tipo de preguntas.

En el grupo de acompañantes, si realizan historia clínica un treinta por ciento de las que han respondido a esta pregunta (tres de diez), habiendo respuestas en todos los casos.

En el tercer grupo genérico si hay dos encuestados que responden positivamente, correspondiendo en ambos casos a dos psicólogos.

**PREGUNTA 16 ¿LAS USUARIAS DEL SERVICIO FIRMAN
CONSENTIMIENTO INFORMADO?**

Respondidas: 33 | Omitidas: 27



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
SÍ	45.45%	15
NO	54.55%	18
TOTAL		33

Aun cuando comprendemos la importancia del consentimiento informado, -tanto a efectos de su información, como de su derecho a conocer a aceptar y asumir el proceso- está claro que la respuesta es negativa en la mayoría de los casos, más aún si interpretáramos que cuando no se responde positivamente la respuesta es asimilable a las negativas.

Partiendo del conocimiento de la información que recibe la mujer por correo electrónico y por teléfono, debemos de emitir un voto de confianza en ambos sentidos, hacia la prestación verbal del consentimiento informado, así como partiendo de la información que hay en redes sociales y en internet en general respecto del proceso. Valdría la pena indagar por qué no es usada; tal vez, porque tratándose de acompañantes, lo consideren que medicaliza la atención.

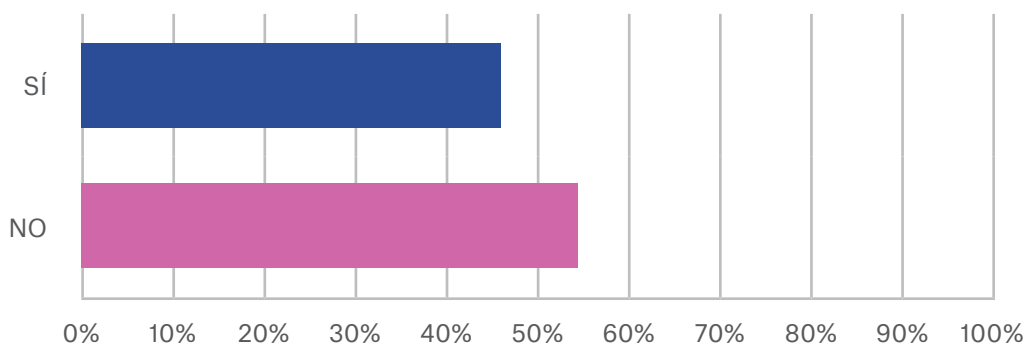
Por otro lado, en muchos países de la región no se incluye el prospecto en los medicamentos con la indicación de posibles efectos secundarios, incompatibilidades, riesgos, o no se tiene la suficiente educación formal para comprender los mismos o, más aún, cuando conocemos que -por seguridad- se mandan pastillas sueltas, sin indicaciones de qué medicamento es.



Lo cierto es que, a pesar de que la mayoría de las respuestas son negativas y eso refleja el estado de esta cuestión entre integrantes de CLACAI, dada la baja incidencia de complicaciones y un enorme éxito con esta modalidad no podemos hacer de la falta de CI por escrito una cuestión de índole crítica, si las mujeres entienden, comprenden y lo prestan de manera verbal.

PREGUNTA 17 ¿FIRMAN AVISO DE PRIVACIDAD?

Respondidas: 33 | Omitidas: 27



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
SÍ	30.30%	10
NO	69.70%	23
TOTAL		33

Es abrumador el bajo índice de respuestas positivas a esta cuestión, cuando a las mujeres que son atendidas se recaban sus datos personales y se incorporan a una base de datos, en el sistema público de salud y en el privado y todos los datos que se recogen a nivel sanitario, son de especial sensibilidad y trascendencia, más aún cuando se resalta que el teleaborto ofrece privacidad, como uno de los puntos más valorados, lo que no viene sino a representar una contradicción que no se firme el aviso de privacidad.

Desde una reflexión autocrítica, en los tiempos actuales donde estamos muy sensibilizados con este tema y con el abuso por parte de los operadores de las redes sociales y servidores informáticos utilizando nuestros datos (y el abuso que cometen), consideramos que es un aspecto que se debería de cuidar y al que debemos prestar más atención, no ya solo desde el punto de vista de las

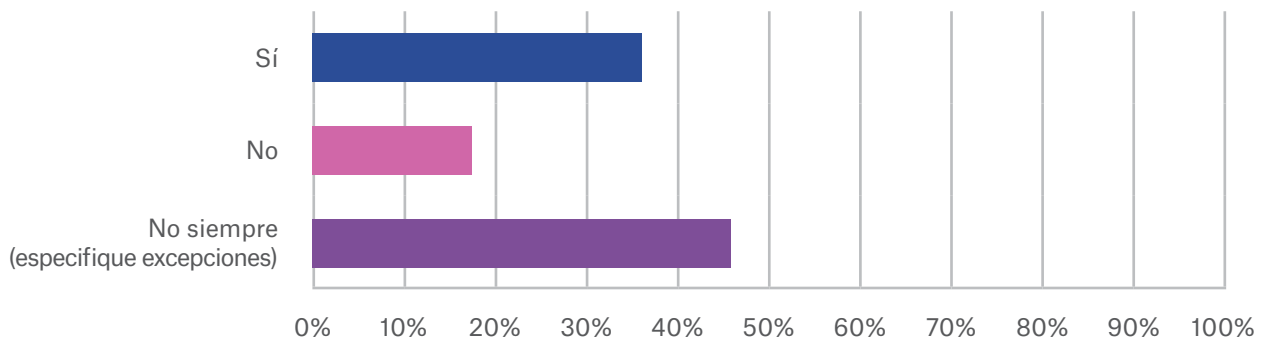


obligaciones legales existentes en cada país, sino desde el propio convencimiento de la necesidad de cuidar este apartado y la información de las mujeres.

Las diferencias en las respuestas entre el grupo de acompañantes (veinticinco por ciento sí y seis que no contestan) y el de prestadores (seis que sí, doce que no y nueve que no contestan) vienen a ser similares en porcentajes sobre el total de respuestas obtenidas.

PREGUNTA 18 ¿SOLICITA ULTRASONIDO/ECOGRAFÍA?

Respondidas: 33 | Omitidas: 27



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Solo misoprostol	36.36%	12
Mifepristona y Misoprostol	18.18%	6
Ambos	45.45%	15
TOTAL		33

Esta es una de las cuestiones que más han motivado contestaciones especificando los motivos, de las más polémicas y, por lo tanto, a las que se debe de prestar atención y encuadrar con particular interés, y que hemos explicado ampliamente en el informe.

Las respuestas giran en bastantes de ellas en torno a la «sospecha de embarazos ectópicos», a pesar de su no elevada frecuencia, pero sí por prudencia y, en segundo lugar, a las dudas de mujeres respecto de la FUM o de las semanas de gestación: «cuando la usuaria no conoce la FUR, o tiene FUR no confiable (irregular, uso de Anticonceptivos previos)».



En ocasiones, manifiestan que hacen un cuestionario más detallado y extenso para descartar un embarazo ectópico («en caso de que la usuaria no tenga recursos se realiza cuestionario para descartar ectópico»).

Otras respuestas donde afirmativamente solicitan el ultrasonido vienen dadas por otras situaciones previas de salud de las usuarias como:

- Solo se solicita ecografía en caso de dudas sobre la edad gestacional o sospecha de patología: aborto incompleto/retenido/molar/ectópico, miomatosis, etc.
- Antecedentes de cirugía uterina, sangrado anormal, FUM incierta, falla de anticonceptivos, posibles riesgos para ectópico.
- Cuando se detecta algún tipo de riesgo o posible complicación.

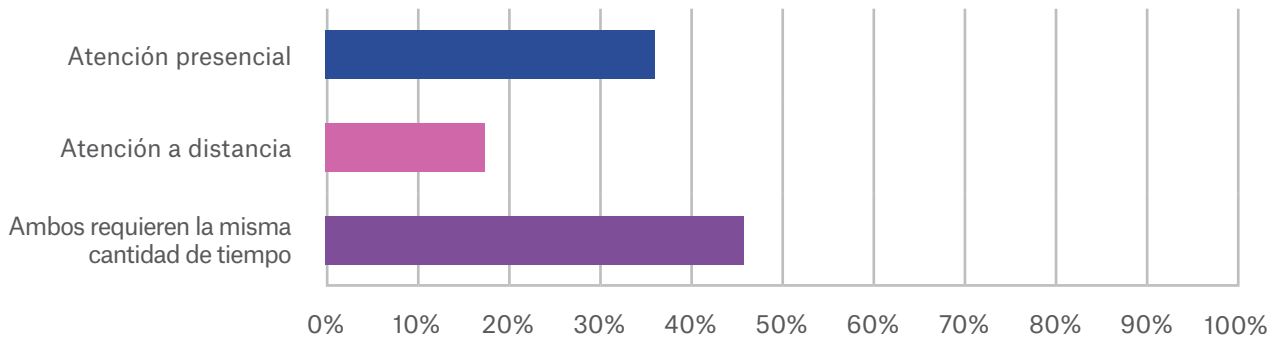
Al igual que con las entrevistas, en lo que hay consenso es en las respuestas afirmativas de solicitar la ecografía cuando se rebasen las primeras 12 semanas de gestación: «en caso de incertidumbre a fecha de última menstruación y todos los casos que superen las 12 semanas».

Más allá del costo de los medicamentos, una barrera de acceso para las usuarias en situaciones vulnerables es también el acceso a realizar un ultrasonido previo, tanto por el precio del mismo, como por su accesibilidad («calidad del ultrasonido en lugares remotos» ej. Doppler en casos a descartar ectópico o implantación en cicatriz uterina”, «no existe acceso cercano para realizarlo»), pero no sólo, hay ocasiones que se pide uno posterior de control, para ver que ha terminado la gestación: «cuando las usuarias no pueden acceder al servicio de ecografía por razones económicas y a las justas van a juntar para el medicamento».

En caso de solicitar pre y post, se dobla el precio y, por lo tanto, aumentan las dificultades en el acceso para mujeres sin recursos, o que no pueden acceder a la ecografía de manera gratuita.

**PREGUNTA 19 ¿EN QUÉ TIPO DE PROCEDIMIENTO DE ABORTO INVIERTE MÁS TIEMPO?**

Respondidas: 33 | Omitidas: 27



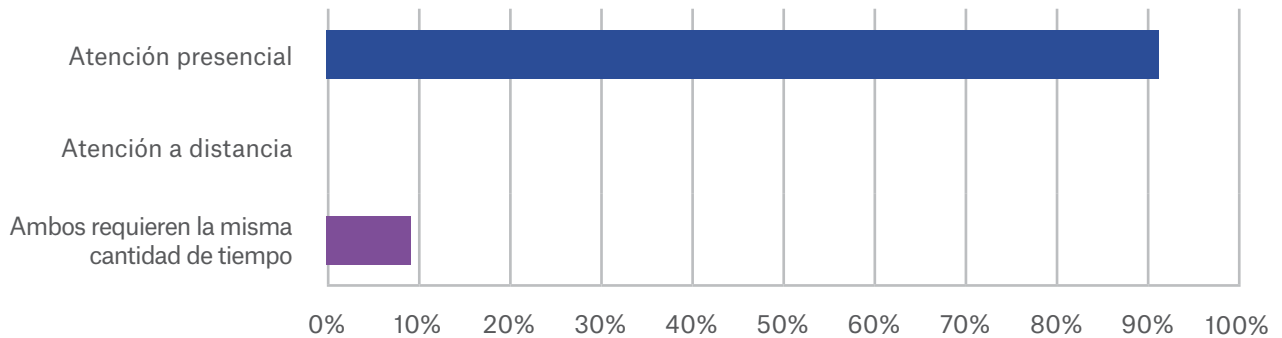
OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Atención presencial	21.21%	7
Ambos requieren la misma cantidad de tiempo	18.18%	6
Ambos	45.45%	15
TOTAL		33

Dentro de las treinta y tres respuestas habituales, los resultados están muy equilibrados entre los tres grupos de acompañantes, prestadores y el resto de otras clasificaciones y subgrupos, si procedemos a desagregar los datos. Así, dentro de las acompañantes, cuatro responden que ambos llevan el mismo tiempo y cuatro que es mayor el tiempo a distancia, mientras que dos indican que la atención presencial (seis no responden). En el grupo de prestadores, siete indican que el mismo tiempo, seis que la atención a distancia y cinco que la atención presencial, mientras que nueve no responden. En el tercer grupo, cuatro responden que ambos llevan el mismo tiempo y uno solo que requiere más la atención a distancia.

Desconocemos si se miden realmente los tiempos y se llevan a cabo estas comparaciones de manera ortodoxa, o si bien las respuestas responden más a la percepción o a una casuística determinada (tiempo de acompañamiento), si bien entendemos que sería interesante explorar y ahondar en ello, si eso pudiera conllevar alguna ventaja a favor del teleaborto tanto para las acompañantes y prestadores, como para las mujeres.

**PREGUNTA 20 ¿EL RÉGIMEN DE MEDICAMENTOS ES EL MISMO PARA EL PROCEDIMIENTO PRESENCIAL QUE PARA EL PROCEDIMIENTO A DISTANCIA?**

Respondidas: 33 | Omitidas: 27



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Sí	90.91%	30
No	0.00%	0
Depende (especifique)	9.09%	3
TOTAL		33

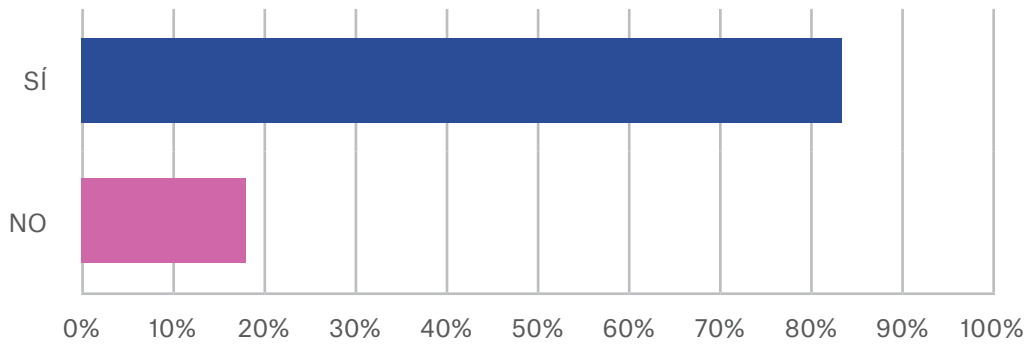
Hay dieciséis encuestados correspondientes al grupo de prestadores y acompañantes que no han respondido a esta cuestión.

Las tres respuestas que han especificado «depende» se enfocan hacia si la mujer tiene acceso a la mifepristona o no, pues de lo contrario solo con misoprostol.

La enfermera que ha contestado a la encuesta indica que depende expresamente de la valoración que haga en cada caso de la mujer y su embarazo.

**PREGUNTA 21 ¿ENVÍA LOS MEDICAMENTOS, RECETA MÉDICA, E INSTRUCCIONES A LAS USUARIAS?**

Respondidas: 33 | Omitidas: 27



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
SÍ	81.82%	27
NO	18.18%	6
TOTAL		33

Por grupos de respuestas, dentro de las que han sido positivas, ocho acompañantes las envían, mientras que dos no lo hacen (seis no responden), mientras que en el grupo de prestadores quince sí llevan a cabo el envío, mientras que tres no lo hacen (no contestan nueve). El envío sí se da; sin embargo, no conocemos con qué frecuencia; afortunadamente disponen de los medios, ofrecen esta opción, incluso en contextos restrictivos.

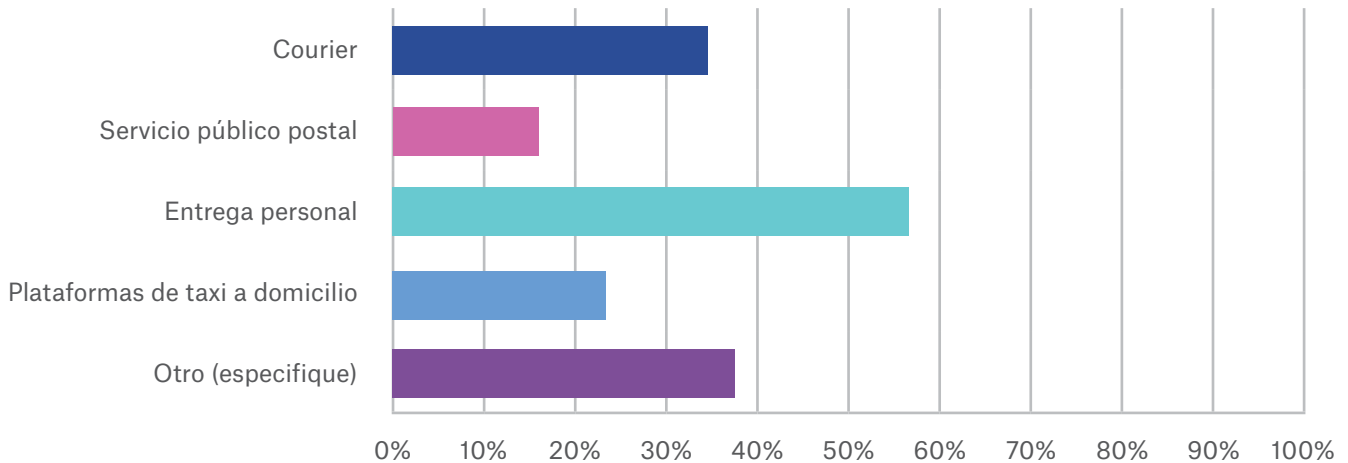
Las respuestas vienen a ser diferentes en función de los países origen de estas, de su facilidad o no de acceso, donde existen mercados clandestinos, más o menos accesibles, o si las mujeres pueden comprarla en farmacias, o incluso solicitar el envío a domicilio a través de servicios de entrega desde la web de las farmacias (México).

En contextos restrictivos sabemos que, dadas las dificultades de acceso así como el costo de los medicamentos, viene a ser uno de los efectos diferenciales para el éxito de teleaborto, al ser uno de los apoyos críticos en torno al cual se vertebra la atención y el éxito del modelo, por lo que es necesario divulgar y compartir soluciones y prácticas en un seminario en torno a los integrantes de CLACAI, así como desarrollar modelos colaborativos con organizaciones globales, que facilitan el medicamento y/o su envío, o bien donan cantidades a algunas organizaciones para la adquisición de los mismos.

**PREGUNTA 22 ¿QUÉ VÍAS UTILIZA PARA EL ENVÍO DE LOS MEDICAMENTOS?**

Indique todas las opciones que apliquen

Respondidas: 26 | Omitidas: 34



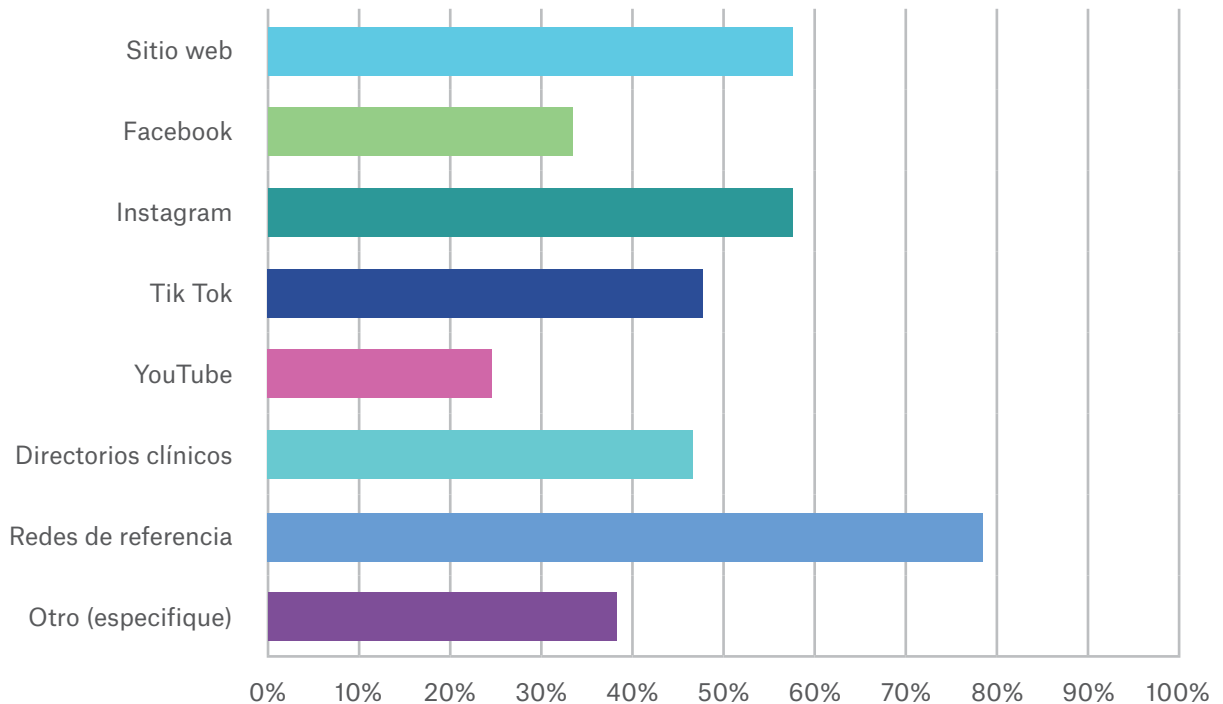
OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Courier	34.62%	9
Servicio público postal	15.38%	4
Entrega personal	57.69%	15
Plataformas de taxi a domicilio	23.08%	6
Otro (especifique)	38.46%	10
Total de encuestados		26

Junto con lo especificado donde vemos que, aun cuando la modalidad de la atención es a distancia, el 57,69 % de las respuestas es la entrega personal de los medicamentos, el 38 % también lo realiza por estos medios:

- Diversos servicios postales y/o Servicio privado postal (México-Estafeta)
- Empresa de entregas con contrato con Profamilia
- Acuden al consultorio a recoger en persona o mandar a alguien de confianza.
- Una alianza/organización internacional aliada nos facilita los medicamentos.
- Entrega personal siempre. Costa Rica.
- Depende de la distancia.
- Las mujeres lo compran. México.

**PREGUNTA 23 ¿QUÉ MEDIOS USA PARA DIFUNDIR SUS SERVICIOS?**

Respondidas: 33 | Omitidas: 27

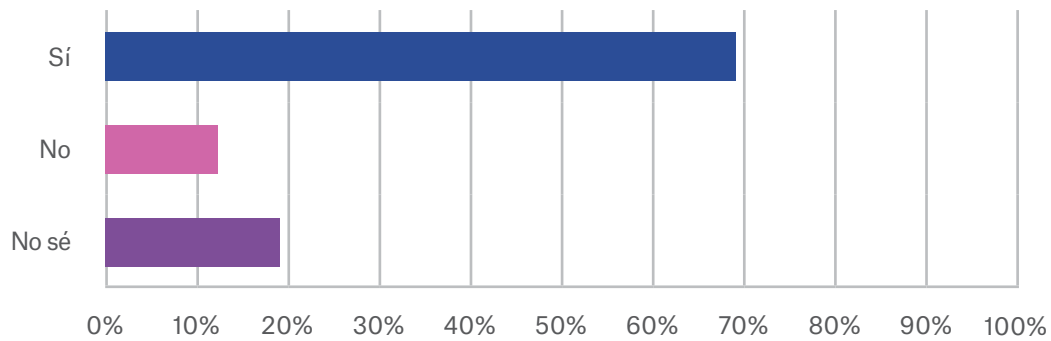


OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Sitio web	53.13%	17
Facebook	56.25%	18
Instagram	50.00%	16
Tik Tok	12.50%	4
YouTube	12.50%	4
Directorios clínicos	12.50%	4
Redes de referencia	81.25%	26
Otro (especifique)	31.25%	10
Total de encuestados		32

Existe una variedad de respuestas que, lógicamente responden a contextos legales en los que se realiza la prestación y amparándose en el derecho a la información y no en la difusión («no puedo difundir»). La divulgación, según lo que responden en la opción de «Otro»: se realiza de boca en boca de manera sustancial, publicidad en medios, por grupos de WhatsApp, radio web, radio comunitaria, pero también a través de directorios clínicos (dos respuestas), compañías aseguradoras (Colombia), o líderes de opinión, influencers y actores comunitarios.

**PREGUNTA 24 ¿TIENE INTERÉS O CAPACIDAD PARA INCIDIR CON TOMADORES DE DECISIONES SOBRE TEMAS DE TELESALUD Y TELEABORTO?**

Respondidas: 32 | Omitidas: 28



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Sí	68.75%	22
No	12.50%	4
No sé	18.75%	6
TOTAL		32

Es desconcertante que las respuestas sean positivas a este grado, cuando la realidad del derecho al aborto en la región es complicada; en consecuencia, en lo relativo a la posible regulación de teleaborto y telesalud, en las que no hay posibilidades a corto plazo. O, cuando constatamos que simplemente no se conoce muy bien el estado de las regulaciones de la salud digital entre los encuestados. Mas aun cuando se destaca la falta de sensibilidad de las autoridades públicas hacia este tipo de soluciones en el acceso a la salud por parte de la población.

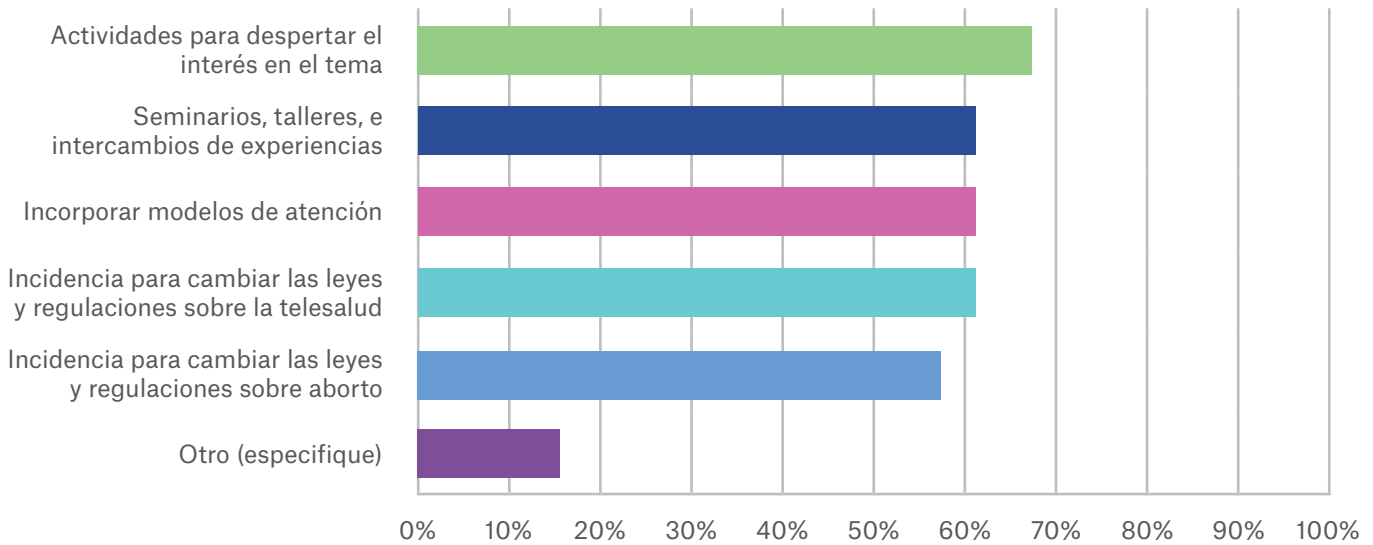
Seguramente hay capacidad de interlocución con tomadores de decisión, que desde luego es relevante aprovechar y despertar su interés, como se responde en la siguiente pregunta, aun cuando sabemos, no necesariamente conduce a cambios en la ley.



PREGUNTA 25 ¿QUÉ ACTIVIDADES LE GUSTARÍA PROPONER A TOMADORES DE DECISIONES EN TEMAS DE TELESALUD Y ABORTO?

Indique todas las opciones que apliquen

Respondidas: 28 | Omitidas: 32



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Actividades para despertar el interés en el tema	57.14%	16
Seminarios, talleres, e intercambios de experiencias	75.00%	21
Incorporar modelos de atención	71.43%	20
Incidencia para cambiar las leyes y regulaciones sobre la telesalud	53.57%	15
Incidencia para cambiar las leyes y regulaciones sobre aborto	85.71%	24
Otro (especifique)	7.14%	2
Total de encuestados		28

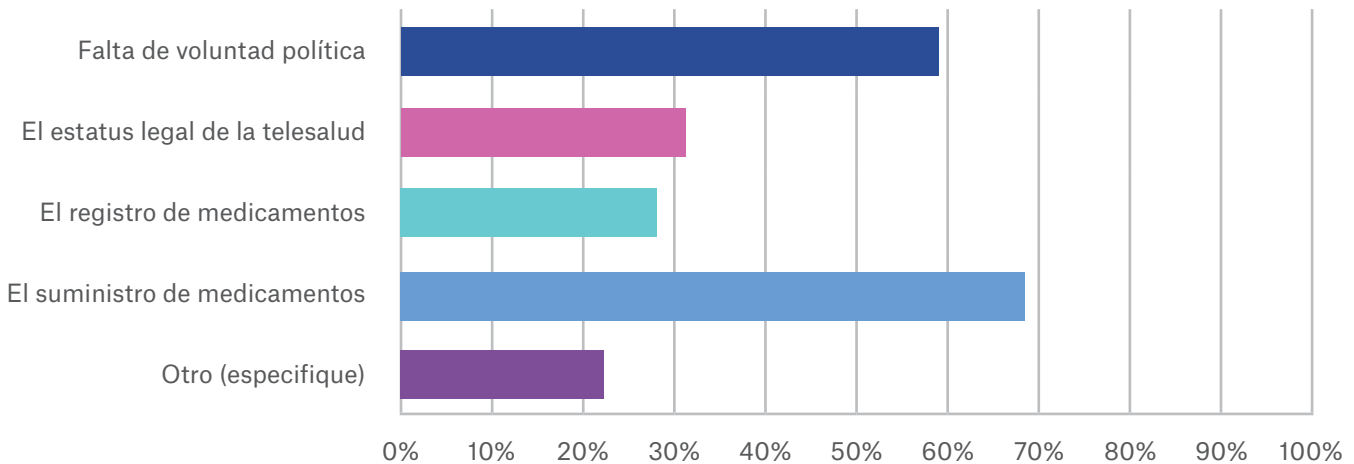
El apartado otro está referido en ambas al acceso a medicamentos



PREGUNTA 26 ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES RETOS PARA LA INCORPORACIÓN DE LA TELESALUD EN SU PAÍS?

Indique todas las opciones que apliquen

Respondidas: 26 | Omitidas: 34



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Falta de voluntad política	59.38%	19
El estatus legal de la telesalud	31.25%	10
El registro de medicamentos	28.13%	9
El suministro de medicamentos	68.75%	22
Otro (especifique)	21.88%	7
Total de encuestados		32

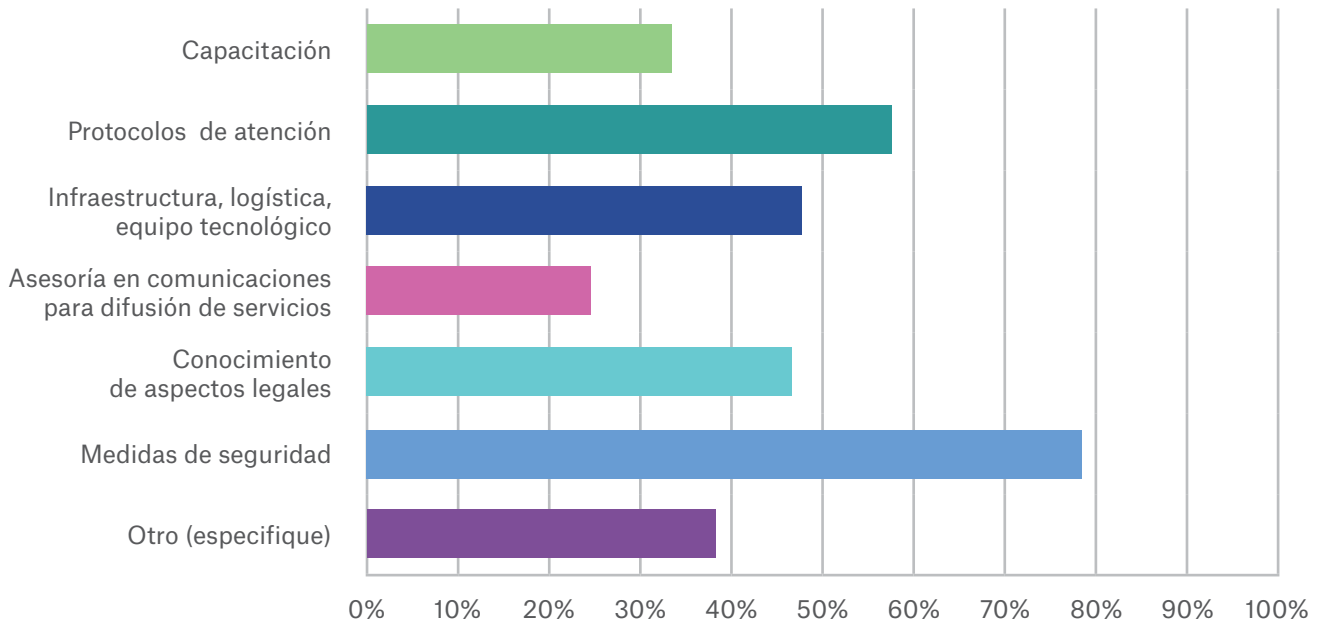
En el apartado de otros tenemos las siguientes cuestiones englobadas y que aplican para la región:

- «El estigma que impera en el ministerio de salud, educación y en general con el actual gobierno que es Opus Dei». Ecuador.
- «Falta de confianza y conocimiento en los protocolos de aborto en casa por parte de los profesionales y los administradores en salud». Colombia
- «Presupuesto del Estado para implementar atención en telesalud, capacitación a servidores de salud». Ecuador
- «El acceso a internet de posibles usuarias remotas». Varias respuestas.



PREGUNTA 27 ¿QUÉ NECESITARÍA PARA PODER INCLUIR LA TELESALUD DENTRO DE SUS SERVICIOS?

Respondidas: 15 | Omitidas: 45



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Capacitación	33.33%	5
Protocolos de atención	46.67%	7
Infraestructura, logística, equipo tecnológico	40.00%	6
Asesoría en comunicaciones para difusión de servicios	33.33%	5
Conocimiento de aspectos legales	40.00%	6
Medidas de seguridad	60.00%	9
Otro (especifique)	33.33%	5
Total de encuestados		15

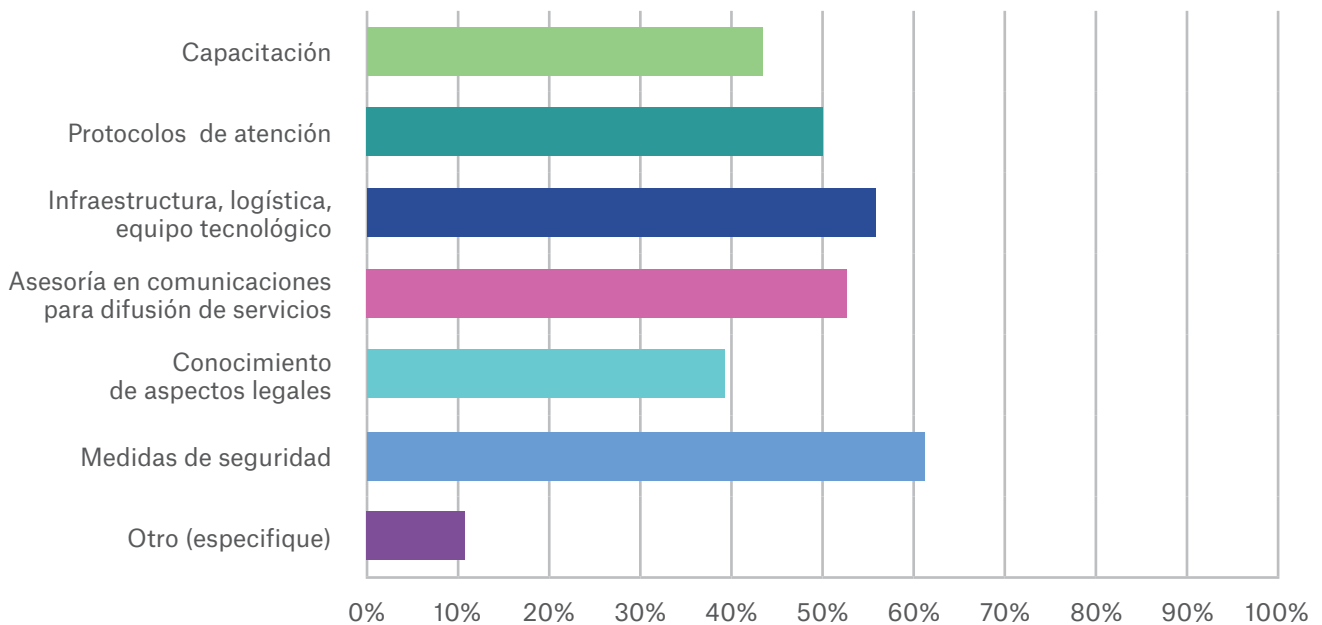
Son pocas las respuestas que hemos tenido en esta pregunta. En el apartado de otros, las respuestas de los encuestados han sido la de «sugerir plataformas seguras, ciberseguridad y levantamiento de información», o tener «personal sensibilizado y comprometido con el tema», poder acceder a «récord médico electrónico» (Puerto Rico), así como «consolidar una estrategia de acompañamiento a población migrante, con la capacidad de brindar los medicamentos» (Tamaulipas, México), «mejorar el contexto social» (Guatemala). También nos encontramos con «no prestamos servicios, pero en Brasil necesitamos en este momento de medidas de seguridad y apoyo jurídico para protección a los servicios y profesionales perseguidos por el gobierno federal y sus aliados por ofrecer el aborto legal por telesalud».



**PREGUNTA 28 ¿EN QUÉ LE PODRÍA APOYAR CLACAI PARA INTRODUCIR/
FORTALECER SUS SERVICIOS DE ABORTO POR TELEMEDICINA?**

Indique todas las opciones que apliquen

Respondidas: 46 | Omitidas: 14



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Capacitación	43.48%	20
Protocolos de atención	50.00%	23
Infraestructura, logística, equipo tecnológico	56.52%	26
Asesoría en comunicaciones para difusión de servicios	52.17%	24
Conocimiento de aspectos legales	39.13%	18
Medidas de seguridad	60.87%	28
Otro (especifique)	10.87%	5
Total de encuestados		46

Las especificaciones a esta pregunta se centran en recibir «soporte jurídico y/o soporte a estrategias de incidencia para cambiar la regulación del misoprostol en Brasil y trabajar para la aprobación de mifepristona», así como en el «intercambios de experiencias entre países» o en el acceso a «insumos médicos» en Honduras.



PREGUNTA 29 ¿TIENE OTROS COMENTARIOS SOBRE ABORTO Y TELEMEDICINA QUE QUIERAS COMPARTIR?

Respondidas: 18 | Omitidas: 42

Transcribimos literalmente las repuestas recibidas:

- «Hay un reto cultural que hay que sortear y es que las personas desconocen la telemedicina y prefieren mayoritariamente lo presencial. Hay que fortalecer comunicacionalmente este recurso» Chile.
- «El contexto boliviano se encuentra en una etapa de retorno a la normalidad. Por otro lado, es importante tomar en cuenta la cultura de las personas confía más en las consultas presenciales”
- «Ofrecer teleaborto en lenguas propias». México.
- «El temor es que se utilice para embarazos de tercer trimestre y ocurra una muerte materna». Perú
- «Se debe avanzar en la reglamentación de la receta digital». Argentina
- «Existen diferentes sistemas de salud / IMSS, ISSTE, PEMEX, PRIVADO, SSA/ y no todos avanzan al mismo ritmo de la medicina basada en evidencia». México.
- «Me gustaría hacerlo en mi país». Ecuador.
- «Es importante tener en cuenta la salud de la paciente; el aborto por telemedicina, si se basa únicamente en el monitoreo de la paciente de su última menstruación y no se hace sonograma, puede dar lugar a dosis incorrectas». Puerto Rico
- «Es una forma eficaz de llegar con aborto a comunidades distantes». Colombia
- «El seguimiento de los casos es mucho más fácil cuando se hace por telesalud». Ecuador
- «La telemedicina, es una opción en contextos como el nuestro dónde los servicios de aborto seguro están lejos de las usuarias». Perú
- «En Honduras de acuerdo a la legislación es ilegal y solo se acepta por las 3 causales, pero incluso ni con estas se brinda el servicio, por lo que la actividad que se realiza es más por el boca a boca con las usuarias o son casos por servicio prioritario o de violencia sexual».
- «Hemos acompañado casos específicos pero nuestro trabajo es principalmente con adolescentes, por lo que sentirnos cerca les brinda seguridad». Guatemala
- «En El Salvador. la prohibición absoluta del aborto y la persecución activa por la Fiscalía General de la República, no permiten servicios de telesalud relacionados con aborto de forma pública».
- «Como organización, podemos decir que estamos en una etapa inicial y de construcción de estrategia en telesalud. Toda información para fortalecer nuestras acciones será muy oportuna» México

31 marzo 2022



ANEXO B: **CARACTERIZACIÓN** **DE LOS MODELOS DE** **ATENCIÓN PROFAMILIA** **COLOMBIA Y MEXFAM**





ASPECTO	MEXFAM	PROFAMILIA
	<p>En México no existe una ley o reglamentación de obligatoriedad nacional para brindar servicios médicos a distancia. El 21 de diciembre de 2015 se publicó en el Diario Oficial de la federación la cancelación del proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA3-2015 para la regulación de la atención médica a distancia debido.</p>	<p>En Colombia existe desarrollo normativo desde hace más de una década. Este marco normativo se encuentra conformado por 15 disposiciones legales. Entre ellas la ley 1419 (2010).</p>
	<p>Aun cuando en México no existe un marco legal o normativo para la telemedicina/ telesalud, para presta servicios de teleaborto, MEXFAM Consideró otros instrumentos que hacen referencia al derecho a la salud y a los procesos para brindar servicios de salud a distancia.</p>	<p>A pesar de existir legislación para la telesalud, la relación entre el uso de las TIC y la atención del aborto no es clara ni directa. No existe por parte de la autoridad del sector un lineamiento específico para la atención del aborto por telemedicina.</p>
Tiempo de implementación	Septiembre 2020	Mayo 2020
Tipo de modelo	Asistencia centro-a-centro: la usuaria se dirige a una clínica y desde allí recibe asistencia remota desde otro centro de atención	Asistencia directa a la paciente: el proveedor ofrece atención remota desde el centro de salud
Ruta de atención	<ol style="list-style-type: none"> 1) Interconexión a través de Zoom entre los dos puntos de atención: el Centro Emisor (CE – clínica que solicita el servicio) y el Centro Receptor (CR – clínica que ofrece el servicio). 2) El médico realiza la consulta de valoración a la usuaria por videollamada 3) De ser candidata para el procedimiento de, le da las indicaciones, le explica los efectos secundarios, los datos de alarma y agenda el seguimiento 4) El médico envía la fórmula o receta al CE y la orientadora entrega el medicamento 5) El mismo médico es la persona responsable de realizar el expediente clínico de la usuaria atendida por Telesalud MEXFAM en el CR; y de la consulta de seguimiento telefónico o videollamada. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Aplicación de los formatos de consentimiento 2) Agendamiento de la cita 3) Calidad del contacto sincrónico del personal de salud con personas usuarias. 4) Familiaridad del personal prestador del servicio con la herramienta tecnológica para la atención 5) Receptividad de las usuarias frente a la atención a través de esta modalidad.

Fuente: elaboración propia con información del reporte “Desafíos y oportunidades para la prestación de los servicios de teleaborto en Colombia y México en tiempos de COVID 19”

1 Asociación Profamilia y MEXFAM (2021). Acceso al aborto seguro en tiempos de COVID-19: desafíos y oportunidades para la prestación del servicio de aborto por telemedicina en Colombia y México. Bogotá D.C. y Ciudad de México



ANEXO C: **LEGISLACIÓN** **TELESALUD** **REGIÓN**





Tanto a través de las entrevistas realizadas, como en la encuesta, ha quedado de manera palmaria que se desconoce la legislación ya existente en algunos países de la región, tanto desde el punto de vista troncal de alguna regulación específica (por ejemplo, Perú), como de legislaciones anexas que pueden influir (v.gr. receta digital), o de planes específicos de desarrollo de la salud digital y proyectos concretos, si bien lamentablemente no encontramos enfocados al teleaborto.

En este contexto, hemos recabado información de la legislación sobre salud digital en la región que hemos encontrado relevante para esta consultoría, esperando que sea de apoyo y ayuda para un acercamiento básico al marco legal.

Como es obvio, esta regulación está enfocada a la práctica por médicos y profesionales sanitarios titulados, dentro de sistemas formales sanitarios, no contemplando el ejercicio por acompañantes, a las cuales se podría acusar de «intrusismo profesional», más allá de la práctica del aborto, o de otras prácticas tipificadas que son vulneradas como las fiscales en cuanto a la distribución de medicamentos, protección de datos, o vulneración de la normativa clínica.

Lo que hemos observado es que, desde la experiencia de la regulación del aborto, cualquier regulación supondría un corsé y más limitaciones a las ya existentes para el acceso, por lo que se prefiere la alegalidad / no regulación versus la ilegalidad desde una normatividad que presuponemos no sería precisamente favorable.

La oportunidad es tratar de influenciar en los tomadores de decisión y hacer la oportuna labor de advocacy en este contexto, para dar visibilidad y accesibilidad a esta vía de acceder al aborto a distancia, que mejora la gestión de los siempre escasos recursos públicos sanitarios (más aún como ha evidenciado la pandemia del COVID), tanto a nivel material de camas y servicios disponibles, como de ahorro de costos económicos.

En ningún momento, queremos trasladar alarmismo sobre estos puntos, sino conocimiento e información sobre posibles riesgos y elaborar estrategias jurídicas de defensa y reducción de daños y riesgos en su apoyo a las mujeres, que podrían darse desde el Subcomité jurídico de CLACAI.

El derecho a la salud reconocido constitucionalmente -como un derecho fundamental en las normas supremas de cada país- de la región ha dado lugar a importantes victorias en las Supremas Cortes Constitucionales de algunos países, lo cual nos debe inspirar y guiar como criterio para ampliar el acceso al aborto y, por ende, al teleaborto, como vía de materializar este derecho a la salud por parte de las mujeres.

Un breviarío de cómo está la legislación por países en la región, al margen de los posibles tratados internacionales suscritos por los países es la que sigue. Algunas tienen ya bastante antigüedad, a pesar de lo cual el desarrollo no ha sido impulsado desde una clara vocación de servicio hacia la población más alejada y necesitada, para la cual la salud digital puede ser un elemento claramente de equidad en el acceso integral a la salud personal.



1 / ARGENTINA

La Constitución de la Nación Argentina en su capítulo segundo, Artículo 4216, recoge los derechos y garantías, incluyendo la protección constitucional a la protección de la salud, en el marco del/de la consumidor/a y de/de la usuario/a de los bienes y servicios; mientras que, en su Artículo 14 bis, establece la protección integral de la familia; y si bien, es la norma superior del ordenamiento jurídico, el Artículo 75 en su apartado 22 otorga a los tratados internacionales jerarquía superior a las leyes, recogiendo en su párrafo segundo un listado de aquellos Tratados aprobados que gozan de jerarquía constitucional.

Por lo que se refiere al orden jerárquico de las normas del ordenamiento jurídico argentino que el inc. 22 del Artículo 75 de la Constitución Federal aporta como novedad que, las normas del derecho internacional de los derechos humanos gozan de jerarquía constitucional, en las condiciones de su vigencia, sin que, en ningún caso, deroguen artículo alguno de la Constitución Federal, sino que complementan los derechos y garantías que reconoce la misma.

La base legal de la Telemedicina parte del reconocimiento del derecho del ciudadano a la salud y a la protección integral de la familia, que como principios recoge la Constitución Federal.

1.1 Legislación sobre Telemedicina. Marco normativo

Tras la reunión plenaria de senadores el 1 de septiembre de 2020²³²⁴, en la que se trataron diversos Proyectos Ley sobre Telemedicina e Historia Clínica Electrónica, el 15 de octubre de 2020 fue sancionado por el Senado de la Nación Argentina el Proyecto de Ley de Telemedicina como prestación de servicios de salud.

El proyecto de Ley es otro punto más en el circuito legal argentino (Ley 27.078, sobre Argentina digital, Ley 25.326 sobre habeas data, Ley 26.529 de Derechos del Paciente, Ley 27.553 sobre Recetas electrónicas o digitales, Proyecto de Ley de Historia Clínica Electrónica) para alcanzar la atención médica digital y la conectividad nacional en el ámbito de salud, con el objetivo de mejorar la accesibilidad de las personas, fortaleciendo los procesos de salud y optimizando los recursos disponibles, a la vez que define cuáles son las condiciones de implementación y las prácticas a distancia de los servicios sanitarios que deben implementarse para alcanzar dichos objetivos.

Por ello, en esas tareas deben aprobarse recursos normativos que permitan alcanzar la esencialidad de los servicios de las TIC y el acceso a las redes, garantizando, de ese modo, la disponibilidad, desde un precio justo y razonable, como recoge el Decreto 690/2020 que modifica la Ley 27.078, sobre Argentina digital, y que considera que el acceso a internet es un derecho digital «que posee toda persona con el propósito de ejercer y gozar del derecho a la libertad de expresión».



1.2 Plan Nacional de Telesalud

El 13 de septiembre de 2019 fue publicada la Disposición N. 1/2019 dictada por la Dirección Nacional de sistemas de información en salud, que aprueba la Recomendación del uso de la Telemedicina: encuentro entre el profesional de la salud y el paciente utilizando las tecnologías de la información y comunicación en tiempo real.

En la referida Disposición N. 1/2019 el Grupo Asesor creado por la Secretaría de Gobierno de Salud, en virtud de las facultades conferidas a la Dirección Nacional de Sistemas de Información por la Resolución 21/2019 que aprueba el Plan Nacional de Telesalud (PNS)³⁶, y «Dada la ausencia de marco legal y regulatorio en la República Argentina sobre el tema, se elaboraron recomendaciones para mejores prácticas», promueve Recomendaciones y Sugerencias, «a los efectos de colaborar en el desarrollo e implementación y la calidad del plan Telesalud» (diferente denominación en virtud del consenso alcanzado: Recomendaciones, si superan el 70 %, y Sugerencias si no alcanzan ese porcentaje). El Anexo de la Disposición N° 1/2019 establece que son Recomendaciones aquellas consideraciones de las que se aconseja su aplicación, frente a las Sugerencias que deben evaluarse en cada contexto clínico.

Las Recomendaciones se emiten «para garantizar el acceso a la telemedicina en ciertos escenarios donde ésta pueda facilitar el contacto del individuo en su comunidad con el sistema de salud» con la finalidad de fortalecer la práctica médica, pero no con el objetivo de reemplazar la atención médica tradicional, por lo que es el médico el que debe elegir en virtud del contexto, siempre con el consenso y consentimiento informado del paciente.

El Plan Nacional de Telesalud es la línea de acción nacional para afianzar la estrategia de la agenda pública nacional establecida para alcanzar la armonización de la red integral interconectada e interoperable, y de este modo facilitar el uso de las TIC en el ámbito de la salud. La extensión geográfica, por un lado, y el contexto normativo federal y descentralizado, por otro lado, repercuten no sólo en la distribución de los recursos humanos, sino también en los materiales.

El desarrollo del PNS se articula sobre tres ejes estratégicos:

- Gobernanza y rectoría, cuyo fin es alcanzar una visión común para construir desde la armonización e integrando los servicios de salud a través de los acuerdos que se alcancen con las instituciones provinciales, siendo el referente del PNS la Dirección Nacional de Sistemas.
- Información en Salud, a fin de integrar el nivel provincial en el federal y nacional.



- Necesidad de que el marco específico legislativo deba operar y desarrollarse a partir de una Ley Marco que priorice, entre otros, la protección de la privacidad, intimidad y confidencialidad de los datos personales de salud y dé respuesta a aspectos inter y trans jurisdiccionales.
- Gestión nacional, con el fin de incluir como nodos de Telesalud a todas las instituciones de salud.
- Desarrollo de programas de referencia en Telemedicina y Teleeducación que persiga los mismos objetivos, a partir del PNS y de las necesidades sanitarias que puedan ser abordadas.

Las oportunidades que ofrecen las TIC, las experiencias internacionales y provinciales, y las recomendaciones de los entes supranacionales son el escenario de impulso favorable para la creación de normas que permitan la reducción de las distancias entre paciente y médico, y la interacción entre los profesionales de la salud, de modo que las brechas discriminatorias de la densidad geográfica no afecten a las personas y al desarrollo del bienestar de éstas.

2 / BOLIVIA

2.1 Constitución Política

El Artículo 18 de la Constitución Política del Estado de 2009 que reza «todas las personas tienen derecho a la salud» 42 está ubicado en el Título II del capítulo segundo, intitulado «derechos fundamentales», por lo que goza de una mayor protección frente a aquellos derechos civiles y políticos cuyo catálogo está contenido en el capítulo tercero del mismo Título.

En la sección II de del capítulo quinto del mismo Título (artículos 35 a 45 de la CPE) se desarrolla el derecho a la salud, siendo el Estado el garante del mismo, y el que debe promover las políticas encaminadas a mejorar no sólo la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito a los servicios de salud, controlando y regulando mediante Ley tanto los servicios públicos como privados, y siempre garantizando el acceso universal. Este derecho a la salud se constituye como una primera responsabilidad financiera y es una de las funciones supremas del Estado, ya que éste debe prevenir las enfermedades y promover la salud.

Frente al derecho a la salud, que se configura como un derecho fundamental, el derecho a la privacidad está regulado en el Artículo 21 de la CPE, que está ubicado en la sección I, capítulo tercero del Título I, y, por tanto, no incluido en el marco de los derechos fundamentales, sino de los derechos civiles.



2.2 Normatividad específica

La Ley de prestaciones de servicios de salud (LPSS), al igual que la Ley 475 (ut infra) establece en el listado de definiciones que cabe entender Equipo móvil de salud, que está relacionado con los principios recogidos en el Artículo 2, y en concreto, y en lo relativo al objeto de la presente investigación, el principio de «Oportunidad. Los servicios de salud se brindan en el momento y circunstancias que la persona, familia y comunidad los necesiten, sin generar demoras ni postergaciones innecesarias que pudiesen ocasionar perjuicios, complicaciones o daños», lo cual conocemos que representa un elemento fundamental en la interrupción del embarazo.

La Telesalud «tiene el potencial de mejorar el acceso de los pacientes a la asistencia sanitaria especializada, pero se dispone de poca información en cuanto a la eficacia en relación con los costes, al acceso a los servicios o a la satisfacción del usuario.»

Enunciado y principio incorporado tanto en el principio de oportunidad como en los de eficacia, equidad e integralidad recogidos en el Artículo 2 de la Ley de prestaciones de servicios de salud, y en las definiciones: infraestructura sanitaria en relación con los distintos niveles de atención en salud que recoge el Artículo 3 del mismo cuerpo legal. El Capítulo VI de la LPSS regula el Sistema único de información en salud y tecnologías de la información, cuya pretensión constitutiva es integrar y centralizar la información en cada uno de los niveles de gestión y atención médico- sanitaria.

A tal fin habilita al Ministerio de Salud para que dicte las normas reglamentarias que desarrollen las directrices de digitalización, interoperabilidad, gestión, administración y uso de tecnologías de información y comunicación, permitiendo que se materialicen, entre otros objetivos, la gestión del expediente clínico digital, así como aquellos que se establezcan por reglamentación específica.

Siguiendo dichas pautas es, por un lado, aprobada la Ley 475, a la que haremos referencia en el siguiente epígrafe, y el Programa Nacional de Telesalud para Bolivia.

2.2.1 Ley 475 de 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral

El ámbito de aplicación de la Ley 475 de 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral del Estado plurinacional de Bolivia, comprende cada una de las capas que integran el servicio de salud, sea privado sea público y son beneficiarios todos los habitantes que no cuenten con algún seguro de salud.

En el apartado 6: «Equipo Móvil de Salud. Es un equipo multidisciplinario de profesionales y técnicos de salud que realiza atención en lugares alejados



o en aquellos que no son cubiertos por el personal de los establecimientos de salud».

Los establecimientos de salud que ofrecen sus servicios a los pacientes beneficiarios comprendidos en la Ley N° 475 pueden realizar las prestaciones a través del Proyecto Nacional de Telesalud para Bolivia, como recoge la Resolución Ministerial N° 200 de 26 de marzo de 201546.

Lo que debe destacarse de la Ley N° 475 es el hecho de que está prevista la atención en «aquellos que no son cubiertos por el personal de los establecimientos de salud», puesto que el fin de la Ley es la universalización de la atención integral de la salud (Artículo 2.2).

El mismo año 2013 se aprobó la Ley 396, de modificaciones al Presupuesto General del Estado 47, que en su Artículo 21 autoriza la asignación presupuestaria al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, a través del Tesoro General de la Nación, para dar cumplimiento con lo dispuesto en el Artículo 20, a saber, la implementación de la primera fase del proyecto «Telesalud para Bolivia» a nivel nacional.

2.2.2 El Programa Nacional de Telesalud

La Resolución Ministerial N° 891 del Ministerio de salud crea el Programa Nacional de Telesalud en el marco dispuesto por el Artículo 122 del Decreto Supremo N° 29894, el cual faculta a los ministerios para crear unidades responsables de implementar, aplicar, ejecutar las funciones atribuidas por el Programa Artículo 90 del mismo cuerpo legal, entre las cuales figura, «Garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación» (Artículo 90, letra d).

Dicho proyecto iniciado el 2 de enero de 2009, tiene como misión «Conducir y promover la incorporación, uso de las TIC y dispositivos médicos digitales para su aplicación pertinente, segura, eficaz y eficiente para garantizar el acceso a la salud, calidad en la atención y optimización de los recursos humanos en salud, contribuyendo al derecho a la salud, mejorar la calidad de vida y el acceso universal de los servicios de salud de toda la población.»

Los calificativos utilizados en la Misión del Programa Nacional de Telesalud son: pertinente, segura, eficaz y eficiente. Esto es consecuente con el hecho de que el derecho a la salud es un derecho fundamental que deben garantizar y proteger los actores institucionales.

Los obstáculos a su implementación no son sólo geográficos, sino que también están relacionados con la inversión en las nuevas tecnologías, y en la formación de los usuarios del sistema, así como, en los servicios de conectividad: «el acceso por red, de forma práctica y bajo demanda,



a un conjunto de recursos de computación configurables (por ejemplo, redes, servidores, almacenamiento, aplicaciones y servicios) que pueden ser suministrados y desplegados rápidamente con una mínima gestión o interacción con el proveedor de servicio».

3 / BRASIL

3.1 Constitución de la República Federativa de Brasil

La Constitución de la República Federativa de Brasil, en su Artículo 6 recoge la salud como un derecho social, siendo competencia de los órganos institucionales cuidar y defender la salud (Artículos 23 y 24), correspondiendo a los municipios prestar los servicios de atención a la salud de la población (Artículo 30), asegurando el cumplimiento de la inversión mínima en acciones y servicios públicos de salud (Artículo 34), pudiendo intervenir el Estado o la Unión en los municipios si no cumplieren con dicha obligación de invertir esos valores mínimos de los ingresos municipales.

El desarrollo constitucional del derecho de la salud se recoge en la sección II del Título VIII (artículos 196 a 200) debiendo destacar que es definido como «un derecho de todos y un deber del Estado que ha de ser garantizado mediante la estructuración de políticas sociales y económicas destinadas a reducir el riesgo de padecer enfermedades y otras contingencias, así como el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación».

En conclusión, el ámbito constitucional avala la implantación y desarrollo de la Telemedicina no sólo desde el ámbito estatal, sino desde el municipal.

3.2 Ley N° 8.080, de 19 de septiembre de 1990

La Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 de ámbito nacional, regula las acciones y servicios de salud, y en consonancia con lo dispuesto por el Artículo 6 de la Constitución asigna la salud en el conjunto de los derechos sociales.

Ahora bien, en discordancia con la calificación de los derechos que recoge la Carta Magna, define la salud como «direito fundamental do ser humano», y detalla cuáles son los deberes a garantizar por parte del Estado, cuya organización político administrativa está constituida por la Unión, los estados, el Distrito Federal y los municipios (Artículo 18 CRFB), correspondiendo a la Unión «elaborar e implementar planes nacionales y regionales de ordenamiento territorial y de desarrollo económico y social» (Artículo 21 CRFB). De ahí que el Artículo 2.1 de la Lei N. 8.080 establezca que el Estado, en el deber de garantizar la salud, formule y ejecute políticas "econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação".



Hay que poner de manifiesto que la Lei 12.864 de 24 de septiembre de 201367 modifica en su integridad el Artículo 3 de la Lei N° 8.080, incluyendo la salud como un elemento integrado dentro del conjunto de aquellos que definen estructura constitucional y que están recogidos en los Artículos 1 a 4 de la CRFB y que se fundamenta, entre otros, en la dignidad humana, la prevalencia de los derechos humanos, promoviendo, asimismo, «la integración económica, política, social y cultural de los pueblos de América Latina, con vistas a la formación de una comunidad latinoamericana de naciones».

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la Lei 8.080 desarrolla el Artículo 198 de la CRFB, y detalla en su Artículo 7 los principios que deben seguir «Las acciones y servicios de salud pública y los servicios privados contratados o contratados que forman parte del Sistema Único de Salud (SUS)», entre los cuales, y en cuanto a los aspectos de la Telemedicina cabe reseñar los siguientes:

«II - la atención integral, entendida como un conjunto articulado y continuo de acciones y servicios preventivos y curativos, individuales y colectivos, requeridos para cada caso en todos los niveles de complejidad del sistema;

[...] V - derecho a la información, a las personas asistidas, sobre su salud;

[...] XI - la combinación de recursos financieros, tecnológicos, materiales y humanos de la Unión, los Estados, el Distrito Federal y los municipios en la prestación de servicios de atención médica a la población;»

Dichos principios están interrelacionados con el hecho de que la salud es un derecho humano y que goza de la garantía constitucional y del refrendo de los Tratados Internacionales, siendo la línea medular a la que Brasil se ha adherido y obligado en sus relaciones externas. De ahí que el Artículo 5 del Título II (de los derechos y garantías fundamentales), en su término LXXVIII, párrafo 2, asegure que todas las personas tienen asegurados los derechos y garantías no sólo de la CRFB, sino de los Tratados que forman parte del ordenamiento jurídico brasileño, ratificando "numerosos tratados en materia de derechos humanos, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Convención Americana de Derechos Humanos (1969)».

La Lei 8.080 en su Artículo 19 prevé, en el ámbito y alcance de la competencia del SUS, la atención y asistencia domiciliaria del servicio de hospitalización, con la finalidad de prestar la atención integral, para lo cual deberán redactarse, aprobarse e implementarse protocolos médicos, de enfermería y de terapia física y psicosocial, que por la particularidad de la Telemedicina cabe el uso de esta en la prestación de los precitados servicios domiciliarios.



3.3 Proyecto Nacional de Telesalud

El Proyecto Nacional de Telesalud impulsado por el Ministerio de Salud se oficializa por medio de la Ordenanza N. 35 del Ministerio de Salud, de enero de 2007, sustituida por la Ordenanza N. 2.546, de 27 de octubre de 2011⁸¹, la cual establece los servicios a prestar por el servicio de Telessaúde Brasil Redes.

El Artículo 2 de la precitada Ordenanza N° 2.546 establece qué conjunto de servicios prestará Telessaúde Brasil Redes, a saber:

- Tele consulta, dirigida a los miembros integrantes de los servicios sanitarios, y con carácter bidireccional, con el fin de buscar soluciones y aclarar dudas.
- Tele diagnóstico, con y bajo el objetivo de dar apoyo a los servicios de diagnóstico ante la dificultad de las distancias geográficas y temporales, que son la idiosincrasia del territorio brasileño, que con una enorme superficie y una baja densidad de población hace impensable la instalación de recursos especializados en las zonas rurales por la baja productividad y la baja densidad de la población paciente que precisa de dichos servicios. Por ello, la Telesalud es una opción real para hacer disponible recursos que favorezcan la salud y bienestar de esta población. Como recoge el Artículo 12 que define la Telesalud como el «establecimiento autónomo que utiliza as tecnologías de informação e comunicação para realizar assistência e educação em saúde através de distâncias geográficas e temporais».

4 / CHILE

Chile no cuenta con una regulación específica, sí bien si cuenta con normatividad indirecta que afecta a la telesalud.

4.1 Normativa de rango superior

El Artículo 19, 9° de la Constitución 83 establece como derecho constitucional, el derecho a la protección de la salud, bajo el principio de igualdad en el acceso «a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo», siendo competente el Ministerio de Salud para el ejercicio de «las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones».



4.2 Normatividad aplicables

4.2.1 Derechos del usuario de los servicios médicos

La Ley 20.584 regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, entre los cuales figura el derecho a la privacidad, incluso «en relación con la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones» (Artículo 5, letra c)².

Por otro lado, el Artículo 5 bis recoge en el párrafo tercero la evaluación médica «generando una interconsulta», por lo que, relacionando los referidos artículos en relación con la norma superior de aplicación, podemos concluir, que la Telemedicina tiene su encaje en la normativa vinculante de la República de Chile.

En este contexto, tenemos que la Subsecretaría de Salud Pública aprobó en diciembre de 2019, la Resolución que modifica los aranceles de prestaciones de salud incorporando prestaciones en nivel único bajo la denominación Consulta Telemedicina.

4.2.2. Documentos electrónicos y firma electrónica

La Ley 19.799 sobre documentos electrónicos, firma electrónica y servicios de certificación de dicha firma define el concepto electrónico como «característica de la tecnología que tiene capacidades eléctricas, digitales, magnéticas, inalámbricas, ópticas, electromagnéticas u otras similares».

El Artículo 5 letra f) de Norma Técnica para los órganos de la Administración del Estado sobre seguridad y confidencialidad de los documentos electrónicos, por su parte, define documento electrónico como «toda representación de un hecho, imagen o idea que sea creada, enviada, comunicada o recibida por medios electrónicos y almacenada de un modo idóneo para permitir su uso posterior».³

La seguridad (clave en el servicio médico y con especial protección en la protección de datos, en los que se deben contemplar los estándares de seguridad informática más elevados) de los documentos electrónicos se alcanza aplicando medidas que garanticen los atributos esenciales del documento, a saber, confidencialidad, integridad, autenticación, disponibilidad desde un nivel avanzado de seguridad al tratar datos relativos a la salud, cumpliendo con las exigencias previstas en la Norma NCh2777, que es una homologación de la Norma Internacional ISO/IEC 27002:2013 (Tecnología de la información - Técnicas de seguridad - Sistemas de gestión de la seguridad de la información - Requisitos).

2 Véase por analogía y extensión ecografías y/o ultrasonidos

3 En varios casos, durante las entrevistas, nos han trasladado que se envían y reciben ecografías y ultrasonidos por correo electrónico, a través de direcciones de los servidores de correo electrónico más populares y sin anonimizar los datos, para que los mismos sean privados y confidenciales.



4.2.3. Dispositivos de uso médico

El Código Sanitario en su Artículo 111 regula los elementos o dispositivos de uso médico cuyo destino es el diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades. Como está previsto en el Artículo 2 del Decreto 825 que aprueba el Reglamento de control de productos y elementos de uso médico, apartado primero, define como dispositivos médicos «Cualquier instrumento, aparato, aplicación, material o artículo, incluyendo software, usados solos o en combinación [...]», pasando a definir en el apartado duodécimo qué se entiende como «dispositivo médico activo para diagnóstico: Cualquier dispositivo médico activo utilizado solo o en combinación con otros dispositivos médicos destinado a proporcionar información para la detección, diagnóstico, control o tratamiento de estados fisiológicos, estados de salud, enfermedades o malformaciones congénitas».

4.2.4. La receta médica

La receta médica es un documento privado que puede ser electrónico, y que debe contener, entre otra información, el número del Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, de la Superintendencia de Salud. Por otro lado, el Título VI bis («Del expendio de medicamentos por medios electrónicos»), introducido por el Decreto 58 del 7 de mayo de 2020, prevé el expendio por farmacias y almacenes farmacéuticos de medicamentos por medios electrónicos, bajo autorización de la comercialización por el Instituto de Salud Pública, pudiendo, por tanto, dispensar sin exigir la receta médica, excepto el caso de los medicamentos que exigen para su venta la «receta-cheque»³.

La receta médica es un «instrumento privado, gráfico o electrónico», que contiene datos personales del paciente y datos sensibles relativos a la salud («dosis, forma farmacéutica y vía de administración, dosificación o posología, indicando el intervalo de administración y período de tratamiento»). La misma es parte integrante del acto médico y debe garantizar la autenticidad, integridad y conservación, asegurándose a su vez la posibilidad de trasladar los datos a otros formatos.

2 En varios casos, durante las entrevistas, nos han trasladado que se envían y reciben ecografías y ultrasonidos por correo electrónico, a través de direcciones de los servidores de correo electrónico más populares y sin anonimizar los datos, para que los mismos sean privados y confidenciales.
3 En el caso de Chile, la venta está referida a hospitales de segundo nivel, motivo por el que APROFA como organización que importa y distribuye, sólo procede a dar acompañamiento, limitando su venta a instituciones de salud de manera restringida.



Los datos relativos a la salud que constan en la receta electrónica no podrán ser «objeto de tratamiento los datos sensibles, salvo cuando la ley lo autorice, exista consentimiento del titular o sean datos necesarios para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud que correspondan a sus titulares.»

5 / COLOMBIA

5.1 Constitución política

La Constitución política de Colombia publicada en la Gaceta Constitucional N° 116 de 20 de julio de 1991 no reconoce en el marco de los derechos fundamentales del Capítulo I, Título I (De los derechos fundamentales) a la salud, no así, en cuanto al derecho a la intimidad. Es en el Título II, Capítulo 2 (De los derechos sociales, económicos y culturales) que reconoce a la salud como un derecho fundamental, pero para los niños (Artículo 44), y establece que el Estado tiene el deber de la atención a la salud al catalogarla como un servicio público descentralizado por niveles de atención.

La competencia reconocida constitucionalmente al Estado es «organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud» (Artículo 49), desde la eficiencia, universalidad y solidaridad, así como establecer las políticas para la prestación de los servicios de salud por las entidades privadas.

Ahora bien, el Artículo 366 de la Carta Magna, en concordancia con la consideración de la salud como derecho social, fija como finalidades sociales del Estado «El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población», siendo «objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.» Por tanto, siendo la salud un servicio básico, debe ser garantizada presupuestariamente a las comunidades por el Estado, como consideró la jurisprudencia constitucional, entre otras, en la Sentencia N°. C-478/92, en el punto 3.3 del Análisis de fondo.

En este orden jurídico, la Constitución Política en su Artículo 93 establece que «los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno». Los derechos y deberes consagrados en esta Carta se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia, entre los cuales está la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París el 10 de diciembre de 1948, en su Resolución 217 A (III), de la que forma parte Colombia desde el 5 de noviembre de 1945.

Por tanto, el hecho de que la Declaración Universal de Derechos Humanos en su Artículo 25 confiera a la salud y al bienestar la calificación de derecho inherente a todas las personas, y el hecho de que la OMS defina la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social nos debe llevar a la conclusión de que la salud en el marco del ordenamiento jurídico legal de Colombia es un derecho humano



fundamental e inherente a todos los ciudadanos, que debe ser garantizado y protegido por el Estado.

5.2 Ley 1419 de 2010 por la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia

La Ley 1419 de 2010, que establece los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia, en su Artículo 2 define los conceptos de Telesalud, Telemedicina y Teleeducación en salud, de lo que se desprenden cuáles son las diferencias entre los tres conceptos así:

La Telesalud es el «conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleeducación en salud.»

Como se desprende de la definición de Telesalud que recoge el Artículo 2 de la Ley 1419, la misma sería el conjunto que integra los subconjuntos de Telemedicina y teleeducación, los cuales forman entre sí un todo con la finalidad de proveer a los profesionales de la salud y a los pacientes de actividades, servicios y métodos que se llevan a cabo a distancia a través de las TIC (intercambiar datos, promover, prevenir, diagnosticar, formación, realizar tratamiento y rehabilitación).

La Telesalud debe prestarse bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación como recoge el Artículo 3 de la Ley 1419, en consonancia con lo dispuesto por el Artículo 2 de la Ley 100 de 1993 que crea el sistema de seguridad social y que tiene como objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona, siendo obligación del Estado garantizar la cobertura de las prestaciones de salud y de los servicios complementarios tanto presentes como futuros.

Dado que desarrollo de la Telesalud necesita de financiación e inversiones puesto que sin recursos económicos es de imposible cumplimiento lograr los objetivos y las estrategias previstas en la Ley 1419⁴. El Artículo 8 prevea la asignación del 5,00% del presupuesto de inversión del Fondo de Comunicaciones, Unidad Administrativa Especial adscrita al Ministerio de Comunicaciones «para desarrollar la Telesalud en las Instituciones Públicas de Salud en Colombia, de acuerdo con las recomendaciones del Comité Asesor de la Telesalud».

Por tanto, incluye normas y recursos para el desarrollo e implementación de las políticas públicas que permitan al ciudadano hacer valer los derechos que recoge el Artículo 10 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015¹¹⁵, entre los cuales se incluye acceder a los servicios y tecnologías de salud garantizando, de este modo, una atención integral, oportuna y de alta calidad, sin perjuicio del derecho a la confidencialidad y reserva de los datos especialmente protegidos, recogidos en la Historia Clínica, así como el derecho a la intimidad, que reconoce la letra k) del precitado Artículo.

4 Como ya conocemos, las nuevas legislaciones positivas que no reciben dotación presupuestaria vienen a quedar en letra mojada, por lo que terminan siendo virtuales para la población



5.3 Otra normativa relacionada

5.3.1 Resolución N.º 02182 de 9 de julio 2004, por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para las instituciones que prestan servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina

5.3.2. Resolución N.º 2654 de 3 de octubre de 2019

La Resolución N.º 2654, de 3 de octubre de 2019¹¹⁹ establece en su Artículo 1 el ámbito de aplicación: «las disposiciones para la Telesalud y parámetros para la práctica de la Telemedicina, sus categorías, el uso de los medios tecnológicos, la calidad y seguridad de la atención, así como de la información y los datos».

Esta Resolución recoge en su articulado las definiciones que deben tenerse en cuenta a los efectos de la misma, así como qué información debe facilitarse al interesado para entender que su consentimiento ha sido informado, y por tanto el flujo del procedimiento los requisitos necesarios para considerar válido el consentimiento en los términos previstos por los principios rectores que recoge el Artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581, de 17 octubre de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos, a saber, el principio de libertad bajo un consentimiento previo, expreso e informado, siempre desde un lenguaje claro, cercano y que genere entendimiento, para que el titular autorice el tratamiento de los datos relativos a la salud, y que según dispone el Artículo 5 de la precitada Ley Estatutaria se califican como datos sensibles, por tanto, sujetos, salvo las excepciones previstas en el Artículo 6 del mismo cuerpo legal, a una prohibición en su tratamiento, siendo la autorización explícita una de las excepciones. El responsable de la actividad de Telesalud o Telemedicina debe informar al paciente, al usuario o a su representante de los requisitos que se recogen y establecen en el Artículo 7 de la Resolución N.º 2654 de 2019 para considerar que el consentimiento es informado.

6 / ECUADOR

6.1 La Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador tras la última modificación del 12 de marzo de 2020¹²³, en su Artículo 3 recoge entre los deberes primordiales del Estado, garantizar «sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes».

Asimismo, su Artículo 32 garantiza la realización y materialización de dicho derecho mediante «políticas económicas, sociales, culturales, educativas y



ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva», rigiendo para la prestación de los servicios de salud «los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional».

Destaca el hecho de que en el articulado se recoge la garantía del derecho a la salud distinguiendo, pero sin discriminación a los jóvenes (Artículo 39), a las mujeres embarazadas (Artículo 43), a los niños y adolescentes (Artículo 45 y 46) y los privados de libertad (Artículo 51), para terminar en el Artículo 66.2 reconociendo y garantizando el derecho a una vida digna que asegure la salud, entre otros, incluyendo el derecho a la integridad personal y física.

Por otra parte, en el marco de lo dispuesto por el Artículo 66.10 de la Carta Magna se reconoce y garantiza «El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva», para pasar a recoger en el apartado 11 del Artículo 66 que, salvo necesidades de atención médica, nadie podrá utilizar los datos referentes a la salud y vida sexual.

En el apartado 19 del Artículo 66, en aras de garantizar el derecho a la protección de datos de carácter personal, exige que su «recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión» requiera la autorización del titular o el mandato de la Ley. En el conjunto de los derechos de la persona, protege tanto el derecho a la intimidad personal y familiar como la voz y la imagen, como elementos integrantes de los datos personales, al igual que lo es cualquier información que permita determinar, directa o indirectamente, la identidad.

La sección segunda del Título VII contiene la regulación constitucional sobre «Salud» y contiene 8 artículos (del Artículo 358 al 366) en los que recoge el ámbito de desarrollo, las dimensiones del derecho a la salud y los requisitos que deben cumplir los servicios de salud, los cuales pueden prestarse a través de entidades públicas o privadas, que deben «garantizar el consentimiento informado, al acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes» (Artículo 362).

Por otro lado, cabe señalar que los Tratados Internacionales que hayan sido ratificados deben sujetarse a la Constitución, puesto que «La Constitución es la norma suprema y prevalece sobre cualquier otra del ordenamiento jurídico. Las normas y los actos del poder público deberán mantener conformidad con las disposiciones constitucionales; en caso contrario carecerán de eficacia jurídica» (Artículo 424).

La Constitución de la República del Ecuador en su Artículo 132 atribuye a la Asamblea Nacional la aprobación de las normas de desarrollo de los derechos, garantías y deberes constitucionales que afectan al derecho a la salud.



Los derechos y garantías consagrados por la Carta Magna y los Tratados Internacionales ratificados por la República del Ecuador permiten afirmar que tenemos los fundamentos constitucionales para plantear la regulación normativa de la Telemedicina.

Tanto en el ámbito público como en el privado encontramos programas, proyectos y experiencias que impulsan y crean redes de cooperación y colaboración para promover las TIC en el área de la salud.

El uso de las TIC es clave para alcanzar la igualdad en el acceso a los servicios de salud, sin que las barreras consecuentes a las condiciones sociales, geográficas, demográficas (concentración de la población en las grandes ciudades) y culturales y los bajos niveles de educación posibiliten injusticias y desigualdades.

En virtud de esta competencia, la Asamblea Nacional ha aprobado las normas base para desarrollar los aspectos legales para la implementación de la Telemedicina.

6.2 Ley Orgánica de Salud, Ley 67

En el año 2006, fue aprobada la Ley Orgánica de Salud Ley 67, modificada el 18 de diciembre de 2015. Esta norma regula las acciones encaminadas a materializar y «efectivizar» el derecho a la salud que consagra y garantiza la Constitución desde los principios que recoge en su Artículo 1.

Por otro lado, en el año 2002, fue aprobada la Ley de Comercio Electrónico, Firmas y Mensajes de Datos, que reconoce en su Artículo 14 los mismos efectos jurídicos a la firma manuscrita que a la electrónica y puesto que la implantación del servicio de Telemedicina requiere la integración de diferentes servicios como la Historia Clínica Digital o Electrónica, el ministerio aprobó el Reglamento para el manejo de la Historia Clínica Electrónica, el cual en su Artículo 1 establece como objeto «disponer la implementación de la Historia Clínica Electrónica, así como definir los lineamientos de su aplicación, en los establecimientos prestadores de servicios de salud, en todo el territorio nacional».

Dicho Acuerdo, que es conforme con lo dispuesto por el Artículo 7, f) de la Ley Orgánica de Salud, Ley 67, considera que la Historia Clínica única debe de ser «redactada en términos precisos, comprensibles y completos» y que debe garantizarse «la confidencialidad respecto de la información en ella contenida», correspondiendo dicha obligación a cada establecimiento de salud del Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio del acceso que a dicha información tendrá la Autoridad Sanitaria Nacional.

La Historia Clínica electrónica, como registro electrónico personal, se encuentra contenida en las bases de datos generadas por medio de programas informáticos y está certificada mediante la firma electrónica del profesional de la salud.



6.3 Plan Nacional de Salud Pública

El Ministerio de Salud, a fin de cumplir con las directrices del Plan del Buen Vivir propuesto por SENPLADES, que recoge la defensa de su derecho legítimo y soberano sobre la órbita geoestacionaria como medio para aprovecharse de la tecnología en ámbitos como la Telemedicina, propone una Política, Modelo y Plan Nacional de Telemedicina/Telesalud.

El referido Plan prevé como punto inicial la implementación de las nuevas tecnologías en el sector y ámbito de la salud para garantizar la equidad, la calidad y la eficiencia y como prioridad para el año 2010 la Región Amazónica, fortaleciendo así el modelo de atención médico-sanitaria en los tres niveles: el nivel primario (atención primaria), en relación con el nivel secundario (hospitales) y terciario (hospitales especializados).

En cuanto a la normativa, es de destacar lo recogido en la página 6 del referido Plan en que fija como estrategia que: «El Ministerio de Salud Pública, a través del Proceso de Ciencia y Tecnología (PCYT), en coordinación con las instituciones especializadas apropiadas (MINTEL, SENPLADES, FAE, universidades, organismos del Estado y privadas), elaborarán e implementarán, las normas técnicas y administrativas que deben aplicarse como instrumentos en Telemedicina/Telesalud y en todos sus componentes. En este sentido fomentarán la adopción y/ o creación de protocolos estándares, para aplicación nacional e internacional, que incluyan los problemas médicos y legales, las historias clínicas electrónicas y otros».

Se proponen dos tipos básicos de instalaciones: la Estación Asistencial de Telemedicina, que se caracteriza por ubicarse en aquellos centros periféricos y remotos y el Centro de Referencia de Telemedicina, el cual presta apoyo integral a la estación asistencial, que dispone de equipamiento médico y medios técnicos para soportar la entrada de las comunicaciones de distintas estaciones asistenciales.

Dicho sistema debe apoyarse y sustentarse en la integración de los datos de salud con la Historia Clínica Digital, única a nivel nacional, de modo que puedan garantizarse los principios de equidad y universalidad.

En Ecuador, como ejemplos prácticos de salud digital nos podemos encontrar con la Fundación Ecuatoriana de Telemedicina y Ehealth, que tiene como fines «crear proyectos, impulsar, promover todo lo relacionado con la utilización de tecnologías de información y comunicación (TICS) en el área de Salud en prevención, diagnóstico, tratamiento y educación a través de las herramientas de telemedicina, telesalud, telemática e informática médica».



7 / HONDURAS

La Constitución de la República de Honduras reconoce en su Artículo 145 el derecho a la protección de la salud, así como el «deber de participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad». El Artículo se encuadra en el Título III intitulado De las Declaraciones, de los derechos y garantías, siendo un derecho fundamental.

En fecha 27 de marzo de 2013 fue publicado en el Diario Oficial La Gaceta, el Decreto N° 237/2012, la ratificación de la reforma del Artículo 182 de la Constitución, que adiciona el numeral 2) el derecho del habeas data dándole rango constitucional, definiéndolo como el derecho que tiene toda persona a acceder a la información sobre sí misma o sus bienes en forma expedita y no onerosa, ya esté contenida en bases de datos, registros Públicos o Privados y, en el caso de que fuere necesario, actualizarla, rectificarla y/o suprimirla.

Por otro lado, el mismo Decreto N° 237/2012 reforma el Artículo 17 de la Constitución otorgándole el mismo rango a los Tratados Internacionales aprobados por el procedimiento de reforma de la Constitución, en virtud del procedimiento previsto por el Título VII, Capítulo I, Artículos 373 y 374, a saber, dos tercios de la totalidad de los miembros del Congreso Nacional.

7.2 Normatividad aplicable

La Constitución de la República del Ecuador tras la última modificación del 12 de marzo de 2020¹²³, en su Artículo 3 recoge entre los deberes primordiales del Estado, garantizar «sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes».

7.2.1. Ley de comercio electrónico

La Ley de comercio electrónico aprobada por el Congreso Nacional de Honduras y vigente desde el 27 de abril de 2015 nace para dar amparo a las nuevas formas de contratación y tiene como finalidad dotar de seguridad jurídica a las actividades que se desarrollan con el uso de la información que generan los datos electrónicos y su intercambio. Ahora bien, en aquellas materias que afectan a la protección de la salud, será de aplicación la LCE, siempre y cuando no sea de aplicación una norma especial.

Por otro lado, cabe destacar el Artículo 20 de la LCE que refiere qué se entiende por lugar y recepción del envío, articulado que afecta a la transferencia internacional de datos, en tanto que el «mensaje de datos se tiene por expedido en el lugar donde el iniciador tenga su establecimiento y por recibido en el lugar donde el destinatario tenga el suyo», y sigue



en su último párrafo que «no teniendo el iniciador o el destinatario un establecimiento se debe tener como tal su residencia», por lo que en el caso de servicios cloud computing si el destinatario de los datos presta sus servicios permitiendo al emisor el Artículo acceso bajo demanda y a través de la red a un conjunto de recursos compartidos, debemos estar dónde esté ubicado el domicilio social, puesto que si ambos fueran una sociedad mercantil y su domicilio social estuviera en Honduras, el marco legal aplicable sería la LCE.

7.2.2. Ley de Protección al Consumidor y Reglamento de aplicación

El Reglamento de la Ley de Protección al consumidor publicado el 15 de abril de 2009 en el Diario Oficial de la República de Honduras, en cumplimiento y aplicación de lo dispuesto por el Artículo 107 de la LPC, desarrolla en detalle las disposiciones que recoge la LPC, y en concreto los derechos de los consumidores que recoge el Artículo 9 de la LPC, entre los que se incluyen aquellos que afectan a los pacientes como usuarios de los servicios médico-sanitarios. Concretamente, «la protección de la vida, salud y seguridad humana en la adquisición, consumo y uso de bienes y servicios» (Artículo 9, 1) de la LPC⁵

El Artículo 62 de la LPC recoge explícitamente aquellos bienes cuya utilización puede suponer un riesgo para la salud, los cuales «deben de comercializarse observando los mecanismos, instrucciones y normas establecidas o razonables para garantizar la seguridad de estos», es decir, de los consumidores de los servicios.

7.2.3. Ley de protección de datos

Si bien la Constitución en su Artículo 182 reconoce y garantiza el habeas data, y eleva a rango de derecho constitucional los derechos de acceso, rectificación y cancelación, lo cierto es que actualmente la normativa hondureña carece de una norma especial, aunque la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública en su Artículo 3 incluye como datos personales confidenciales a los estados de salud, físicos o mentales, calificando como información reservada la salud de cualquier persona (Artículo 17, 2).

7.2.4. La receta médica

El Reglamento de la Ley del Estatuto médico, en su Artículo 3, establece que es de aplicación a aquellos médicos colegiados que estuvieren registrados en el Colegio Médico de Honduras. Según lo dispuesto por el Artículo 173 del Código de Salud¹⁵⁵, permite sólo ejercer las profesiones de la salud a aquellas personas que ostenten el título válido para hacerlo y que se encuentren debidamente colegiadas.

5 Lo cual incluye lógicamente misoprostol y mifepristona.



8 / MÉXICO

8.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

El Artículo 4 constitucional regula el derecho a la salud en México, capítulo I bajo el título De los Derechos Humanos y sus Garantías, indicando que «toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos», indicando adicionalmente que «toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución».

Este artículo ha adquirido recientemente un mayor protagonismo a nivel judicial en el tema del aborto, pues sobre el mismo se ha vertebrado la sentencia de la SCJN para despenalizar el aborto en toda la República de México.

8.2 Jerarquía Normativa y Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036- SSA3-2015, para la regulación de la atención médica a distancia

Este Proyecto de NOM, que salió a consulta pública en el año 2015, fue cancelado posteriormente, partiendo de la idea de integrar esta actividad en la Ley General de Salud y no como una regulación separada de la normatividad sanitaria. En demasiadas ocasiones, nos encontramos con deficientes técnicas legislativas a nivel jurídico, por no respetar desde los poderes políticos la integración jurídica en los corpus legislativos de los países, dando lugar a contradicciones, conflictos de ley y, en definitiva, inseguridad jurídica.

A pesar de que se haya cancelado, las definiciones que recoge el Artículo 3 del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA3-2015, para la regulación de la atención médica a distancia, fijan y clarifican con exactitud aquellos elementos que están relacionados con la atención médica a distancia así:

- «3.3 Consentimiento informado: Al documento escrito, otorgado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante el cual se acepta un procedimiento médico a distancia con fines diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente, en términos de las disposiciones aplicables.
- 3.4 Datos personales: A cualquier información concerniente a una persona física identificada o identificable, en términos de las disposiciones aplicables.



- 3.5 Dispositivo médico: A los insumos para la salud definidos como tales en la Norma Oficial Mexicana, citada en el punto 2.8, del Capítulo de Referencias de esta Norma.
- 3.6 Equipo médico: A los aparatos, accesorios e instrumental para uso específico, destinados a la atención médica, quirúrgica o a procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes, así como aquellos para efectuar actividades de investigación biomédica.
- 3.7 Establecimiento para la atención médica a distancia: A todo aquel espacio, fijo o móvil; público, social o privado, que preste servicios de atención médica a distancia.
- ✓ 3.21 Sistema de envío y captura de información clínica para telemedicina: Al tipo de Sistema de Registro Electrónico para la Salud, que permite la asistencia médica, garantizando los datos clínicos relevantes del paciente, así como la seguridad y confidencialidad de los mismos.
- ✓ 3.22 Sistema de información en Salud: Al conjunto de componentes o módulos que integran las actividades derivadas del proceso de atención a la salud y prestación de servicios, incluyendo los daños a la salud (morbilidad y mortalidad), nacimientos, población y cobertura, además de los recursos humanos, de infraestructura, materiales y financieros; con el propósito de producir y difundir información estadística, la que es sustento del proceso para la toma de decisiones, en términos del punto 3.68, de la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.7, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.
- ✓ 3.23 Tecnologías de la Información y Comunicaciones: Al equipo de cómputo personal y centralizado, software y dispositivos de impresión que sean utilizados para almacenar, procesar, convertir, proteger, transferir y recuperar: información, datos, voz, imágenes y video.
- ✓ 3.24 Teleconsultorio: Al área física para prestar servicios de salud a través del servicio de atención médica a distancia, que cuenta con los requerimientos mínimos de infraestructura y equipamiento conforme a lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables, para los tres niveles de atención a la salud.
- ✓ 3.25 Telemedicina: Al uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para proporcionar servicios de atención y educación médica a distancia.
- ✓ 3.26 Telesalud: A la atención médica, en los casos en que la distancia es un factor crítico, llevado a cabo por profesionales o personal de salud que utilizan



tecnologías de la información y las comunicaciones para el intercambio de información válida para hacer diagnósticos, prevención y tratamiento de enfermedades, formación continua de profesionales de la salud, así como para actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de sus comunidades.

- ✓ 3.27 Unidad Consultante: Al establecimiento de atención médica en el que el paciente y el personal de la salud, recibirán la atención médica a distancia.
- ✓ 3.28 Unidad Interconsultante: Al establecimiento de atención médica en el que el profesional de la salud otorgará atención médica a distancia.
- ✓ 3.29 Unidad Médica: Al establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación, y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población.
- 3.30 Unidad médica móvil para la atención médica a distancia: A la unidad médica móvil que ofrece servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica y odontológica con consultorio de medicina general y un consultorio dental, equipadas con enlace satelital para telemedicina, equipo de videoconferencia, ultrasonografía, electrocardiografía; laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cervicouterino.
- 3.31 Videoconferencia: Al sistema de comunicación en tiempo real de doble sentido o interactivo entre dos puntos geográficamente separados utilizando audio y video».

Tras la cancelación del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA3- 2015, debemos acogernos a la Ley General de Salud y a la Ley General de Telecomunicaciones como normas genéricas que habilitan el uso y la práctica de la Telemedicina, sin perjuicio de que podamos acudir a consultar en la Cédula de Instrumentos Jurídicos aplicables a la práctica de la Telesalud en México, que son aquellos instrumentos jurídicos de aplicación que son relevantes desde su jerarquía normativa.

Por otra parte, en el Artículo 16 en su párrafo segundo se garantiza el derecho a la protección de los datos personales, remitiéndose para su regulación a los términos que establece la Ley especial, Ley que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2017¹⁶³ y que considera como datos personales sensibles aquellos que revelan el estado de salud presente o futuro y la información genética.



8.3 Protección de datos personales. Los datos sensibles. Las transferencias internacionales

Los datos personales sensibles solo podrán tratarse cuando medie el consentimiento del titular, o en los casos que prevé la LGPDPPSO en su Artículo 22.

En los casos de transferencias internacionales de los datos personales sensibles en el marco de la Telemedicina, el responsable tiene que adoptar e implementar medidas, incluso si los datos personales se envían fuera del territorio nacional.

El Artículo 65 de la LGPDPPSO garantiza esa protección de los datos personales y de los datos sensibles, sujetando la transferencia de los mismos al consentimiento del titular de ellos, formalizando dicha transferencia a través de la suscripción de cláusulas contractuales, convenios de colaboración o cualquier otro instrumento jurídico.

9 / PERÚ

9.1 Ley marco de Telesalud

La Ley Marco de Telesalud que fue publicada el 2 de abril de 2016 en el Diario Oficial El Peruano, en concordancia con las disposiciones de la Constitución Política del Perú, reconoce y garantiza el derecho a la protección de la salud en su Artículo 7 incluido en el marco de los derechos sociales y económicos.

Ley Marco Decreto Legislativo Telesalud

Servicio de salud a distancia prestado por personal de salud competente, a través de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), para lograr que estos servicios y los relacionados con estos sean accesibles a los usuarios en áreas rurales o con limitada capacidad resolutive. Este servicio se efectúa considerando los siguientes ejes de desarrollo de la telesalud: la prestación de los servicios de salud; la gestión de los servicios de salud; la información, educación y comunicación a la población sobre los servicios de salud; y el fortalecimiento de capacidades al personal de salud, entre otros.

Telemedicina

Provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, recuperación o rehabilitación prestados por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población.



Principios rectores de la Telesalud

El fin último de la Ley Marco de Telesalud está definido por los principios recogidos en el Artículo 1 de la misma, que se resumen en prestar y garantizar los servicios de salud y recursos sanitarios, con la misma calidad y mismas posibilidades de acceso, a toda la población, optimizando racionalmente los servicios de salud desde la descentralización y las TIC, para promover el desarrollo de la sociedad, impulsando el empoderamiento de los partícipes en el sector de la salud (profesionales y pacientes, familiares y comunidad) a través de nuevos espacios de participación.

Reglamento de la Ley N° 30421

En febrero de 2019, es publicado en el Diario Oficial el Reglamento de la Ley Marco modificada por el Decreto Legislativo N° 1303, que establece las disposiciones que permiten alcanzar la implementación y desarrollo de la Telesalud en Perú, que son de aplicación a todos y cada uno de los prestadores de salud sean públicos, privados o mixtos.

En su Artículo 3 el reglamento recopila las definiciones de cada uno de los partícipes y los medios de los servicios de Telesalud, clarificando qué es qué, y quién es quién.

10 / URUGUAY

10.1 Constitución de la República Oriental del Uruguay

El Artículo 44 capítulo II, sección segunda (Derechos, deberes y garantías) de la CROU, en su párrafo primero recoge la competencia estatal de las «cuestiones relacionadas con la salud», mientras que en el párrafo segundo establece que «Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud».

10.2 Ley N° 18.335, sobre los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud

La Ley N° 18.335 regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud, en relación tanto con los «trabajadores de salud» como «los servicios de atención de la salud».

Entre esos derechos, el Capítulo IV recoge en el Artículo 17 letra E) el negarse al uso de su patología con fines docentes, si ello conlleva «pérdida de su intimidad». El Artículo 18, en virtud del derecho que tiene el paciente a conocer todo lo relativo a su enfermedad, establece en su letra C), que la Historia Clínica podrá ser electrónica, y que ésta debe incluir «la evolución de su estado de salud desde



el nacimiento hasta la muerte», incluyendo el flujograma de la HC para el caso de que cambie de institución o de sistema de cobertura sanitaria.

Por otra parte, considera que la HC autenticada obrante «en medio electrónico constituye documentación auténtica y, como tal, será válida y admisible como medio probatorio». Para ello sostiene que la documentación que provenga de una «transmisión a distancia, por medios electrónicos, entre dependencias oficiales, constituirá, de por sí, documentación auténtica y hará plena fe a todos sus efectos en cuanto a la existencia del original transmitido» (Artículo 129 de la Ley 16.002). Se valida así el Artículo 695 de la Ley N. 16.736, la sustitución de la firma autógrafa o manuscrita por una contraseña o por signos informáticos, y se autoriza la firma electrónica y la digital, siempre que esté debidamente autenticada «por claves u otros procedimientos seguros, de acuerdo con la tecnología informática.» (Artículo 25 de la Ley N. 17.243).

Los servicios de salud son los responsables de que las claves y las técnicas usadas para el acceso a la Historia Clínica electrónica cumplan los requisitos de seguridad necesarios para asegurar que no se vulneren los derechos de los pacientes, a saber, la confidencialidad, la integridad, la rectificación y la destrucción indebida y no consentida.

10.3 Ley N.º 19.286 que aprueba el Código Ético del Colegio Médico

El 15 de septiembre de 2014 fue promulgada la Ley N.º 19.286 que aprobó el Código de Ética Médica (CEM) que en su articulado establece cuáles son las obligaciones de los médicos en la relación con el paciente, y en su Artículo 24 da cabida a que la Telemedicina sea un complemento al ejercicio clínico de la medicina, si bien bajo el respeto y vinculación debida a los principios del CEM, pudiendo destacar, entre otros, el deber del médico a guardar y respetar la intimidad del cuerpo y de las emociones del paciente.

10.4 Ley N.º 19.869, que aprueba los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de la Telemedicina como prestación de los servicios de salud

La Ley N.º 19.869 fue promulgada el 2 de abril de 2020, y en sus nueve artículos recoge las líneas generales a seguir para implementar y desarrollar la Telemedicina, definiéndola en su Artículo 2 «como la provisión de los servicios de atención sanitaria, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de atención sanitaria utilizando tecnologías de la información y comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, investigación y evaluación, y para la educación continua de los proveedores de atención sanitaria, todo en interés de mejorar la salud de sus individuos y sus comunidades.»



11 / 5 Principios que sustentan la Telemedicina (Ley N. 19.869)

Ahora bien, para poder prestar en el marco de la Telemedicina los «"servicios de salud», ... que proporcionen y ofrezcan atención médica deberán adoptar, aprobar, implantar, auditar y mejorar los protocolos y medidas para incorporar las tecnologías que se requieren para promover ese intercambio de la información del paciente, previa autorización de su titular.

El consentimiento y la autorización expresa del paciente se requiere para los actos médicos (tratamientos, procedimientos y diagnósticos) y para «la transmisión e intercambio de la información personal que se desprenda de su Historia Clínica» (Artículo 7), considerando que los datos relativos a la salud son datos sensibles.

Es de destacar el hecho de que el Artículo 9 de la Ley 19.869 prevé que, con carácter previo a la prestación de consultas médicas e intercambio de información mediante el uso de la Telemedicina, el profesional debe «acreditar fehacientemente ante el servicio de salud a que pertenece el usuario, estar debidamente registrado y habilitado para ejercer la profesión en su país de residencia», salvo que se encuentre registrado y habilitado para el ejercicio en Uruguay.





ANEXO E: **Glosario de términos de los usos y aplicaciones de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en el área de la Salud**





La Telesalud es el paraguas para la atención a la salud, incluye distintas modalidades, entre ellas la Telemedicina. Existe un consenso internacional que la Telemedicina se refiere a la parte clínica de la Telesalud (prevención-diagnóstico-tratamiento-monitoreo).

1 **Definición de Telesalud - Telemática en Salud - TIC aplicadas a la Salud:** La Telemática en Salud «corresponde al suministro de servicios de salud por profesionales, para los cuales la distancia constituye un factor crítico, haciendo uso de las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TIC) en pos de intercambiar información válida para [realizar] diagnósticos, preconizar o efectuar tratamiento y prevención de enfermedades y accidentes, para actividades de investigación y evaluación, así como para la formación continuada de los proveedores de cuidado en salud, de manera general para mejorar la calidad de la salud del individuo y de las comunidades». De este modo, podemos diferenciar cuatro áreas mayores de aplicación:

- a. La Telemedicina
- b. La Tele-educación sanitaria [en salud]
- c. Las redes de Investigación y la Tele-epidemiología
- d. Las redes de administración y de gestión sanitaria
- e. Se suele asociar al área de Investigación, las actividades de evaluación.

Actualmente, el término de mayor uso no es el de Telemática en Salud sino el de Telesalud.

2 **Telemedicina:** Corresponde a la práctica médica cooperativa entre profesionales de la salud, de los cuales por lo menos uno es médico, realizada a distancia, en tiempo real o diferido, por intermedio del uso de la TIC.



-
- 3 e-medicina y e-salud:** El término e-Salud, traducción directa de e-Health, corresponde a una nueva terminología dentro de un conjunto de conceptos pertenecientes a la e-cultura. Desde el punto de vista etimológico, corresponde a la salud electrónica. Según los puristas, el término de e-salud se aplica únicamente a las actividades, aplicaciones y servicios de salud que no requieren la intervención humana. Tiene como sinónimos a salud en línea, salud electrónica, y salud en red.
-
- 4 Teleconsulta:** Consulta remota, a través de sistemas TIC, a personal de la salud competente. Conlleva un concepto de globalidad del acto médico, incluyendo el diagnóstico clínico, los exámenes complementarios, la terapéutica, etc.
-
- 5 Telediagnóstico:** Diagnóstico resultante de una consulta en el caso de pacientes que no tienen acceso físico a una consulta.
-
- 6 Segunda opinión:** Opinión de un experto sobre un diagnóstico de presunción, permitiendo un mayor grado de certeza, en general acompañado por consejos o propuestas terapéuticas.
-
- 7 Tele-cuidado / Tele-atención:** Cuidado de usuarios en estructuras de salud de baja complejidad, en unidades ambulatorias o a domicilio (en este último caso se diferencia la atención domiciliaria o «Home care»), asistidos remotamente por profesionales de salud, gracias al uso de aplicaciones TIC. Las vías de comunicación son, por lo general, por telefonía de red o por satélite, pero también más recientemente por telefonía inalámbrica, líneas dedicadas, cable, líneas telefónicas digitales y a futuro por televisión digital.



8

e-medicina y e-salud, traducción de e-Health: La transferencia de recursos y cuidados de salud por medios electrónicos. El término engloba 3 áreas principales:

- La entrega de información sanitaria, por profesionales sanitarios y consumidores, a través de Internet y telecomunicaciones.
- La utilización del poder de las tecnologías de la información y el comercio electrónico para mejorar los servicios de salud pública, por ejemplo, a través de la formación de los profesionales sanitarios.
- El uso de prácticas relacionadas con el comercio electrónico en la gestión de servicios sanitarios.

9

Tele-consulta: Consulta remota, a través de sistemas TIC, a personal de la salud competente. Conlleva un concepto de globalidad del acto médico, incluyendo el diagnóstico clínico, los exámenes complementarios, la terapéutica, etc.

10

Tele-diagnóstico: Diagnóstico resultante de una consulta en el caso de pacientes que no tienen acceso físico a una consulta o de segunda opinión de un experto sobre un diagnóstico de presunción, permitiendo un mayor grado de certeza, en general acompañado por consejos o propuestas terapéuticas.

11

Tele cuidado/Tele atención: Cuidado de pacientes en estructuras de salud de baja complejidad, en unidades ambulatorias o a domicilio (en este último caso se diferencia la atención domiciliaria o «Home care»), asistidos remotamente por profesionales de salud, por medio del uso de aplicaciones TIC. Las vías de comunicación son, por lo general, por telefonía de red o por satélite, pero también más recientemente por telefonía inalámbrica, líneas dedicadas, cable, líneas telefónicas digitales y por televisión digital.



12

Tele-orientación: Es el conjunto de acciones que desarrolla un profesional de la salud mediante el uso de las TIC, para proporcionar al usuario de salud consejería y asesoría con fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades.

13

Teleaborto/TeleLE: Servicio de aborto con medicamentos usando tecnología, donde la usuaria se conecta con un/a proveedor/a capacitado para recibir consejería y el medicamento para el aborto.

14

Teleinterconsulta: Comunicación a distancia entre un personal de la salud y un profesional de la salud, quien brindará las recomendaciones para un tratamiento.

15

Tecnología de la información y comunicación: Conjunto de recursos necesarios para tratar información a través de ordenadores y dispositivos electrónicos, aplicaciones informáticas y redes necesarias para convertirla, almacenarla, administrarla y transmitirla. A nivel de usuario, sea individual o empresa, las TIC forman el conjunto de herramientas tecnológicas que permiten un mejor acceso y clasificación de la información como medio tecnológico para el desarrollo de su actividad.



clacai

CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO